

# CUKRZYCA

ANALIZA PROBLEMÓW  
ZDROWOTNYCH

# Spis treści

<b>1. Wprowadzenie</b>	<b>/3</b>
1.1 Cel badania	/3
1.2 Metoda i struktura FGI	/3
1.3 Dane o osobach z cukrzycą	/4
<b>2. Osoby z cukrzycą – charakterystyka badanych</b>	<b>/5</b>
2.1 Struktura grupy osób z cukrzycą uczestniczących w FGI	/5
<b>3. Cukrzyca</b>	<b>/7</b>
3.1 Rozpoznanie cukrzycy	/7
3.2 Rozpoznanie cukrzycy – rola lekarza	/7
3.3 Cukrzyca – choroba przewlekła	/8
3.4 Ocena stanu opieki diabetologicznej w Polsce	/8
<b>4. Powikłania</b>	<b>/9</b>
4.1 Powikłania – wiedza pacjentów	/9
4.2 Profilaktyka powikłań cukrzycowych	/10
<b>5. Potrzeby</b>	<b>/11</b>
5.1 Cukrzyca – choroba dwóch prędkości	/11
5.2 Potrzeby zgłaszane przez osoby z cukrzycą	/11
<b>6. Codziennosc osób z cukrzycą</b>	<b>/15</b>
6.1 Świadomość osoby z cukrzycą	/15
6.2 Świadomość społeczna	/16
6.3 Wpływ choroby na codzienność osoby z cukrzycą	/16
6.4 Dopasowanie leczenia do osoby z cukrzycą	/17
6.5 Organizacje społeczne	/17
<b>7. Lekarze diabetolodzy i POZ</b>	<b>/18</b>
7.1 Codzienna praktyka zawodowa	/18
7.2 Cel leczenia	/21
7.3 Współpraca z pacjentem	/22
7.4 Leczenie zindywidualizowane	/24
7.5 Powikłania obserwowane przez lekarzy	/25
7.6 Zmiany systemowe	/26
7.7 Edukacja lekarzy	/27
<b>8. Podsumowanie</b>	<b>/29</b>
<b>9. Opinie ekspertów</b>	<b>/30</b>
<b>Spis wykresów i tabel</b>	<b>/35</b>

# 1. Wprowadzenie

## 1.1 Cel badania

Celem badania było uzyskanie opinii osób chorych na cukrzycę oraz lekarzy diabetologów i lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) na temat tego, jak wygląda życie osób z cukrzycą w Polsce, jak oceniają poziom opieki diabetologicznej w zakresie diagnostyki, leczenia, profilaktyki powikłań, a także jakie są problemy i potrzeby związane z sytuacją życiową osób z cukrzycą.

## 1.2 Metoda i struktura FGI

Badanie przeprowadzono metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) wśród osób z cukrzycą typu 1 i typu 2, w wieku do 45 lat oraz powyżej 45 lat, zamieszkujących miasta od 10 tysięcy do 50 tysięcy mieszkańców, od 51 do 100 tysięcy mieszkańców, od 101 do 500 tysięcy mieszkańców, a także wśród lekarzy specjalistów diabetologów i lekarzy POZ.

**Tabela 1. Struktura grupy pacjentów**

Pacjenci					
Miasto od 10 do 50 tys. mieszkańców		Miasto od 51 do 100 tys. mieszkańców		Miasto od 101 do 500 tys. mieszkańców	
Pacjenci w wieku do 45 lat	Pacjenci w wieku powyżej 45 lat	Pacjenci w wieku do 45 lat	Pacjenci w wieku powyżej 45 lat	Pacjenci w wieku do 45 lat	Pacjenci w wieku powyżej 45 lat
1 FGI	1 FGI	1 FGI	1 FGI	1 FGI	1 FGI

**Tabela 2. Struktura lekarzy**

Lekarze specjaliści diabetologii		Lekarze POZ
Miasto od 10 do 50 tys. mieszkańców	Miasto od 101 do 500 tys. mieszkańców	Miasto od 101 do 500 tys. mieszkańców
1 FGI	1 FGI	1 FGI

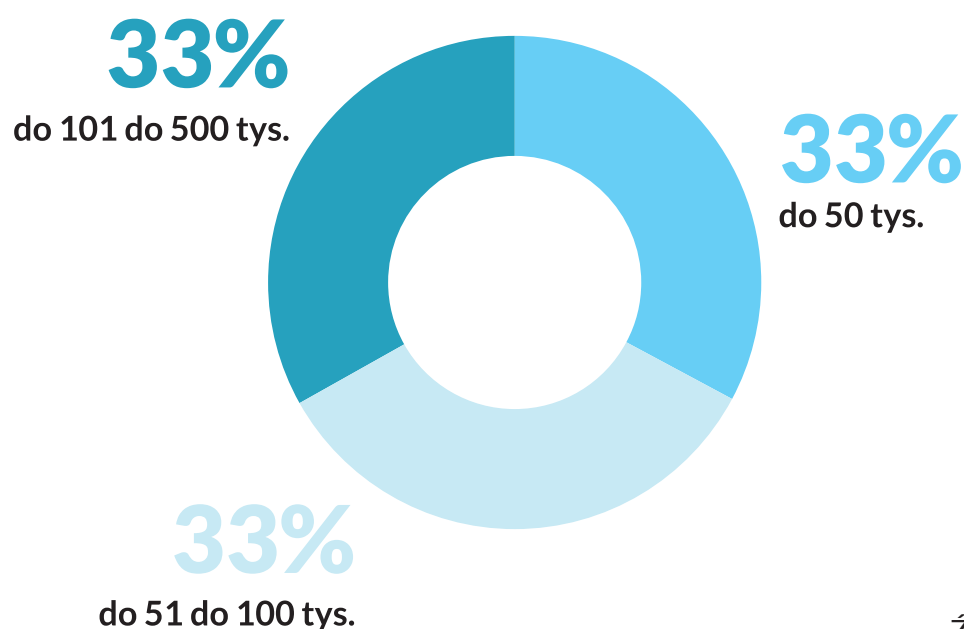
### 1.3 Dane o osobach z cukrzycą

1. Liczbę osób z cukrzycą w Polsce szacuje się na ponad 3 mln osób dorosłych, co stanowi ok. 8% populacji (Raport „Cukrzyca. Gdzie jesteśmy? Dokąd zmierzamy?”).
2. GUS (dane z 2016) szacuje liczbę chorych na cukrzycę w Polsce na około 2,1 mln., w tym na cukrzycę typu 1 (tzw. insulinozależną) cierpi około 200 tys. osób. Podejrzewa się ponadto, że 600 tys. osób ma niewykrytą jeszcze cukrzycę.
3. W 2016 roku udzielono 2 517 407 porad diabetologicznych (GUS). Ze związanych z cukrzycą świadczeń publicznej służby zdrowia korzystało około 1,66 mln osób, czyli o 1,1 proc. więcej w porównaniu do 2015 roku (NFZ).
4. Rośnie liczba diabetologów:
  - 659 specjalistów diabetologów (GUS 2016),
  - 1356 diabetologów oraz 74 endokrynologów diabetologów dziecięcych, a także 1425 endokrynologów (NIL 2018).
5. Z danych WHO wynika, że cukrzyca najczęściej wykrywana jest dopiero po 5-12 latach od pierwszych jej objawów, takich jak wzrost poziomu glukozy we krwi (PAP).
6. Rosną koszty leczenia powikłań i chorób związanych z cukrzycą typu 2 – co potwierdza Raport NIK z marca 2018 r. (nr ewid. 193/2017/P/17/057/KZD).
7. Niewystarczające działania w dziedzinie refundacji:
  - „Minister Zdrowia nie wprowadził na listy leków refundowanych ani jednego leku z grupy leków inkretynowych i grupy flozyn (spośród dziesięciu, które uzyskały pozytywne rekomendacje Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). W efekcie polscy pacjenci nie mają dostępu do innowacyjnego leczenia cukrzycy typu 2. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, refundacja niektórych z tych leków przez płatnika publicznego mogłaby wpłynąć na poprawę efektów leczenia, a tym samym zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań, szczególnie sercowo-naczyniowych. Nadmienić należy, że leki z tych grup są refundowane, w różnym stopniu, w krajach UE” (raport NIK).

## 2. OSOBY Z CUKRZYCĄ – Charakterystyka badanych

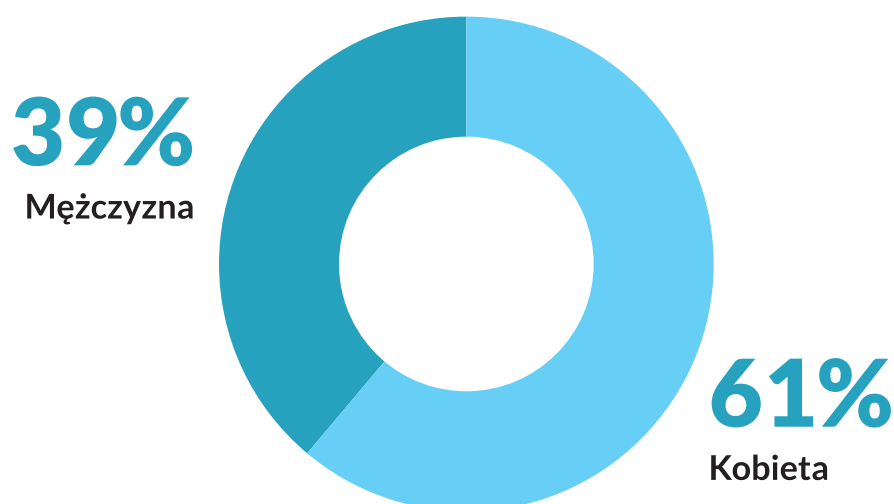
### 2.1 Struktura grupy osób z cukrzycą uczestniczących w FGI

Wykres 1. Pacjenci - miejsce zamieszkania (miasto w tys.)



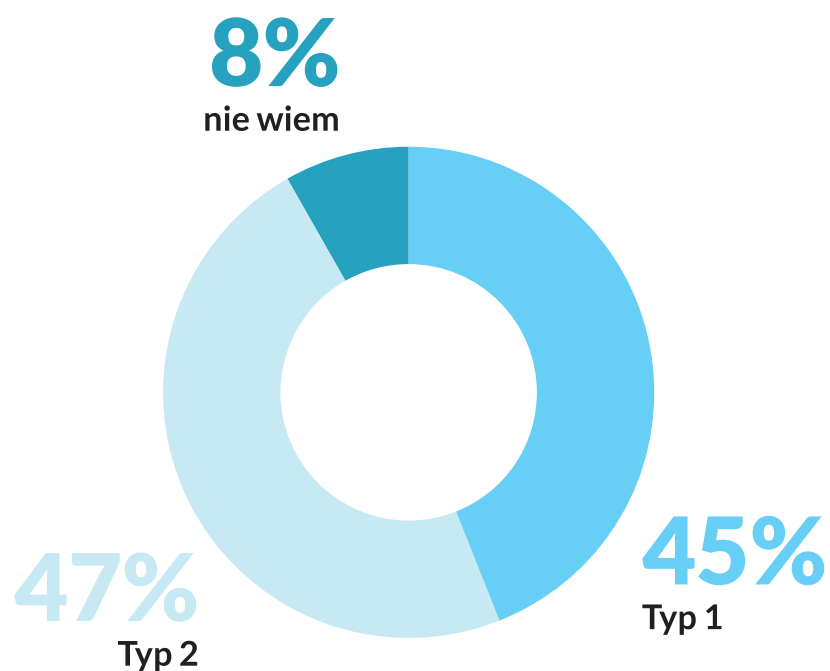
Źródło: badania własne

Wykres 2. Pacjenci - płeć



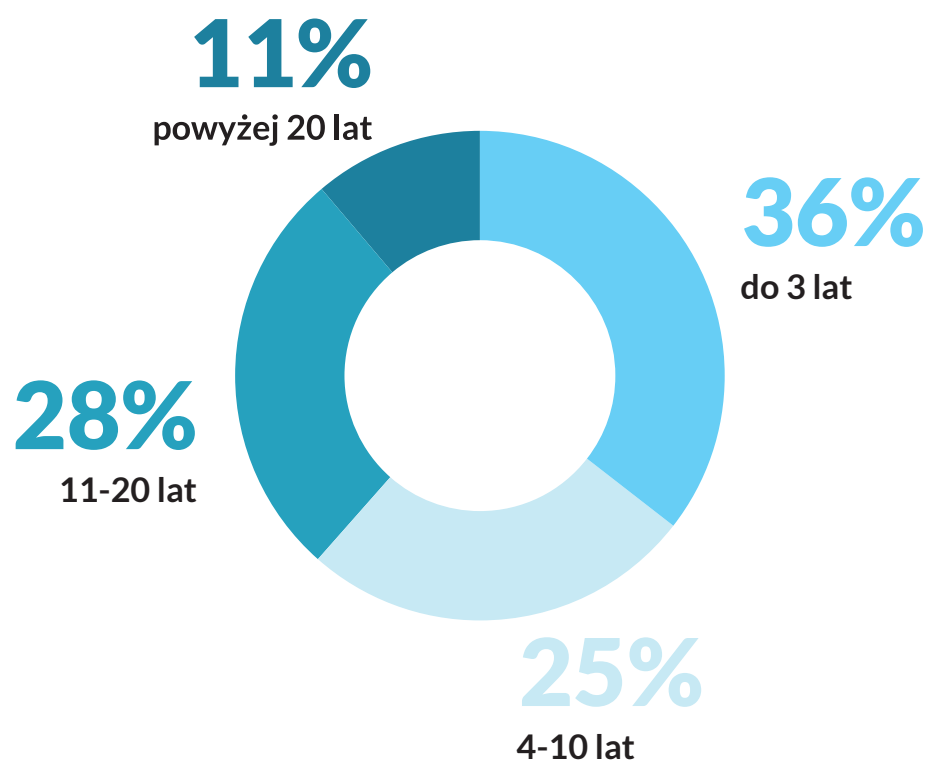
Źródło: badania własne

Wykres 3. Pacjenci - typ cukrzycy



Źródło: badania własne

Wykres 4. Pacjenci - okres, jaki upłynął od momentu rozpoznania cukrzycy



Źródło: badania własne

## 3. Cukrzyca

### 3.1 Rozpoznanie cukrzycy

Okoliczności rozpoznania cukrzycy w istotny sposób wpływają na sposoby jej przeżywania. Wywiady zogniskowane wskazują na **dwa typowe scenariusze**:

- **Okoliczności dramatyczne** – w relacjach uczestników badania ujawnieniu cukrzycy towarzyszą często dramatyczne okoliczności: **utrata świadomości, hospitalizacja, gwałtowny spadek masy ciała, problemy ze wzrokiem, osłabienie, silne pragnienie.**
- **Okoliczności dyskretne** – uczestnicy badania przyznają, że zanim nastąpiło rozpoznanie choroby, **zwłaszcza cukrzycy typu 2**, nawet przez kilka lat obserwowali nasilanie typowych objawów cukrzycowych. **Badani w wielu przypadkach lekceważyli symptomy, unikali badań profilaktycznych lub mylnie oceniali powód niedyspozycji, co prowadziło nawet do sytuacji zagrożenia życia. Równie często rozpoznanie lekarskie następowało przy okazji leczenia innego schorzenia.**

*Wskazuje to na potrzebę powszechnych działań informacyjnych i edukacyjnych, w celu uwrażliwienia społeczeństwa na konieczność wykonywania badań profilaktycznych, szczególnie w grupach ryzyka.*

### 3.2 Rozpoznanie cukrzycy – rola lekarza

**Lekarz POZ** – często rozpoznania choroby dokonuje lekarz POZ (pierwszego kontaktu, ogólny, rodzinny):

- **w przychodni – podczas badań okresowych, przy okazji udzielania porady odnośnie innego schorzenia,**
- **z reguły natychmiast po rozpoznaniu kieruje na dalszą diagnostykę do szpitala lub specjalistów z zakresu diabetologii.**

Z relacji respondentów wynika, że wielu lekarzy POZ posiada również specjalizację diabetologiczną lub wykazuje kompetencje w tym zakresie.

- Badanie FGI nie daje odpowiedzi, ilu lekarzy POZ posiada specjalizację z diabetologii, ani jak często i z jakich powodów lekarze POZ prowadzą leczenie osób z cukrzycą samodzielnie, nie przekazując (nie zlecając wizyty, konsultacji) do poradnictwa specjalistycznego. Na podstawie uzyskanych danych nie można również określić, jak wielu pacjentów korzysta stale z diabetologicznego poradnictwa specjalistycznego.

Szczególną rolę w rozpoznaniu cukrzycy mogą mieć okuliści, którzy przez kilkoro z uczestników FGI zostali wskazani jako pierwsi, którzy rozpoznają cukrzycę (podczas badania dna oka itd.), w szczególności cukrzycę typu 2. Uczestnicy FGI opisywali, jak np. podczas badań okresowych lekarz okulista zwracał uwagę na symptomy rozwijającej się cukrzycy, których jednak nie brali na poważnie, a potwierdzały się po upływie jakiegoś czasu (nawet kilku lat).

„Zanim mój lekarz rodzinny po wszystkich badaniach stwierdził u mnie cukrzycę, to okulista już pół roku wcześniej mi to powiedział. (...) Okulista zalecił pójście do lekarza rodzinnego, aby porobić badania i żeby zdecydował, czy wysłać mnie dalej. Gdy poszłam do lekarza rodzinnego, to mu powiedziałam, że okulista stwierdził u mnie początki, a może nawet zaawansowaną cukrzycę.”

K, od 51 do 100 tys., powyżej 45 l.

### 3.3 Cukrzyca – choroba przewlekła

Cukrzyca jest postrzegana jako choroba **całkowicie zmieniająca życie**, wpływająca na wszystkie aspekty życia, do której jednak trzeba się przyzwyczaić, zrozumieć czym jest i jakie są jej konsekwencje.

W badaniu FGI osoby z cukrzycą prezentują **świadomość przewlekłości** cukrzycy, połączoną z nadzieją na zminimalizowanie negatywnych skutków choroby, uniknięcie powikłań, a niektórzy nawet na wyleczenie.

Cukrzyca dla wielu uczestników badania oznacza przynależność do grupy ludzi żyjących w określony sposób, w charakterystycznym stylu – stale kontrolujących swój organizm, skupionych na samodyscyplinie oraz świadomych, że leczenie, profilaktyka i rehabilitacja nie wystarczają do opisu problemów, z którymi borykają się na co dzień.

„Cukrzyca to nie leczenie, to prowadzenie, żeby żyć, bo nas z niczego nie wyleczy.”

M, miasto do 50 tys., do 45 l.

**Wiek**, w jakim był uczestnik FGI, kiedy rozpoznano chorobę oraz to, jak długo choruje (ile czasu upłynęło od rozpoznania) wpływa na poziom jego świadomości i zachowania związane z leczeniem.

**Wczesne rozpoznanie** (np. w wieku dziecięcym – głównie cukrzyca typu 1) **daje czas na „życie się z chorobą”**, zrozumienie zagrożeń, wpływu diety i aktywności fizycznej na przebieg choroby. **Osoby z cukrzycą typu 2 sygnalizują więcej potrzeb adaptacyjnych, ograniczoną wiedzę i gorszą ocenę jakości życia.**

### 3.4 Ocena stanu opieki diabetologicznej w Polsce

**Diagnostyka:** Jeżeli rozpoznanie następuje u lekarza POZ, to pacjent kierowany jest na konsultację diabetologiczną. **Zbyt mała (choć rosnąca) liczba diabetologów**, wciąż dotkliwie ogranicza osobom z cukrzycą dostęp do opieki specjalistycznej. Dostępność konsultacji zależy bardziej od liczby specjalistów diabetologii w regionie, niż od wielkości miejscowości, w której mieszka osoba z cukrzycą. Podstawowa diagnostyka odbywa się w POZ.

**Poradnictwo: osoby z cukrzycą typu 2 korzystają z opieki głównie w gabinetach lekarskich POZ oraz konsultacji specjalistycznych, natomiast pacjenci z cukrzycą typu 1 – przede wszystkim z poradni diabetologicznych.** Poradnictwo POZ obejmuje nie tylko bieżące badania kontrolne, wypisywanie recept, ale i informacje dotyczące stylu życia, aktywności fizycznej (zalecany ruch) oraz odżywiania. Kontakty z lekarzem POZ ogólnie oceniane są raczej pozytywnie, a wskazywane mankamenty wynikają z braków systemowych (niezależnych od lekarza) lub indywidualnego postępowania lekarza.

„Lekarzowi rodzinnemu zawdzięczam pełną diagnozę. Uważam, że ze strony tego lekarza spotkała mnie super opieka.”

K, miasto od 51 do 100 tys., powyżej 45 l.

**Stała opieka lekarska:**

- Osoba z cukrzycą typu 2 częściej wraca do lekarza POZ, który sprawuje stałą opiekę medyczną, kierując na kolejne badania i konsultacje według własnej (lekarskiej) oceny.



- Osoby z cukrzycą typu 1 – jeżeli rozpoznanie nastąpiło w okresie dorastania (przed 18. rokiem życia) – objęte są obowiązkową opieką poradni diabetologicznej. Osoby w wieku powyżej 18 lat, korzystają z pomocy zarówno lekarza POZ, jak i specjalisty.
- **Częstotliwość konsultacji u diabetologa** zależy od stopnia zaawansowania choroby, jest ustalana indywidualnie przez pacjenta z lekarzem prowadzącym.

Przeważnie wskazywane są wizyty:

- **Lekarz POZ: co 2-3 miesiące;**
- **Diabetolog: z różną częstotliwością – co 3 miesiące, co 6 miesięcy, co 9 miesięcy, raz do roku, nieliczni - rzadziej.**
- Rzadsze konsultacje diabetologiczne odbywają pacjenci z cukrzycą typu 2, którzy – jeżeli brakuje im recept na leki – udają się do lekarza POZ.

## 4. Powikłania

### 4.1 Powikłania – wiedza osób z cukrzycą

Świadomość możliwych powikłań (zwłaszcza u osób z cukrzycą typu 1) uwidoczniła się w postawie dbałości o bezpieczeństwo zdrowotne. Postawa ta obejmuje głównie: dietę, aktywność fizyczną, zażywanie leków (np. rano, na czczo). **Osoby z cukrzycą oczekują wsparcia ze strony państwa w rutynowych działaniach sprzyjających jak najdłuższemu utrzymaniu dobrej kondycji zdrowotnej.**

Uczestniczące w badaniu osoby z cukrzycą typu 2 chętnie rozmawiają o **profilaktycznych zaletach aktywności fizycznej**. Brak powikłań zgłaszają tylko nieliczne osoby bardzo aktywne fizycznie (szczególnie uprawiający kolarstwo), bez uzależnień (np. od nikotyny), rygorystycznie dbające o dietę.

**Osoby z cukrzycą typu 2 nie rozumieją zagrożeń związanych z powikłaniami.**

Respondenci słyszeli, na przykład, o miażdżycy naczyń włosowatych (prawdopodobnie chodzi o mikroangiopatię), lecz uważają ją za „lepszą” od miażdżycy głównych arterii. Podejście to wynika z obawy przed zawałem serca i brakiem wiedzy o wcześniejszych zagrożeniach: utracie wzroku, nefropatii lub stopie cukrzycowej. Respondenci myślą z powikłaniami niektóre objawy (słusznie niepokojące) choroby cukrzycowej (np. wrażenie suchości, problemy z widzeniem, łzawienie, zdenerwowanie, stres, trzęsące się ręce, nadpobudliwość, senność itd.). Badanie ujawniło stosunkowo niską rzeczywistą wiedzę respondentów o przyczynach i przebiegu cukrzycy typu 2. Stosunkowo niska rzeczywista wiedza co do postępowania w przypadku powikłań (np. neuropatii, nefropatii, retinopatii) jest ponadto odwrotnie proporcjonalna do deklarowanej świadomości uczestników badania FGI (szczególnie w grupie osób z cukrzycą typu 2).

Tabela 3. Powikłania cukrzycy wskazywane przez osoby z cukrzycą

Powikłania wskazywane przez badanych	Dolegliwości przed rozpoznaniem cukrzycy	Doświadczane podczas choroby (opisywane przez uczestników FGI)	Znane u innych
<b>Cukrzyca typu 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brak wskazań</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neuropatie i polineuropatie</li> <li>• pogorszenie widzenia</li> <li>• astma,</li> <li>• niedoczynność tarczycy (sucha, atopowa skóra, choroby skórne)</li> <li>• choroby immunologiczne</li> <li>• problemy stomatologiczne (psują się zęby, cofaniedziąseł)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• choroby wzroku</li> <li>• stopa cukrzycowa</li> <li>• hiperglikemia</li> </ul>
<b>Cukrzyca typu 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• problemy okulistyczne</li> <li>• cholesterol i nadciśnienie</li> <li>• otyłość</li> <li>• osłabienie, senność</li> <li>• nudności</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• powikłania narządowe</li> <li>• powikłania naczyniowe (prowadzące do amputacji kończyn, stopy cukrzycowe)</li> <li>• kardiologiczne, nadciśnienie</li> <li>• urologiczne</li> <li>• nefrologiczne (nerki)</li> <li>• okulistyczne</li> <li>• trzustka</li> <li>• miażdżycy (naczyń włosowatych)</li> <li>• cholesterol</li> <li>• choroby zębów</li> <li>• choroby skóry (trudno gojące się rany na skórze głowy)</li> <li>• zaburzenia hormonalne</li> <li>• „gorące stopy” (neuropatia)</li> <li>• pocenie się</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• brak wskazań</li> </ul>

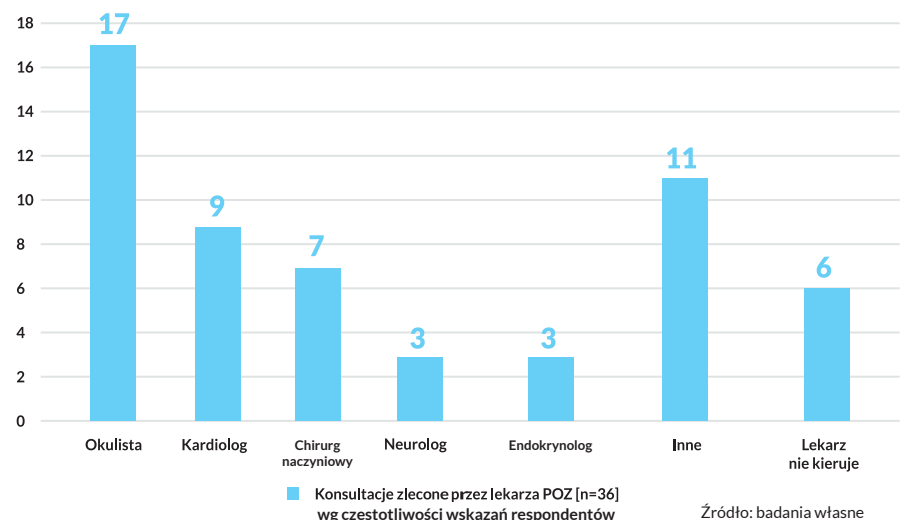
## 4.2 Profilaktyka powikłań cukrzycowych

Lekarze POZ decydują o skierowaniu na konsultacje do specjalisty na podstawie indywidualnej oceny stanu zdrowia pacjenta.

Pacjenci w ramach profilaktyki powikłań otrzymują skierowania do okulisty, kardiologa, chirurga naczyniowego, neurologa, endokrynologa. Rutynowo wykonują badania krwi (morfologia).

Lekarze POZ zlecają również dodatkowe konsultacje: urologa, nefrologa, dentysty i innych specjalistów. Niektórzy pacjenci zgłaszają problemy z dostępnością konsultacji u specjalistów, w szczególności urologa (bardzo długi okres oczekiwania).

Wykres 5. Konsultacje zlecane przez lekarza POZ



Źródło: badania własne

# 5. Potrzeby

## 5.1 Cukrzyca – choroba dwóch prędkości

W badanej grupie respondenci podkreślają odmienne podejście w sposobie leczenia i traktowania pacjenta (szczególnie ze strony instytucji ochrony zdrowia oraz polityki państwa), w zależności od typu cukrzycy oraz wieku danej osoby.

- W szczególności na gorszą opiekę narzekają pacjenci z cukrzycą typu 2, w porównaniu do osób z cukrzycą typu 1 oraz kobiet w ciąży.

Różnice dotyczą tempa reagowania instytucji, wdrażania koniecznych rozwiązań prawnych i organizacyjnych, dostępu do leków i ich kosztów, a w efekcie – skutecznego leczenia.

## 5.2 Potrzeby zgłaszane przez osoby z cukrzycą

W badanej grupie osoby z cukrzycą zgłaszają potrzeby zarówno o charakterze strukturalnym – wymagające działań ze strony państwa i instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia, jak i związane z indywidualnymi relacjami z lekarzami, pielęgniarkami lub dietetykami, a także techniczne ułatwienia, związane np. z gromadzeniem i przetwarzaniem codziennych pomiarów poziomu cukru.

**Tabela 4. Potrzeby zgłaszane przez osoby z cukrzycą**

Potrzeby organizacyjne:	Potrzeby informacyjne:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wynikające z rozpoznanego typu cukrzycy i wieku pacjenta.</li> <li>• Dotyczące dostępności specjalistycznych konsultacji medycznych w zakresie profilaktyki powikłań cukrzycowych.</li> <li>• Dotyczące refundacji nowoczesnych leków, technologii i sprzętu medycznego.</li> <li>• Wprowadzenia różnych form wsparcia (finansowego) dla korzystających z publicznych placówek rekreacyjno-rehabilitacyjnych, ze względu na konieczność utrzymywania dobrej kondycji fizycznej i stałych wydatków – chorzy chętnie korzystaliby z jakichś form wsparcia (np. bezpłatnych kart na basen lub siłownię).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niezbędne są działania informacyjne i edukacyjne o charakterze permanentnym. Badanie FGI wykazało, że nie wystarczą szkolenia wstępne (oceniane zwykle wysoko). Pacjenci oczekują prowadzenia ze strony „osobistych doradców” – na przykład pielęgniarek – którzy czuwać będą nad każdym aspektem życia osoby z cukrzycą. Badanie FGI wskazuje na konieczność treningu samodzielności u osób z cukrzycą.</li> <li>• Dieta – utrzymanie prawidłowych zwyczajów oraz ustawienia programu żywienia, z dokładnie opracowanymi informacjami na temat zalecanej żywności w formie zintegrowanej, o wysokiej wiarygodności. Pacjenci korzystają bowiem z różnych źródeł wiedzy, testują diety – nie zawsze po konsultacji z lekarzem.</li> </ul>

## Potrzeby pacjentów w zakresie konsultacji medycznych:

- Faktyczne zainteresowanie ze strony lekarza POZ. Badane osoby negatywnie oceniają wszelkie rutynowe zachowania lekarza POZ (np. wypisywanie recept bez wykonywania badań).
- Częstsze badania krwi. Niektórzy pacjenci informują o zbyt rzadkich – w ich opinii – badaniach krwi (raz, dwa razy w roku) lub ich całkowitym braku.
- Skierowania na regularne badania. Brak takiego skierowania na badania kardiologiczne, okulistyczne itd. uznawane jest przez chorych za zaniedbanie ze strony lekarza POZ.
- Traktowanie zgodnie z własnymi wyobrażeniami na temat jakości obsługi. Pacjenci odwołują się do znanych sobie „zagranicznych” przykładów kompleksowej opieki medycznej nad chorymi z cukrzycą, podkreślając, że łatwiej i taniej zapobiegać powikłaniom, niż je potem leczyć.
- Umawianie wizyt w jak najkrótszym terminie. Wielu chorych wybiera prywatne wizyty u specjalistów ze względu na wydłużony okres oczekiwania na konsultację w trybie zwyczajnym.
- Samodzielne dbanie o określone sprawy zdrowotne. Niektórzy respondenci chodzą na badania specjalistyczne (głównie okulistyczne) z własnej inicjatywy albo z powodu schorzeń (okulistycznych) niezwiązanych z cukrzycą.
- Komfort związany ze świadczeniem usług medycznych. Badania wykonywane prywatnie (odpłatne) są wyrazem oceny ograniczeń (finansowych i organizacyjnych) polskiego systemu ochrony zdrowia.

## Potrzeby pacjentów – leczenie zintegrowane:

- Kompleksowość leczenia. Podczas badania FGI osoby z cukrzycą wyraźnie sformułowały postulat wdrożenia zintegrowanego (lub koordynowanego) poradnictwa specjalistycznego. Nie do utrzy-

mania jest obecna sytuacja, w której diabetolog, endokrynolog udzielają porad niezależnie od siebie. Generuje to koszty, związane z koniecznością umawiania się do każdego specjalisty osobno. Niekiedy diabetolog i endokrynolog wydają opinie i zalecenia sprzeczne, wykluczające się.

- Skrócony czas oczekiwania na badania specjalistyczne. Z powodu długiego oczekiwania na konsultacje specjalistyczne (niewydolność systemu), wielu chorych korzysta z porad w gabinetach prywatnych.
- Zintegrowanie procesu leczenia. Wyrażono propozycję połączenie leczenia cukrzycy typu 2 z leczeniem chorób metabolicznych.

## Potrzeby pacjentów dotyczące nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego:

- Dostęp do nowoczesnych rozwiązań medycznych i farmaceutycznych. Osoby z cukrzycą w Polsce nie mogą powszechnie korzystać z osiągnięć postępu w dziedzinie diagnostyki, monitoringu i terapii cukrzycy, przede wszystkim z powodu bariery finansowej. W codziennej praktyce oznacza to, że zamiast stosować nowoczesne leki, sensory czy pompy insulinowe, muszą codziennie nakłuwać się i stosować metody – co prawda – ulepszone, ale uznawane przez pacjentów za archaiczne. Pacjentów nie stać na zakup leków pozwalających uniknąć powikłań, więc ich nie stosują.
- Poszerzenie wiedzy na temat nowoczesnych rozwiązań medycznych i farmaceutycznych. Za zauważalną zmianę w leczeniu pacjenci uznają dopiero upowszechnienie pomp insulinowych (refundowanych tylko do 26. roku życia w grupie chorujących na cukrzycę typu 1) zmniejszających uciążliwość i częstotliwość nakłuć. Nowoczesne leki – jako znane w niewielkim stopniu – nie były nawet wymieniane przez chorych – uczestników FGI.
- Poszerzenie wiedzy na temat sposobów i metod leczenia dedykowanych cukrzycy. Do nowoczesnych terapii uczestnicy badania FGI zaliczają

błędnie: koronarografię, doraźne leczenie objawowe, a nawet korzystanie z porad pseudo specjalistycznych, zasłyszanych, znalezionych np. w Internecie.

- Obniżenie oraz ułatwienie codziennych kosztów użytkowania i monitoringu poziomu cukru we krwi. Osoby z cukrzycą korzystają powszechnie z urządzeń ułatwiających pomiar poziomu cukru (strzykawki – insulinówki, igły, peny, glukometry, sensory).
- Uproszczenie procesu leczenia. W cukrzycy typu 1 podstawowym sprzętem wpływającym na jakość życia są: glukometr i pompa z modułem rejestrującym wyniki pomiarów, które następnie są analizowane przez lekarza (diabetologa) z udziałem pacjenta podczas wizyt okresowych.
- Refundacja urządzeń do monitorowania glikemii (w cukrzycy typu 1), pompy insulinowej – również dla pacjentów w wieku powyżej 26. roku życia. Podkreślane są korzyści ze stosowania pompy insulinowej:
  - Subiektywne: stały monitoring poziomu cukru we krwi, mniej kłucia, wygoda,
  - Obiektywne: profilaktyka powikłań, mniejsze koszty społeczne (np. związane z relacjami społecznymi, z wykonywaną pracą itd.).
- Wyposażenie penów do insuliny w pamięć do gromadzenia danych o tym, kiedy i w jakiej dawce podano insulinę. Użytkownicy urządzeń uskarżają się na konieczność zapamiętywania lub notowania wielkości podawanych kolejnych dawek insuliny.

### **Potrzeby pacjentów dotyczące nowoczesnych leków:**

- Bieżąca dostępność leków. Osoby z cukrzycą doceniają łatwy dostęp do leków na rynku: leki są raczej dostępne w aptekach, część (lepiej poinformowanych) pacjentów wie o tym, jakie leki, o jakim działaniu, są dostępne w obrocie. Chorzy wskazują sporadyczne braki w zaopatrzeniu aptek np. w insulinę.

- Refundacja nowoczesnych leków. Fakt, że nowoczesne leki nie są refundowane, jest przez osoby z cukrzycą uznawany za poważne ograniczenie w dostępie do prawidłowej terapii oraz narażenie na powikłania, takie jak np.: zawał serca czy udar mózgu, które mogą spowodować kalectwo lub nawet śmierć.
- Zmniejszenie skutków ubocznych zażywanych leków. Pacjenci narzekają na konieczność ponoszenia opłat za leki nowszej generacji, np. za mniej obciążające wątrobę lub zapobiegające powikłaniom sercowo-naczyniowym lub za insulinę wysokiej jakości.
- Stałość i przewidywalność cen. Osoby z cukrzycą w różnym stopniu radzą sobie ze zmianami cen środków, podając niekiedy kwoty znacznie zawyżone lub zaniżone w stosunku do dostępnej oferty.
- Właściwy moment włączenia odpowiednich leków w proces leczenia. Np. tabletki są akceptowane jako środek do stosowania na etapie początkowym cukrzycy typu 2.
- Stałość zasad refundacji. Osoby z cukrzycą zwracają uwagę na niejednorodną politykę dotyczącą refundacji.
- Ujednolicenie cen leków dla obu typów cukrzycy. Badani deklarują brak zrozumienia dla uzależnienia refundacji od typu cukrzycy. Koszty leczenia cukrzycy typu 1 są w opinii badanych osób niższe niż typu 2, ze względu na niejednakowo refundowane leki i sprzęt (paski typ 1 – 3,40 PLN, typ 2 – 13 PLN).
- Podwyższenie wieku uprawniającego do refundacji. Pacjenci dotkliwie odczuwają ograniczenia wiekowe (do 26. lat) przy refundacji pomp insulinowych.

### **Potrzeby pacjentów dotyczące informacji i edukacji:**

- Jak najszybsze podniesienie wiedzy na temat cukrzycy po diagnozie. Pacjenci informowani są szczegółowo i szkoleni już podczas pierwszej wizyty u diabetologa (co potwierdzają wszyscy

uczestnicy badania FGI), często również przez średni personel medyczny (pielęgniarkę), w zakresie zdrowego stylu życia, diety, leczenia i profilaktyki powikłań.

- Stałe uzupełnianie wiedzy. Pacjenci poradni diabetologicznych korzystają z poszerzonej oferty szkoleniowej i kontaktów ze specjalistami.
- Pacjenci POZ zgłaszają potrzebę regularnych szkoleń i porad, w szczególności dotyczących diety i stylu życia – radzenia sobie z licznymi ograniczeniami, ze względu na powikłania cukrzycy.
- Lepszy kontakt z lekarzami POZ. Wypowiedzi uczestników badania FGI wskazują na częste nieporozumienia w kontaktach z lekarzami POZ.
- Autentyczne zainteresowanie ze strony lekarzy. Osoby z cukrzycą typu 2 mają poczucie działań zbyt rutynowych, automatycznego wypisywania kolejnych recept bez należytej analizy bieżących wyników testów poziomu cukru we krwi. Nieporozumienia te mogą wynikać z niewystarczającej informacji o przyczynach, mechanizmie i rozwoju cukrzycy.
- Dostęp do informacji objaśniających dla działań terapeutycznych: prostego opisu procesu chorobowego (np. na etapie początkowym choroby, kiedy trzustka produkuje nadmiar insuliny), zaleceń związanych z aktywnością fizyczną i dietą (np. produkty z wysokim i niskim indeksem glikemicznym), farmakoterapii (w jakim celu i jak działają leki podawane doustnie), insulinoterapii (kiedy choroba jest w pełni rozwinięta, a trzustka przestaje produkować insulinę). Osoby z cukrzycą chcą być informowane na temat nowoczesnych możliwości terapeutycznych. Często lekarze nie zmieniają leków i ich dawki przez kilkanaście lat, a przecież wiedza medyczna idzie cały czas do przodu.

## Potrzeby pacjentów – porządkowanie i integrowanie informacji:

- Jednorodność otrzymywanych komunikatów. Informacje uzyskiwane od różnych lekarzy, np. dotyczące diety, bywają sprzeczne w kwestiach szczegółowych: pewne potrawy, owoce itd. bywają zalecane lub zakazywane, co dezorientuje pacjentów.
- Zwiększenie częstotliwości informacji. Wielu respondentów (nawet z cukrzycą typu 1) uważa, że informacji jest za mało i są one niewystarczająco precyzyjne, jasne, zrozumiałe, aby spowodowana chorobą zmiana stylu życia nastąpiła odpowiednio płynnie.
- Przykłady postępowania zamiast zakazów. Osoby z cukrzycą narzekają na chaotyczną informację, zdominowaną głównie przez zakazy jedzenia, bez objaśnienia zasad konstruowania prawidłowej diety, wskazywania zachowań pożądanых (są opisywane zbyt ogólnikowo). Jedyne konkretne informacje dotyczą dawkowania leków.
- Korzystanie z portali i platform społecznościowych. Ważnym źródłem informacji i przestrzenią krytycznej wymiany opinii są platformy społecznościowe, szczególnie wśród młodszych osób. Wiele osób w wieku powyżej 45 l. (nawet powyżej 60. roku życia) przyznaje się do codziennego kontaktu z treściami dotyczącymi cukrzycy w Internecie. Są to jednak informacje rozproszone, często sprzeczne, o niepotwierdzonej wiarygodności.

# 6. Codzienność osób z cukrzycą

## 6.1 Świadomość osoby z cukrzycą

Respondenci dobrze rozumieją, że przebieg cukrzycy u każdego jest inny, nie tylko ze względu na typ 1 lub typ 2. Od lekarzy oczekują indywidualnej oceny i uważnej obserwacji zmieniających się parametrów, odejścia od rutyny w przepisywaniu kolejnych dawek leków.

Badanie FGI wykazuje, że **im lepiej wyedukowani i poinformowani są pacjenci**, im lepiej wdrożeni w codzienną praktykę monitorowania poziomu cukru, im lepiej rozumieją założenia diety, prawidłowego trybu życia itd. – tym lepiej **dopasowują procedury lecznicze** (dawkowanie leków itd.), staranniej monitorują stan swojego zdrowia (np. odnotowują codzienny poziom cukru).

**Dieta ma kluczowe znaczenie dla przebiegu choroby – co potwierdzają wypowiedzi większości respondentów. Nie wszyscy jednak posiadają wiedzę, dlaczego i na co zwracać uwagę. Nieliczni posiadają informacje o tym, jakiego typu dietę powinni stosować, a jeszcze mniej osób przestrzega prawidłowych zwyczajów żywieniowych.**

**Tabela 5. Świadomość osoby z cukrzycą**

Cukrzyca typu 1	Cukrzyca typu 2
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Częściej prezentują postawę ugruntowanej samodyscypliny.</li> <li>• Stosują się do zaleceń z dużą dokładnością, znają procedury kontrolne.</li> <li>• Ścisłe współpracują z diabetologiem.</li> <li>• Dokładnie analizują dane szczegółowe (dzienne), bo „muszą się leczyć”.</li> <li>• Gromadzą dane za pomocą dzienniczków, wykorzystują zapisy automatyczne z używanego sprzętu medycznego (pompy insulinowej, sensorów, glukometrów).</li> <li>• Gruntownie wyedukowani i informowani w poradniach diabetologicznych.</li> <li>• Dieta pod stałą i ścisłą kontrolą ze względu na dawkowanie insuliny.</li> <li>• Mają łatwiejszy dostęp do refundowanych środków medycznych (do 26. roku życia).</li> <li>• Mają większą wiedzę o możliwych powikłaniach.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stosunek do choroby uzależniony od cech indywidualnych chorego, stopnia rozwoju choroby, wiedzy, doświadczeń i powikłań.</li> <li>• Modyfikują, a nawet odступują od wskazówek lekarskich.</li> <li>• Korzystają z kompleksowych porad lekarza POZ, czasem ograniczonych do rutynowego wypisywania leków, ponadto z okresowych konsultacji specjalistycznych.</li> <li>• Dominują działania schematyczne (np. zażywanie tabletek o tej samej porze dnia), dane zapisywane w dzienniczku są niekiedy niedokładne lub niezgodne z faktami.</li> <li>• Edukacja głównie na początku choroby, wiele informacji pozyskiwanych samodzielnie.</li> <li>• Swobodniejszy stosunek do diety uzależniony od zaawansowania choroby, postulowane częstsze konsultacje z dietetykiem.</li> <li>• Ograniczony dostęp do refundowanych środków medycznych i nowoczesnych terapii.</li> <li>• Mniejsza wiedza o możliwych powikłaniach.</li> </ul>

Niektóre osoby z cukrzycą typu 2 unikają wizyt u lekarza, a nawet samodzielnie zaopatrują się w lekarstwa (nie korzystając z przysługujących im zniżek). Zdarzają się również samowolne zaniechania zalecanej terapii (farmakologicznej) lub modyfikacje (herbatka z morwy).

Respondenci deklarują wysoką dbałość o własne zdrowie, zwiększenie aktywności fizycznej po rozpoznaniu cukrzycy typu 2 lub stałe utrzymywanie wysokiej sprawności (cukrzyca typu 1 i 2).

## 6.2 Świadomość społeczna

Cukrzyca to choroba społeczna – uczestnicy FGI rozumieją przez to wymóg wysokiej świadomości u osoby z cukrzycą (ze względu na problemy zdrowotne, jakie wywołuje), jak i wśród osób z jej otoczenia.

Pacjenci z cukrzycą typu 1 (częstsze rozpoznania choroby w wieku dziecięcym) napotykać na problemy:

- w szkole (nauczyciele nie zawsze są przygotowani do opieki nad chorym dzieckiem, samodzielne podawanie insuliny przez ucznia, adaptacja wśród rówieśników, reakcje rodziców);

## 6.3 Wpływ choroby na życie codzienne osoby z cukrzycą

### Samokontrola osób z cukrzycą

Do najważniejszych obowiązków osób z cukrzycą należy ciągłe kontrolowanie poziomu cukru we krwi. Nie wszyscy jednak tę uciążliwość akceptują, co przekłada się na nieregularne pomiary. Największy opór budzi konieczność częstego ukłucia, pozostawiającego nieprzyjemne ranki – zarówno jeśli chodzi o testy, jak i podawanie insuliny. Pacjenci dokumentują wyniki pomiarów poziomu cukru we krwi wciąż często korzystając

- w miejscach i sytuacjach publicznych (pilnowanie diety, mierzenie poziomu cukru we krwi, podawanie leków);
- rodzinne – wpływa na styl życia wszystkich domowników, wymaga przeszkolenia.

Respondenci zwracają uwagę na ogólny brak zrozumienia czym jest cukrzyca, jakie niesie konsekwencje oraz w jaki sposób zmienia życie osoby z cukrzycą. Niesprzyjający klimat społeczny, zdaniem uczestników badania, dotyczy nie tylko braku wiedzy, o tym, jak się zachować w sytuacjach kryzysowych, ale przede wszystkim braku akceptacji społecznej dla wysiłku i samodyscypliny – koniecznych w zmaganiach z chorobą – jakie podejmują osoby z cukrzycą.

Osoby z cukrzycą typu 2 nie spotykają się ze stygmatyzowaniem ze względu na chorobę, ani opiniami, jakoby byli „sami sobie winni”. Wskazują jednak na problemy:

- Zakłócające pracę – mierzenie cukru, posiłki, zażywanie tabletek, podawanie insuliny,
- Kolidujące z pracą – ustawienie godzin podawania leków niezgodne z rzeczywistą aktywnością,
- W relacjach towarzyskich – osoba z cukrzycą zachowuje się inaczej, co nie zawsze jest akceptowane.

z dzienniczków (notesów), niekiedy w wersji elektronicznej. Automatyzacja zapisu danych o glikemii wciąż jest swego rodzaju luksusem, niedostępnym z powodu bariery finansowej.

Samodzielne kontrole masy ciała, ciśnienia tętniczego krwi, stanu stóp itd. – wykonywane są ze znacznie większą dowolnością ze strony pacjentów.

Dieta – pacjenci postrzegają jako dość uciążliwy element terapii, ze względu na panujące zwyczaje żywieniowe, a także osobisty wysiłek związany z kontrolą pokarmu (np. wartości kaloryczne).



### Ograniczenia w aktywności życiowej:

- **Zawodowe** – pacjenci zwracają uwagę na to, że nie każdy rodzaj pracy mogą wykonywać, co prowadzi do utraty zatrudnienia (np. pielęgniarka musiała zmienić zawód).
- **Renty** – przyznawanie świadczeń odbywa się na zmiennych zasadach, co prowadzi do utraty przyznanych świadczeń po kilku latach od ich uzyskania.
- Niektóre powikłania cukrzycy wymagają ograniczenia wysiłku fizycznego, co stanowi dodatkowe obciążenie psychiczne dla osób z cukrzycą typu 2, których to ograniczenie dotyczy.
- **Relacje społeczne** - życie towarzyskie, korzystanie z różnych form rekreacji, wymagają pokonania pewnych barier psychicznych (lęk o akceptację) i stereotypów.
- Respondenci wyrażają obawy o to, czy w sytuacji zagrażającej ich życiu, osoby w ich otoczeniu będą wiedziały, jak się zachować, w jaki sposób wezwać pomoc.

### 6.4 Dopasowanie leczenia do osoby z cukrzycą

W badaniu FGI osoby z cukrzycą nie prezentują wiedzy o zróżnicowanych metodach leczenia (w tym farmakologicznego), które uwzględniają indywidualne cechy pacjenta związane z zaawansowaniem choroby, wiekiem, metabolizmem, trybem życia, aktywnością, innymi schorzeniami, itd.

**Osoby z cukrzycą typu 2 wiedzą natomiast, że w fazie początkowej wystarczy zmiana stylu życia, zażywanie leków doustnych, zaś przy rozwiniętej chorobie – konieczne staje się podawanie insuliny.**

Pacjenci nie rozumieją, na czym miałyby polegać dopasowanie („elastyczność”) leczenia do własnego, indywidualnego stylu życia. Kiedy wyrażają potrzebę modyfikacji w programie

leczenia, to oczekują „dopasowania” dawkowania leków do trybu życia (aktywności zawodowej, wyjazdów pacjenta itd.).

W codziennej praktyce osoby z cukrzycą **dostosowują** swój tryb życia i dietę do leków i zalecanej terapii, a nie odwrotnie. Pacjenci woleliby nie być zmuszeni do zmiany stylu życia i dbania o dietę. Chcieliby więc, aby to lekarz odpowiednio skomponował proces terapeutyczny, dopasowując go do indywidualnego stylu życia osoby z cukrzycą.

**Według uczestniczących w badaniu FGI osób z cukrzycą, jakość ich życia poprawi znacząco upowszechnienie pomp insulinowych (równocześnie monitorujących glikemię). Poprawi to bowiem funkcjonowanie społeczne, umożliwi kontakty, zmniejszy bariery psychologiczne związane ze stosowaniem insuliny (koniecznością pobierania krwi, wstrzykiwania leku).**

*„Sama wygoda, że gdzieś tam w towarzystwie nie trzeba wychodzić, żeby zastrzyk sobie podać. Wyciąga się i ktoś myśli, że to telefon.”*

M, miasto od 51 do 100 tys., typ 1, poniżej 45 l.

*„Mimo, że przyszedł XXI wiek, to ludzie tak patrzą dziwnie.”*

K, miasto od 51 do 100 tys., typ 2, poniżej 45 l.

### 6.5 Organizacje społeczne

Wiedza uczestniczących w badaniu FGI osób z cukrzycą o istnieniu organizacji wspierających osoby z cukrzycą jest nikłą, ograniczona tylko do faktu ich istnienia.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) oraz Polskie Stowarzyszenie Diabetyków (PSD) to organizacje słabo rozpoznawalne, kojarzone jedynie przez osoby stale korzystające z poradni diabetologicznych.

- Tylko jedna z osób uczestniczących w badaniu FGI (z cukrzycą typu 1) była świadomym beneficjentem działań PSD – w poradni diabetologicznej opłacała składki oraz korzystała z programów edukacyjno-informacyjnych.

- Logotyp PSD zapamiętany przez osoby z cukrzycą z darmowych igieł.

Respondenci nie uczestniczą w działaniach PSD, choć deklaratywnie są zainteresowani potencjalnymi korzyściami. Nikt z uczestników badania nie wykazał znajomości stron internetowych towarzystwa ani stowarzyszenia.

## 7. Lekarze diabetolodzy i POZ

### 7.1 Codzienna praktyka zawodowa

Lekarze uczestniczący w badaniu FGI są specjalistami w dziedzinie medycyny rodzinnej lub chorób wewnętrznych (interniści) oraz diabetologii, diabetologii-endokrynologii.

Lekarze uczestniczący w badaniu pracują w POZ, przychodniach specjalistycznych i przyszpitalnych, w szpitalach, gabinetach prywatnych.

Kontakt z pacjentem:

- Lekarze POZ przyjmują zwykle około 10 pacjentów dziennie, z czego połowa to ludzie starsi. Pacjenci przychodzą z wieloma problemami zdrowotnymi naraz.
- Specjaliści diabetolodzy: liczba przyjmowanych i konsultowanych pacjentów to około 50-70 tygodniowo.

Lekarze POZ są przekonani, że mają wystarczającą wiedzę, aby prowadzić pacjenta z cukrzycą.

*„Z cukrzycą chyba każdy by sobie poradził, bo jest chorobą bardziej ustabilizowaną, a jak widzimy, że coś jest nie tak, to konsultujemy i później już prowadzimy”.*

K, lekarz POZ

### Co pomaga lekarzowi?

- Nowe technologie (zmniejszające uciążliwość monitorowania poziomu cukru, podawania leków, aplikacje na smartfony) – ułatwiają gromadzenie danych o glikemii.
- Dostęp do nowoczesnych leków, które są bezpieczniejsze lub skuteczniejsze niż insulina, stają się bardziej dostępne dla pacjentów. W ciągu ostatnich dwóch, trzech lat wzrosła liczba pacjentów, którzy stosują nowoczesne leki, mimo że są one nierefundowane.
- Wsparcie systemowe i organizacyjne procesu terapeutycznego – szkolenia dla lekarzy i personelu medycznego, poradnictwo uzupełniające (metaboliczne, dietetyczne itd.)
- Większa liczba specjalistów – pacjenci odbywają konsultacje częściej, a przebieg spotkania umożliwia pogłębioną diagnostykę, analizę postępów w leczeniu, zdobycie większej wiedzy o pacjencie i jego potrzebach.

Tabela 6. Codzienna praktyka zawodowa

Lekarz diabetolog	Lekarz POZ
<b>Profil pacjenta</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarze diabetolodzy rozróżniają trzy kategorie pacjentów: z cukrzycą typu 1, z cukrzycą typu 2 i cukrzycą ciążową.</li> <li>• Lekarze diabetolodzy podkreślają, że udzielają porad osobom o bardzo różnorodnych problemach zdrowotnych, związanych z podwyższonym poziomem cukru we krwi. Trudno w związku z tym określić jednorodny profil pacjenta, z jakim mają do czynienia.</li> <li>• Wzrost liczby konsultacji dla osób z cukrzycą typu 2.</li> <li>• Zauważalne obniżenie wieku zgłaszających się osób z cukrzycą typu 2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarze POZ uczestniczący w badaniu FGI podkreślają znaczenie dla ich codziennej praktyki lekarskiej faktu, że cukrzyca typu 1 wymaga stałego kontaktu z diabetologiem. Wynika to m.in. ze świadomości ograniczeń diagnostycznych i terapeutycznych lekarzy POZ, np. braku panelu badań, przeciwciał, poziomu insuliny, glukagonu i metod zapobiegających hipoglikemii.</li> <li>• Cukrzycę typu 2 lekarze POZ postrzegają jako problem populacyjny, który w praktyce oznacza rosnącą liczbę chorych.</li> </ul> <p><b>Częstotliwość wizyt osób z cukrzycą:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zazwyczaj osoby z cukrzycą przychodzą tylko po kolejną receptę.</li> <li>• Osoby w wieku powyżej 75 lat - tylko lekarz POZ może wypisywać im recepty, diabetolog nie może.</li> </ul>
<b>Przepływ informacji o pacjencie</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utrudnione przekazywanie informacji – pacjent z konieczności jest pośrednikiem pomiędzy diabetologiem a lekarzem POZ w przekazywaniu zaleceń.</li> <li>• Wskazywana jest konieczność utworzenia centralnego systemu informacyjnego, z możliwością wglądu w diagnozy i zalecenia innych lekarzy specjalistów.</li> <li>• Wskazana jest, jako bezwzględnie uzasadniona, konieczność prowadzenia konsultacji diabetologicznych: dla osób z cukrzycą typu 1, kobiet w ciąży, po ostrym zapaleniu trzustki, u młodych osób, cukrzycą typu LADA czyli tych, które wymagają intensywnej insulinoterapii.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarze POZ bardzo dobrze oceniają współpracę z diabetologami.</li> </ul> <p>Uzyskują dokładne informacje o pacjencie</p> <p><i>„Ważna jest informacja zwrotna, bo pacjent jest leczony przez np. kardiologa, diabetologa itd. Leki się powtarzają, wchodzą w interakcje”.</i></p> <p style="text-align: right;">K, lekarz POZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostępność konsultacji diabetologicznych w ocenie lekarzy POZ jest większa w porównaniu do innych specjalistów.</li> <li>• Zakres badań, które mogą zlecić lekarze POZ, jest porównywalny z tym, co może zlecić diabetolog.</li> </ul>

## Współpraca przy świeżym rozpoznaniu

- Lekarze diabetolodzy pozytywnie oceniają samodzielne włączanie leczenia cukrzycy u danej osoby przez część lekarzy POZ.
- Część (młodszych lekarzy) nie włącza leczenia farmakologicznego, wystawia za to skierowanie do diabetologa, co prowadzi do odroczenia rozpoczęcia leczenia nawet o 2-3 miesiące.
- Lekarze diabetolodzy wskazują na konieczność uwzględniania przez lekarzy POZ negatywnych konsekwencji opóźnienia w rozpoczęciu leczenia.
- Uczestniczący w badaniu FGI lekarze POZ deklarują, że pacjenta z noworozpoznaną cukrzycą kierują do diabetologa, a równocześnie podejmują natychmiastowe leczenie – ze względu na kilkumiesięczne oczekiwanie w kolejce na konsultację.
- Wykrycie cukrzycy przez lekarza POZ następuje po zgłoszeniu się pacjenta z dolegliwościami nie kojarzonymi z cukrzycą:
- Często w powiązaniu ze zmianami np. owrzodzenia kończyny dolnej, czy na dnie oka – wymaga od razu skierowania do diabetologa.
- U pacjenta z bardzo wysokimi cukrami – wymagane jest natychmiastowe skierowanie do diabetologa.
- U młodszych pacjentów – oznacza skierowanie do diabetologa na konsultację.

*„Wiemy że pacjent kilka miesięcy mógłby czekać na konsultację diabetologa, a leczenie trzeba zacząć od razu. On czeka, ale przychodzi w międzyczasie z kalendarzykiem cukrów, masy ciała, robi badania. Jest pod opieką. Nie jest tak, że on sobie pójdzie do domu, a my czekamy aż przyjdzie z konsultacji”.*

K, lekarz POZ.

## Relacje z pacjentem

- Lekarze diabetolodzy krytycznie oceniają nieuzasadnione unikanie skierowań do specjalisty. Może to być spowodowane koniecznością wykonywania dodatkowych badań i ponoszonymi z tego tytułu opłatami przez lekarza POZ.
- W ocenie lekarzy diabetologów wymagane jest pogłębione szkolenie dla lekarzy POZ (zwłaszcza o krótszym stażu) w zakresie leczenia cukrzycy i współpracy ze specjalistami.
- Lekarze POZ deklarują, że nie przekazują na konsultację diabetologiczną pacjenta bez przeprowadzenia uprzedniego zestawu badań: kreatynina, elektrolity, morfologia, hemoglobina glikowana, badania ogólne moczu, USG jamy brzusznej.
- Lekarze POZ podkreślają, że leczenie cukrzycy jest żmudne, skomplikowane, czasochłonne, wymagające czujności i wysokich kompetencji.
- Ograniczona ilość czasu na jednego pacjenta utrudnia działania edukacyjne.
- W poradni POZ lub u lekarza rodzinnego pacjenci leczeni są w sposób uzależniony od kompetencji lekarza prowadzącego. Bywa, że pacjent podczas wieloletniego leczenia nie przechodził badania hemoglobiny glikowanej.

## Częstotliwość kierowania na konsultacje specjalistyczne

- Uczestniczący w badaniu lekarze diabetolodzy odnotowują częstsze skierowania od lekarzy rodzinnych (POZ) na konsultacje diabetologiczne, kiedy pacjent wymaga insulinoterapii.

- Lekarze diabetolodzy oceniają część skierowań jako niepotrzebne, dokonane bez prawidłowego rozpoznania wstępnego, na podstawie jednorazowego podwyższonego poziomu cukru we krwi.

*„Raz podwyższony poziom cukru, bez krzywej i od razu skierowanie do poradni cukrzycowej, niepotrzebne kolejki, zajmowanie miejsca tym pacjentom, którzy faktycznie potrzebują opieki diabetologicznej”.*

K, diabetolog

- „Wymuszanie” przez pacjentów – lekarze POZ kierują do specjalistów pod presją pacjentów i żądań konsultacji specjalistycznych. W ocenie lekarzy POZ to efekt przekonywania pacjentów, że POZ jest zaledwie pośrednikiem w dostępie do specjalistów.

- Zdaniem lekarzy POZ wystarczy jedna lub dwie wizyty u diabetologa, kiedy cukrzyca jest wyrównana.

- Lekarze POZ kierują do diabetologa ze względu na przekazywane przez niego peny do podawania insuliny i edukację cukrzycową, którą przeprowadza pielęgniarka.

- Konsultacja „interwencyjna” – kiedy pacjent nie współpracuje – do poradni diabetologicznej, gdzie ma możliwość rozmowy o powikłaniach, spotkania z dietetykami, którzy mogą pacjentowi poświęcić więcej.

- Pacjent na insulinie – standardowo konsultowany u diabetologa, dotyczy to też sytuacji kiedy pacjent wymaga włączenia insuliny.

- Cukrzyca dobrze wyrównana oznacza mniejszą skłonność do korzystania z konsultacji u wielu różnych specjalistów. Pacjenci ufają lekarzowi POZ i wybierają tylko porady specjalistyczne, np. kardiologa, pulmonologa i naczyniowca.

## 7.2 Cel leczenia

Lekarze, bez względu na specjalizację czy miejsce porad, uważają, że **celem leczenia jest:**

- zapobieganie powikłaniom,
- wydłużenie życia osoby z cukrzycą,
- zachowanie dobrej jakości życia.

Lekarze dostrzegają bardzo szeroki kontekst związany z przebiegiem i leczeniem cukrzycy.

**Glukocentryzm** – praca z cukrem:

- jest narzędziem, celem pośrednim, który osiąga się po to, aby dana osoba dobrze się czuła i miała wysoką jakość życia.

- Cukrzyca jest chorobą postępującą, którą należy zahamować, więc oprócz glukozy ważne są lipidy, ciśnienie, masa ciała, wyrównanie metaboliczne, współistniejące choroby i zaangażowanie pacjenta oraz jego możliwości współpracy terapeutycznej.

**Oznaczanie poziomu HBA1c** („pacjenci mówią: wskaźnik przecukrzenia organizmu”) – uzależnione od typu cukrzycy oraz tzw. wyrównania poziomu cukru, stabilności glikemii.

- Lekarze diabetolodzy wskazują typowe okresowe badania: co trzy miesiące, co pół roku, raz w roku. Im bardziej stabilny przebieg choroby, tym rzadziej mogą być wykonywane badania tego typu.

- Przy hospitalizacji jest to badanie podstawowe.
- Przez lekarzy POZ badanie uznawane jest za stosunkowo łatwe, choć wymaga pobrania krwi z żyły, oraz niezbyt kosztowne (do 25 złotych). Można je wykonać nawet na miejscu, pod warunkiem, że lekarz posiada odpowiedni aparat.

Największe wyzwanie z perspektywy lekarzy:

**Zdaniem lekarzy największym wyzwaniem jest frustracja wynikająca z nieskutecznego przełamywania oporu osób z cukrzycą, zaniedbań i powikłań cukrzycy. Celem jest nawiązanie z pacjentem skutecznej, trwałej współpracy przy leczeniu.**

„Przekonać pacjenta do leczenia”. Przekonanie osoby z cukrzycą, żeby wprowadzała zalecane przez lekarza modyfikacje do swojego życia, szczególnie: zredukowała masę ciała, stosowała dietę, wykupywała leki, mierzyła cukry i „nie oszukiwała”.

*„Żeby pacjent był zadowolony. Cukrzyca powoduje w jego życiu ograniczenia, z powodu których jest nieszczęśliwy. Dążymy do tego, by widział efekty i był z nich zadowolony.”*

K, lekarz POZ

*„To jest choroba praktycznie na całe życie. I tutaj też pacjenta trzeba zrozumieć, bo nie jest tak łatwo, całe swoje życie zmodyfikować.”*

K, lekarz POZ

Kluczem do powodzenia jest **wczesne rozpoznanie**. Lekarze uczestniczący w FGI uważają, że kompleksowe badania okresowe w miejscu zatrudnienia powinny dawać możliwość diagnozowania cukrzycy.

### 7.3 Współpraca z pacjentem

Zarówno lekarze POZ, jak i specjaliści, uważają efektywną współpracę z pacjentem za podstawę w terapii cukrzycy. Leczenie jest utrudnione, kiedy pacjent nie współpracuje.

*„Jakby choroba była sprawą lekarza – wykryłeś, to ją lecz.”*

K, lekarz POZ

Współpraca wymaga zaangażowania obu stron. Lekarze oczekują ze strony pacjenta:

- Akceptacji dla działań leczniczych: monitorowanie, farmakoterapia, odpowiednie żywienie, wysiłek fizyczny,
- Samodyscypliny,

*„Najtrudniejszym dla pacjenta jest to, że od początku do końca sam bierze odpowiedzialność za to co się dzieje.”*

K, diabetolog, miasto 101-500 tysięcy

- Gotowości do podnoszenia wiedzy, umiejętności i kompetencji w związku ze złożonym przebiegiem choroby,
- Samodzielności (w tym umiejętności doboru dawki, korekty leczenia, obsługi pompy itd.).

**Gotowość do współpracy ze strony pacjenta uzależniona jest od jego postawy życiowej.**

Wiele zależy od indywidualnych, pojedynczych, drobnych decyzji osoby z cukrzycą – od kwestii związanych z aktywnością fizyczną i życiową, poprzez dietę i zwyczaje żywieniowe, aż po relacje społeczne. Pacjent wymaga innego wsparcia w zależności od etapu rozwoju choroby.

Lekarze podkreślają, że nie wystarczy wypisywanie recept. Pacjenci darzą lekarzy POZ zaufaniem, szukają akceptacji, włącznie z potwierdzeniem wskazań po konsultacji z diabetologiem. Pacjent ze świeżym rozpoznaniem cukrzycy (w przychodni POZ, w optymalnych warunkach):

- kierowany jest do gabinetu zabiegowego, gdzie odbywa krótki instruktaż obsługi glukometru, pod kierunkiem pielęgniarki,
- odbywa rozmowę o diecie, lecz nie z dietetykiem, który indywidualnie ustawi zalecenia, a z pielęgniarką lub lekarzem,
- otrzymuje broszurkę o diecie.

Lekarze przyznają jednak, że w różnych placówkach POZ pacjenci nie otrzymują kompletnej informacji o chorobie, leczeniu i diecie, lub nie przechodzą szkolenia.

### „Trudny pacjent”

**Postawa pacjenta** działa motywująco lub demotywująco na lekarza specjalistę. W relacji partnerskiej znacznie wyższa jest efektywność leczenia, niż w sytuacji kiedy jedna ze stron jest nastawiona roszczeniowo albo lekceważąco.

**Typowe trudności** obserwowane przez lekarzy:

- Pacjent bagatelizuje wyniki i możliwe powikłania.
- Starsi pacjenci wykazują się wyuczoną bezradnością.
- Pacjent nie ceni wysiłków lekarzy POZ, konsultacja z lekarzem diabetologiem bywa ostatnią szansą.
- Pacjent roszczeniowy oczekuje, żeby lekarz za niego dbał o dietę, styl życia, nie wykazuje odpowiedniej dbałości o swoje zdrowie.
- Niechęć wobec konieczności zmiany stylu życia i diety (zwłaszcza u pacjentów powyżej 40. roku życia. Młodszy stosują się chętniej do zaleceń i gromadzą dane z pomiarów, np. prowadzą indeksy glikemiczne).
- W wyniku presji społecznej młodociani pacjenci (nastoletni) nie chcą chodzić z pompą insulinową.
- Niektórzy pacjenci gromadzą dane o cukrzycy nieprawidłowo, a nawet celowo dokonują fałszywych zapisów w dzienniczku poziomu cukru we krwi.

W badaniu FGI opisane zostało przez lekarzy przykładowe postępowanie z pacjentem, który zaniedbuje prawidłową dietę, styl życia i przyjmowanie leków. Lekarz diabetolog ogranicza wtedy panel badań okresowych do niezbędnych, bowiem pogłębione, szczegółowe badania nie wpłyną na zmianę postawy pacjenta.

Pacjenci, którzy z perspektywy lekarza POZ prezentują postawę lekceważącą wobec choroby, bywają oznaczani w kartotece, jako uporczywie niestosujący zaleceń, niewrażliwi na starania edukacyjne, ograniczający kontakty z lekarzem wyłącznie do pozyskania recepty na leki.

### Podejście „pacjent sam sobie lekarzem”

Lekarze POZ oraz specjaliści dysponują ograniczoną ilością czasu, który przeznaczają na konsultacje ściśle medyczne. Dlatego występuje konieczność stałej edukacji - szkolenia pacjenta, w szczególności w zakresie technik monitorowania poziomu cukru, prawidłowego żywienia, rehabilitacji itd. Edukować powinni dietetycy, pielęgniarki i inni wyspecjalizowani pracownicy przychodni diabetologicznych lub typu pokrewnego. Proces ten nie jest wolny od wad.

### Wady i błędy szkolenia/edukacji

- Zniechęcanie pacjenta - w okresie po rozpoznaniu choroby większość pacjentów otrzymuje zalecenia pełne zakazów, typu „tego nie wolno, tamtego nie wolno”. Lekarze sami zauważają, że zamiast błędnego psychologicznie epatowania niebezpieczeństwami, należałoby przekazać zalecenia w sposób mobilizujący i budzący nadzieję.
- Zbyt wiele informacji przekazywanych jest za jednym razem, dlatego szkolenia są nieskuteczne.

Lekarze są przekonani, że pacjent permanentnie edukowany stopniowo zaadaptuje się do wymagań terapii. Bez osobistego zaangażowania pacjenta żadna terapia nie będzie skuteczna. Dopiero aktywna współpraca przełoży się na dłuższą dobrą kondycję osoby z cukrzycą.

Lekarze POZ zauważają wyraźnie większą wiedzę o chorobie, lekach czy terapii (np. zamiennikach insuliny) u osób z cukrzycą typu 1. „Bo ich życie wyedukowało”.

## 7.4 Leczenie zindywidualizowane

Uczestnicy badania FGI, lekarze POZ i lekarze diabetolodzy, dostrzegają potrzebę dopasowania leczenia do stylu życia pacjenta, a równocześnie zwracają uwagę na szereg trudności w realizacji tego postulatu.

**Leczenie zindywidualizowane powinno uwzględniać:**

- Typ i stopień zaawansowania choroby (w tym glikemii, epizodów hipoglikemii, pacjenci na tabletkach wymagają innego leczenia niż pacjenci na insulinie).
- Sytuację życiową pacjenta, w tym postawę pacjenta (określenie profilu psychologicznego): styl życia, aktywność fizyczną, aktywność zawodową, dietę itd.
- Dostęp do nowoczesnych leków i technologii.
- Refundację i finansowanie.
- Czas i finansowanie pracy lekarza.
- Występują problemy techniczne, organizacyjne, administracyjne związane z gromadzeniem ogromnej dokumentacji – zajmują większość czasu lekarza, który powinien być przeznaczony na kontakt z pacjentem.
- Wymagane jest odpowiednie dopasowanie procedury leczniczej do trybu życia pacjenta. Wymaga to ze strony lekarza pogłębionego wywiadu, uwzględniającego różne czynniki wpływające na częstotliwość i formę podawania leków. Terapia powinna być ustalana wspólnie – pacjent musi wyrazić zgodę na terapię. Wiąże się to z określeniem sposobu finansowania tego typu rozbudowanego poradnictwa na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.
- Występuje potrzeba wygospodarowania czasu dla pacjenta: prowadzenie leczenia polega nie tylko na poznaniu tego, co bierze, na co choruje, ale jeszcze stylu życia, co robi, jaki ma zawód, jaki ma charakter pracy i tak dalej.

### Lekarze o kosztach leczenia cukrzycy

Ze względu na barierę finansową, pacjentów nie stać na indywidualne leczenie nowoczesnymi

lekami, a możliwości terapeutyczne lekarzy ograniczone są do leków starego typu.

Już wydatek rzędu 120 złotych miesięcznie na podstawowe leki stanowi poważne obciążenie budżetu domowego.

Leki dla osoby z cukrzycą typu 2 kosztują od 120 złotych (za opakowanie według wiedzy lekarzy; faktycznie w aptekach cena jest znacznie wyższa, nawet do 600 złotych), co uznawane jest za wysoki miesięczny koszt.

„Dla kogoś, kto pracuje, suma 100 zł nie jest dużą przeszkodą w dzisiejszych czasach. Pod warunkiem, że widzi różnicę”.

K, Lekarz POZ

Z drugiej strony jednak, gdyby to były leki nowoczesne, wyraźnie poprawiające stan zdrowia osoby z cukrzycą i pozytywnie wpływające na samopoczucie, zwiększające aktywność, zwłaszcza zawodową, wydatki na tym poziomie zyskałyby z pewnością akceptację.

Lekarze zauważają pozytywną zmianę skłonności do kupowania leków nowej generacji u osób starszych. Tłumaczą to zwiększeniem liczby leków refundowanych, konkurencją pomiędzy aptekami (oferującymi zniżki dla tej grupy wiekowej), idącym za tym mniejszym obciążeniem budżetów domowych seniorów, którzy są skłonni powstałe w ten sposób rezerwy przeznaczać na nowoczesne terapie cukrzycowe.

### Bariera finansowa w leczeniu cukrzycy – zakres refundacji

Zdaniem lekarzy diabetologów uczestniczących w badaniu FGI, bariera finansowa uniemożliwia stosowanie skutecznej nowoczesnej terapii u osób z cukrzycą. **Z powodu bariery finansowej lekarze stosują leki dostępne dla pacjentów,**



czyli w większości wywołujące liczne niepożądane skutki uboczne. Lekarze zwracają uwagę, że wysokie koszty leczenia często pokrywane są przez rodzinę, która współdecyduje o tym, które leki (ze względu na cenę) będą stosowane.

- Refundowanie leków i środków medycznych stosowanych w terapii cukrzycy jest – co podkreślają lekarze diabetolodzy – najtańszym sposobem uniknięcia powikłań cukrzycowych, zwłaszcza tych najcięższych i najgroźniejszych – sercowo-naczyniowych.
- Lekarze nie rozumieją polityki państwa w tym zakresie i uważają ją za szkodliwą zarówno dla osób z cukrzycą (narażającą ich zdrowie i życie), jak i dla ogółu podatników (podnoszącą koszty leczenia powikłań).
- Lekarze postulują rozszerzenie refundacji na nowe grupy leków oraz zwiększenie jej dostępności dla wszystkich osób z cukrzycą, niezależnie od jej typu i wieku pacjentów.
- Zdaniem badanych lekarzy wielkość refundacji powinna umożliwiać powszechną terapię, lecz nie musi być równoznaczna z lekami bezpłatnymi. Chodzi przede wszystkim o znaczące obniżenie wydatków na leczenie, co sprawi, że najbardziej skuteczne, nowoczesne leki staną się powszechnie dostępne.

### Nowoczesne leki i insulinoterapia

Inicjować insulinoterapię może – zdaniem lekarzy diabetologów – każdy lekarz, w tym oczywiście lekarz POZ, z odpowiednią wiedzą i doświadczeniem.

Ograniczenie leczenia u osób z cukrzycą typu 2 na etapie początkowym choroby do metforminy, a następnie przechodzenie od razu do sulfonylomocznika albo insuliny uznawane jest za odstające od standardów europejskich.

#### Lekarze specjaliści wskazują następujące potrzeby i możliwości:

- Lekarze diabetolodzy chcą mieć możliwość szerokiego stosowania leków nieinsulinowych,

aby opóźnić stosowanie insuliny, której pacjenci z cukrzycą typu 2 obawiają się i jej stosowanie uznają często za ostateczność (stygmatyzującą).

- Trudno dostępne dla większości pacjentów nowoczesne leki mogą być podawane raz w tygodniu, ułatwiają redukcję masy ciała, opóźniają moment włączenia insulinoterapii.
- Nowe insuliny są bezpieczniejsze, mają bardziej stabilny profil działania, jest mniejsze ryzyko niedocukrzeń.

## 7.5 Powikłania obserwowane przez lekarzy

Lekarze POZ uważają, że posiadają wysoką świadomość dotyczącą powikłań cukrzycowych.

Za najczęstsze uznawane są powikłania sercowo-naczyniowe:

- najczęściej pierwszym objawem jest choroba układu sercowo-naczyniowego i dopiero od tego się zaczyna diagnostyka i rozpoznanie cukrzycy.
- powikłania kardiologiczne i neurologiczne są uważane za najbardziej uciążliwe.

W zakresie narządu wzroku występują:

- upośledzenie ostrości widzenia, utrata wzroku czy znaczne osłabienie widzenia – utrudniają funkcjonowanie na co dzień.

#### Pozostałe powikłania:

- Miażdżyca, stopa cukrzycowa itd. – liczne przypadki w praktyce uczestników FGI.
- Nefropatie – nieco rzadsze w praktyce uczestników FGI.
- Hipoglikemia – jest powikłaniem, którego obawiają się zarówno lekarze, jak i pacjenci – szczególnie po przeżytych epizodzie ciężkiego niedocukrzenia. Są oni skłonni ignorować wysokie poziomy cukru. Diabetolodzy przyjmują więc do wiadomości ich obawę przed stosowa-

niem wyższych dawek insuliny i tolerują podwyższone poziomy cukru. Jedynie odpowiednia profilaktyka i prawidłowe leczenie ograniczają występowanie powikłań.

### Koszty powikłań w ocenie lekarzy

Obciążenia dla budżetu państwa z tytułu leczenia powikłań cukrzycy, wskazywane przez lekarzy diabetologów, obejmują zawały serca, udary mózgu, chorobę wieńcową, amputacje kończyn, niezdolności do pracy, a ostatecznie śmierć pacjenta.

Lekarze nie potrafią precyzyjnie określić jakiego rzędu są koszty leczenia powikłań cukrzycy, jednak przez lekarzy uczestniczących w FGI szacowane są w granicach nawet na 10 milionów u jednego pacjenta.

Lekarze uważają za nieracjonalną politykę refundacji, ukierunkowaną na leczenie skutków powikłań, zamiast na profilaktykę.

*„Nakłady na leczenie choroby wieńcowej są duże i kardiologowie nie mają świadomości, że można by ich uniknąć, gdyby były środki na odpowiednie leczenie cukrzycy.”*

K, diabetolog, miasto od 101 do 500 tys.

Statystyki dotyczące śmierci z powodu cukrzycy mogą być niedoszacowane, uwzględniają bowiem przyczynę bezpośrednią (udar, zawał), a nie to, co do niego doprowadziło. Lekarze uczestniczący w badaniu FGI nie wiedzą czy śmierć w wyniku powikłań np. kardiologicznych jest klasyfikowana w powiązaniu z cukrzycą.

## 7.6 Zmiany systemowe

Lekarze uczestniczący w badaniu FGI wskazują konieczne ich zdaniem zmiany w następujących obszarach:

- Leczenia w poradniach specjalistycznych (diabetologiczna, chorób metabolicznych – obesitologia)
- Finansowanie i refundacja w leczeniu cukrzycy

- Dostępność nowych technologii
- Zintegrowany system informacji o pacjencie – dostępny dla wszystkich specjalistów, z możliwością wglądu w diagnostykę, zalecenia terapeutyczne, stosowane leki itd. Rozwiąże to problemy związane z komunikacją z pacjentem, pomiędzy lekarzami, stosowaniem leków.

**Usprawnienie procesu powinno następować kompleksowo, a nie fragmentarycznie.**

Uczestniczący w badaniu FGI diabetolodzy są przekonani, że poza rozporządzeniem z zakresu medycyny pracy (dotyczącym prowadzenia pojazdów) brak jest uregulowań prawnych, wspierających osoby z cukrzycą w życiu zawodowym (dotyczących pracy zmianowej, przerwy w pracy na posiłek, na wykonanie pomiaru i podanie leku).

Wśród wypowiedzi respondentów brak wzmianek o orzecznictwie niepełnosprawności, umożliwiającym m.in. pracę w siedmiogodzinnym trybie pracy, bez nadgodzin, pracy w godzinach nocnych oraz zwiększonej o dodatkowe dni urlopu czy przeznaczonych na rehabilitację.

W związku z powyższym pacjenci, zdaniem diabetologów, obawiają się stygmatyzacji i trudności ze strony pracodawców z powodu swojej choroby.

Lekarze diabetolodzy uczestniczący w badaniu FGI krytycznie oceniają także obowiązujące ustalenia normy poziomu cukru (100mg/dl), których przekroczenie obliguje do pogłębionych badań i oznaczania krzywej cukrowej, bez uwzględniania innych czynników ryzyka.

**Wizyty edukacyjne** – lekarze postulują finansowanie przez NFZ funkcji edukatora diabetologicznego, którego rolą będzie przejęcie wszelkich działań informacyjno-edukacyjnych w leczeniu cukrzycy.

Konieczna jest racjonalizacja dystrybucji środków medycznych, aparatury leczniczej i pomiarowej leków:

- Np. bezpłatne glukometry – niektórzy pacjenci posiadają więcej egzemplarzy, któ-

re otrzymali z kilku niezależnych źródeł (w poradni, u lekarza rodzinnego, w aptece).

*„To utrudnia pracę, kiedy pacjent przychodzi na wizytę i przynosi cztery różne glukometry, na których są różne wskazania i pyta, który jest dobry.”*

M, diabetolog, miasto od 101 do 500 tys.

Lekarze uczestniczący w badaniu zauważają ponadto konieczność stworzenia koszyka świadczeń dodatkowych dla osób z cukrzycą – finansowanego z NFZ niezależnie od puli środków kontraktowanych z POZ. Rozwiązanie to umożliwi zakup specjalistycznej aparatury diagnostycznej i wykonywanie badań na miejscu w przychodni, np. hemoglobina glikowana, lipidogram, cholesterol.

### Integrowanie i koordynowanie opieki diabetologicznej

Lekarze diabetolodzy i lekarze POZ zgodnie wyrażają oczekiwanie wprowadzenia zintegrowanego systemu informacji o pacjencie, w którym będą mieli dostęp do historii leczenia oraz monitorowania tego, co dzieje się z pacjentem.

Wśród propozycji znajdują się:

- **Model opieki koordynowanej** – niektórzy lekarze diabetolodzy zatrudnieni w poradniach POZ korzystają z pilotażowego programu „POZ Plus”. Umożliwia on kontrolę wyników on-line, konsultację telefoniczną, co rozładowuje kolejki, ułatwia pracę lekarzowi POZ. Można dawać skierowania na badania diagnostyczne, które daje specjalista, bo tam jest wszystko, rezonans, tomograf komputerowy. Krytycznie oceniana jest natomiast funkcjonalność oprogramowania, niejasne cele niektórych działań oraz nadmiar wymagań o charakterze biurokratycznym.
- **Centrum opieki holistycznej** – rozumiane jako przychodnia wielospecjalistyczna, w której osoba z cukrzycą uzyska porady związane z potencjalnymi powikłaniami oraz spotka się z psychologiem, dietetykiem, rehabilitantem itd.

- **Poradnia metaboliczna** – jako alternatywna propozycja, uwzględniająca porady obesitologa, diabetologa, endokrynologa, chirurga bariatrycznego, dietetyka, psychologa.

### Rola dietetyka w leczeniu cukrzycy

Rolą lekarza jest wprowadzenie w zagadnienie zależności przebiegu choroby od stylu życia i diety oraz ustawienie terapii. Rolą dietetyka jest ugruntowanie wiedzy osób z cukrzycą oraz szczegółowe szkolenie dotyczące sposobu odżywiania się, aktywności fizycznej, itd. Specjaliści diabetolodzy nie mają czasu na szczegółowe, pogłębione szkolenie pacjentów. Lekarze wiedzą o tym, że dietetycy są kształceni na uczelniach medycznych, lecz dostrzegają, iż nie znajdują oni potem zatrudnienia w placówkach ochrony zdrowia.

**Dietetyk** to główny edukator, o wpływie potencjalnie decydującym o postawie osób z cukrzycą. Postulowane jest zatrudnienie edukatora na pełnym etacie, ze względu na konieczność długotrwałego wdrożenia pacjenta w program terapeutyczny.

## 7.7 Edukacja lekarzy

Lekarze diabetolodzy nie napotykają na problemy, jeśli chodzi o dostęp do informacji o nowoczesnej terapii, jednakże:

- Muszą samodzielnie pokrywać koszty szkoleń specjalistycznych, podnoszenia kwalifikacji, co wynika z obowiązku ustawicznego kształcenia.
- Wyższe kwalifikacje nie są dodatkowo gratyfikowane ze strony płatnika NFZ.
- Szkolenia zaburzają ponadto tryb pracy, stanowią dodatkowe obciążenie finansowe dla lekarzy.
- Lekarze POZ oczekują jakiejś formy dofinansowania kształcenia, ze względu na koszty, znacznie przewyższające możliwości finansowe diabetologów.

Lekarze jako formę doksztalcania preferuj warsztaty (wyjazdowe), ze względu na praktyczny charakter, moliwocie kontaktu bezpośredniego z autorytetami w danej dziedzinie, wymian doświadczeń w szerszym gronie lekarzy.

#### Lekarz diabetolog w sieci

Lekarze diabetolodzy o dluszym stażu preferuj kontakty osobiste i bezpośrednią wymian informacji, doświadczeń, rekomendacji.

Lekarze korzystają z platform społecznościowych, z webinariow, stron internetowych – głownie w domu, po pracy, w czasie wolnym.

Strona internetowa Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego – odwiedzana jest w poszukiwaniu informacji o nowościach.

Lekarze badani w grupie FGI odwiedzają:

- Strony internetowe czasopism medycznych „Medycyna Praktyczna”, „Medycyna po Dyplomie”, „Kardiologia”, „Diabetologia”, także konsylium24.pl i strony firm farmaceutycznych.
- Korzystają często z bezpośrednich rozmow telefonicznych z innymi lekarzami oraz z ośrodkami klinicznymi.

Lekarze chętnie polecają pacjentom korzystanie z informacji w sieci, choć nie wszystkie zawarte tam informacje uznaj za wartościowe.

- Zdaniem lekarzy każda firma, ktora produkuje glukometr, ma coś do zaoferowania pacjentom, na przyklad aplikacje, ktore ułatwiają dostęp do informacji oraz gromadzenie danych z pomiarow.

#### Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Uczestnicy badania FGI o Polskim Towarzystwie Diabetologicznym wiedz, że:

- Opracowuje zalecenia dla lekarzy, do stosowania w leczeniu cukrzycy.
- Organizuje konferencje i szkolenia.
- Na stronie internetowej prezentuje nowości – jest w tym zakresie podstawowym rodem informacji dla diabetologow i lekarzy POZ.

Pacjenci korzystają – wedle wiedzy lekarzy – z innych środę, na przyklad cukrzyca.pl.

## 8. Podsumowanie

Badanie FGI ujawnia wyraźne rozbieżności perspektywy pacjenta i lekarza jeśli chodzi o ocenę:

- Świadomości choroby – osoby z cukrzycą mają wyższą samoocenę własnej świadomości od tego, jak są oceniani przez lekarzy;
- Postawy wobec choroby – osoby z cukrzycą oceniają swoje zaangażowanie zdecydowanie lepiej od tego, jak są oceniani przez lekarzy;
- Oczekiwań dotyczących współpracy – osoby z cukrzycą oczekują szerszej opieki, aktywnego, zindywidualizowanego leczenia, natomiast lekarze uzależniają swoje działania od postawy osoby z cukrzycą.

Ogólna ocena sytuacji osób z cukrzycą w Polsce:

- Doceniane są pozytywne zmiany w dostępności do specjalistów i środków medycznych.
- Liczba diabetologów uznawana jest za wciąż zbyt niską.
- Brak realnego dostępu do nowoczesnych terapii, brak refundacji nowoczesnych leków (bariera finansowa).
- Zakres refundacji wymaga gruntownej analizy i przebudowy.
- Organizacja systemu opieki nad pacjentem z cukrzycą wymaga wprowadzenia zasady kompleksowego wsparcia dla osoby z cukrzycą (np. ze strony dietetyków).

Potrzeby pacjentów i lekarzy - dotyczące zmian systemowych - są zbieżne ze względu na cel, jakim jest skuteczne leczenie.

Zarówno pacjenci, jak i lekarze, podkreślają znaczenie permanentnej edukacji osób z cukrzycą na temat diety, stylu życia, terapii dla skuteczności leczenia.

## 9. Opinie ekspertów

**Opinia dotycząca badania ankietowego „Problemy zdrowotne i ocena stanu ochrony zdrowia przez osoby chorujące na cukrzycę oraz lekarzy diabetologów i lekarzy POZ”.**

Opiniowane badanie przeprowadziła firma badawcza BioStat Sp. z o.o. we wrześniu 2018 roku. Przekazany mi do analizy materiał liczy 67 stron i stanowi podsumowanie zgromadzonych danych ankietowych.

Celem badania było uzyskanie opinii osób chorych na cukrzycę oraz lekarzy POZ i diabetologów na temat ich percepcji życia pacjentów z cukrzycą, oceny poziomu opieki diabetologicznej w Polsce w zakresie diagnostyki cukrzycy, jej leczenia, profilaktyki powikłań, a także problemów i potrzeb związanych z sytuacją życiową chorych na cukrzycę.

Badanie przeprowadzono metodą zogniskowanych wywiadów grupowych (FGI) wśród chorych na cukrzycę typu 1 i typu 2. Tę część analizy podzielono wg kategorii wiekowej (do 45 lat oraz powyżej tego wieku) oraz miejsca zamieszkania (miasta do 50 tysięcy mieszkańców, od 51 do 100 tysięcy mieszkańców, od 101 do 500 tysięcy mieszkańców). Materiał podzielony jest na dwie główne części – wyniki ankietowania pacjentów i lekarzy. W zakresie tej drugiej części odrębnie omówiono dane w oparciu o analizę opinii lekarzy POZ i specjalistów diabetologów.

### **Omówienie wyników badania**

Generalnie wyniki badania dobrze odzwierciedlają stan opieki nad pacjentami z cukrzycą widziany z perspektywy pacjentów i lekarzy.

Chciałbym podkreślić następujące aspekty przedłożonego mi raportu:

1. Cukrzyca jest postrzegana przez pacjentów jako choroba w sposób istotny zmieniająca życie, wpływająca na wszystkie jego aspekty u dotkniętych nią osób. Chorzy eksponują fakt, że do cukrzycy należy się przyzwyczaić i zrozumieć, jakie niesie ze sobą konsekwencje. W świetle analizowanego badania FGI chorzy wydają się być świadomi przewlekłości cukrzycy, przejawiają jednocześnie nadzieję na zminimalizowanie negatywnych konsekwencji, jakimi są jej przewlekłe powikłania.

2. Pacjenci zgłaszali potrzeby o charakterze systemowym, głównie związane z potrzebą działań ze strony państwa i instytucji odpowiedzialnych za ochronę zdrowia. Od strony organizacyjnej wskazywane są potrzeby dotyczące dostępności specjalistycznych konsultacji medycznych w zakresie profilaktyki powikłań cukrzycowych, a także refundacji leków i sprzętu medycznego. Ich potrzeby dotyczą także dostępu do nowych technologii, na przykład tych dotyczących gromadzenia i przetwarzania pomiarów poziomu cukru.

3. Chorzy formułowali także postulaty związane z osobistymi relacjami z lekarzami, pielęgniarkami lub dietetykami oraz innymi pracownikami służby zdrowia.

4. Warto odnotować zgodną percepcję wszystkich analizowanych grup, pacjentów i lekarzy, że potrzeby pacjentów z cukrzycą typu 1 są w Polsce lepiej zaspokojone niż osób z cukrzycą typu 2.

5. Profesjonaliści wskazują na potrzebę wzmocnienia działań informacyjnych i edukacyjnych związanych z profilaktyką cukrzycy oraz koniecznością uwrażliwienia społeczeństwa na wykonywanie badań profilaktycznych, szczególnie w grupach ryzyka jej rozwoju. Jest to bezsprzecznie prawidłowa sugestia. Należy podkreślić, że w szeregu krajów udało się zmniejszyć zapadalność na cukrzycę typu 2 poprzez właściwą politykę edukacyjną prowadzoną na poziomie ogółu społeczeństwa (np. w krajach skandynawskich). U ankietowanych jest widoczna świadomość braku oczywistych objawów klinicznych u wielu pacjentów z istniejącą cukrzycą typu 2 i konieczność implementowania efektywnego programu badań przesiewowych, który to postulat mocno wspieram. Jego realizacja może zapobiec groźnym powikłaniem cukrzycy, np. zawałowi serca, u wielu chorych.

6. Ankietowani, zarówno pacjenci jak i lekarze, są świadomi zagrożeń wynikających z powikłań cukrzycowych, będących konsekwencją nieleczonej lub źle leczonej choroby. Wśród nich, zgodnie z rzeczywistością, podkreśla się powikłania sercowo-naczyniowe, które przyczyniają się do przedwczesnej śmiertelności i inwalidztwa pacjentów. Dotyczy to zawału serca, udaru mózgu, miażdżycy kończyn dolnych i innych. W percepcji badanych osób mimo oczywistych zagrożeń związanych z cukrzycą, będącą jednym z największych wyzwań cywilizacyjnych naszych czasów, nie jest ona traktowana priorytetowo przez decydentów w polskim systemie służby zdrowia. Dzieje się tak mimo faktu, że znalazła się ona na liście priorytetów zdrowotnych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i wymaga określonych zmian systemowych, które mogą pozwolić zatrzymać jej pandemię oraz zmniejszyć śmiertelność z powodu powikłań, głównie schorzeń sercowo naczyniowych.

7. Podczas badania FGI chorzy na cukrzycę i lekarze wyraźnie sformułowali postulat wdrożenia zintegrowanego i skoordynowanego poradnictwa specjalistycznego. Podkreślany był brak przepływu informacji między lekarzami różnych specjalności, zbędne powtarzanie badań diagnostycznych oraz informacji o stosowanych lekach. Zintegrowany

system informacji o pacjencie – dostępny dla wszystkich specjalistów, z możliwością wglądu w diagnostykę, zalecenia terapeutyczne, stosowane leki – powinien pozwolić na rozwiązanie problemów związanych z komunikacją z pacjentem, pomiędzy lekarzami, stosowaniem leków oraz obniżyć koszty opieki medycznej nad pacjentem z cukrzycą w Polsce.

8. Pacjenci w Polsce są świadomi ograniczonego w stosunku do innych krajów dostępu do korzystania z osiągnięć postępu w dziedzinie diagnostyki, monitoringu i terapii cukrzycowej. Wiąże się to przede wszystkim z barierą finansową spowodowaną brakiem refundacji niektórych leków i technologii. W szczególności ankietowani są świadomi braku dostępu do nowoczesnego leczenia w zakresie terapii hipoglikemizujących w cukrzycy typu 2 oraz znaczących zapóźnień w stosunku do innych krajów. Chorzy zwracają ponadto uwagę na niejednorodną politykę dotyczącą refundacji, krytycznie odnoszą się do uzależnienia wielkości refundacji od typu cukrzycy i wieku pacjenta. Jednocześnie warto odnotować postawę specjalistów z diabetologii, którzy wykazują zrozumienie dla jedynie częściowej refundacji nowoczesnych leków i technologii.

9. Lekarze wskazują na obciążenia dla budżetu państwa z tytułu opieki nad pacjentami z cukrzycą, wynikających głównie z leczenia powikłań cukrzycowych – zawałów, udarów, choroby wieńcowej, amputacji, niezdolności do pracy, a ostatecznie śmierci pacjenta. Postuluje się przeznaczenie większych środków na profilaktykę tych powikłań.

W podsumowaniu, przedstawione mi do opinii badanie uważam, za ciekawy obraz percepcji opieki nad pacjentami z cukrzycą z perspektywy polskich lekarzy i pacjentów.

**Prof. dr hab. n. med Maciej T. Małecki**

## Komentarz do raportu z badania pt. Problemy zdrowotne i ocena stanu ochrony zdrowia przez osoby chorujące na cukrzycę oraz lekarzy diabetologów i lekarzy POZ

Wg danych WHO z 2018 r. cukrzyca znalazła się po raz pierwszy w światowym rankingu dziesięciu chorób prowadzących bezpośrednio do śmierci zajmując siódme miejsce - 1,6 mln zgonów w 2016 r. Jeszcze w 2000 r., cukrzyca była poza tym rankingiem, z liczbą 1 mln zgonów. Wynika z tego, że w przeciągu szesnastu lat liczba zgonów wzrosła o 60%. To samo źródło podaje, że z powodu cukrzycy i jej powikłań zmarło w Polsce w 2016 r. ok. 32 tys. osób. 6 tys. chorych (GUS podaje liczbę 8,3 tys.) na cukrzycę zmarło bezpośrednio z powodu cukrzycy (hiperglikemii oraz hipoglikemii), natomiast 26 tys. zmarło wskutek jej powikłań. Za 70% (18 tys.) zgonów z powodu powikłań cukrzycy odpowiadały powikłania sercowo-naczyniowe, takie jak zawał serca, niewydolność serca oraz udar mózgu. Do tego trzeba doliczyć ok. 80 tysięcy osób, które z powodu cukrzycy i jej powikłań są hospitalizowane i u których rozwija się postępujące inwalidztwo. Trzeba zaznaczyć, że zarówno zgony, jak i powikłania cukrzycy nie powinny mieć miejsca przy optymalnym leczeniu tej choroby oraz zmianie stylu życia chorego. Warto podkreślić, że cukrzyca znalazła się na liście krajowych priorytetów zdrowotnych określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 lutego 2018 r. jako jedna z głównych przyczyn zgonów Polaków (obok chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów i chorób układu oddechowego).

Wiarygodne badania z zakresu cukrzycy przeprowadzane wśród pacjentów i lekarzy są bardzo potrzebne do stanowienia polityki zdrowotnej i optymalizacji świadczeń zdrowotnych w Polsce. Przedmiotem badania pt. Problemy zdrowotne i ocena stanu ochrony zdrowia przez osoby chorujące na cukrzycę oraz lekarzy diabetologów i lekarzy POZ była analiza problemów zdrowotnych i ocena stanu ochrony zdrowia w obszarze diabetologii na podstawie opinii, doświadczeń osób chorych

na cukrzycę, a także lekarzy POZ i diabetologów. Struktura badania została oparta na pięciu następujących problemach badawczych: diagnostyki, leczenia, profilaktyki powikłań, a także problemów i potrzeb związanych z sytuacją życiową chorych na cukrzycę. Badanie objęło chorych na cukrzycę typu 1 i chorych na cukrzycę typu 2, dobranych wg. kryterium wieku: poniżej 45 r.ż. i powyżej 45 r.ż., a także kryterium liczebności mieszkańców wg. miejsca zamieszkania. Udział w badaniu wzięli również lekarze specjaliści z zakresu diabetologii, a także lekarze POZ. Badanie miało charakter jakościowy, w formie zogniskowanych wywiadów grupowych. Badania pozwoliły na poznanie różnych perspektyw – pacjentów, lekarzy i diabetologów, w obrębie tego samego problemu i uzyskanie syntetycznych wniosków. W efekcie zgromadzono materiał badawczy, który został wykorzystany do opracowania diagnozy problemów zdrowotnych i oceny systemu ochrony zdrowia w zakresie diabetologii, jak również posłużył do sporządzenia rekomendacji w zakresie zmian systemowych dedykowanych osobom chorym na cukrzycę.

Diagnoza problemów zdrowotnych w zakresie cukrzycy z perspektywy pacjentów obejmowała: rozpoznanie choroby, profilaktykę, świadomość, powikłania, świadomość chorych, skategoryzowane potrzeby chorych, wpływ choroby na życie codzienne i wynikające z niej ograniczenia. W zakresie rozpoznania, badani pacjenci wskazywali, że najczęściej dowiadawali się o swojej chorobie-cukrzycy na dwa sposoby: gwałtownie i dynamicznie poprzez niebezpieczne reakcje organizmu oraz dyskretnie, gdy choroba postępowała, a badani nie rozpoznawali jej objawów. Ten element badania pozwolił wysnuć wniosek, zgodnie z którym większą świadomość i wiedzę o powikłaniach mają pacjenci z cukrzycą typu 1, niż pacjenci z cukrzycą typu 2. Respondenci zauważali korelację między poziomem edukacji i wiedzy pacjentów na temat cukrzycy, a dbaniem o własne zdrowie. Istotną częścią badania były potrzeby zgłaszane przez chorych, odnoszące się głównie do poprawy funk-



cjonowania systemu ochrony zdrowia. Wśród nich wymieniano poprawę dostępu do diabetologów, refundację nowych leków, finansowanie ciągłego monitorowania glikemii, edukacji i profilaktyki oraz na poprawie relacji między pacjentem, a lekarzem. Istotnym problemem z perspektywy badanych jest niska świadomość społeczna związana z chorobami przewlekłymi, w tym z cukrzycą typu 1 i typu 2.

Z kolei perspektywa lekarzy diabetologów i lekarzy POZ odnosiła się do codziennej praktyki zawodowej, współpracy POZ z diabetologiem, jakości życia chorych, powikłań, kluczowych wyzwań, edukacji pacjenta, personalizacji terapii, kosztach leczenia oraz koniecznych zmianach systemowych. Lekarze zgodnie podkreślali, że posiadają wystarczającą wiedzę, aby skutecznie leczyć chorych na cukrzycę. W ich opinii pomagają im w tym nowe technologie lekowe i nielekowe, czy dostęp do szkoleń. Wśród wyzwań dla lekarzy najczęściej wymieniano długofalową, efektywną relację i współpracę z pacjentem. Lekarze szczególnie podkreślali rolę stałej edukacji i motywacji pacjentów, a także osobistego zaangażowania chorego w proces leczenia. Lekarze dostrzegali również problemy związane z brakiem dostępu do skutecznej farmakoterapii cukrzycy, a w konsekwencji powikłania i rosnące koszty związane z chorobami sercowo-naczyniowymi. Podobnie jak pacjenci, lekarze zwracali uwagę na konieczność wdrożenia kompleksowej opieki diabetologicznej.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie wniosków. Jednym z nich jest potrzeba poprawy dostępu do optymalnego leczenia – w tym przede wszystkim refundacji nowoczesnych analogów insuliny, pomp insulinowych powyżej 26 r.ż. i leków zmniejszających ryzyko powikłań cukrzycy – szczególnie powikłań sercowo-naczyniowych. Zarówno pacjenci jak i lekarze zauważyli potrzebę poprawy edukacji oraz profilaktyki. Wszyscy badani wnioskowali o wdrożenie zmian organizacyjnych, rozumianych jako utworzenie modelu kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki diabetologicznej nad chorymi na cukrzycę.

Wnioski z przeprowadzonego badania wspierają tezę, że w optymalizacji zarządzania cukrzycą w Polsce powinny być realizowane dwa założenia: efektywny model kompleksowej i koordynowanej opieki oraz dostęp chorych do świadczeń – w tym nowych technologii medycznych zawartych w standardach terapii. Równolegle należy opracowywać i wdrażać kompleksowy i efektywny model opieki nad chorymi na cukrzycę oparty na zdefiniowanej ścieżce każdego pacjenta. Model powinien być oparty na działaniach edukacyjnych, profilaktycznych, skutecznej diagnostyce i terapii oraz zaangażowaniu i współodpowiedzialności pacjenta za proces leczenia.

W Polsce model opieki nad chorymi na cukrzycę ma „dwie prędkości”. Chorzy żyjący z cukrzycą typu 1 są leczeni na zbliżonym poziomie do krajów europejskich i mają dostęp do technologii medycznych zalecanych przez standardy kliniczne. Optymalizacji wymaga jednak monitorowanie glikemii, dostęp do pomp insulinowych powyżej 26 r.ż. oraz nowoczesnych analogów insuliny. Inaczej wygląda sytuacja pacjentów z cukrzycą typu 2. Chorzy z cukrzycą typu 2 nie mają ciągle dostępu do leków o udowodnionej redukcji ryzyka rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych. Ta grupa chorych powinna mieć refundowane leki hipoglikemizujące o udowodnionym wpływie na obniżenie ryzyka sercowo-naczyniowego, a poprzez to śmiertelności u chorych z cukrzycą. Jest to analog GLP-1 (semaglutyd) oraz inhibitor SGLT-2 (empagliflozyna) zmniejszające śmiertelność z powodu powikłań sercowo-naczyniowych i udaru mózgu o ok. 40%. Leki te, refundowane w większości krajów Unii Europejskiej pozwalają na skuteczną terapię cukrzycy, a w efekcie zmniejszają liczbę zgonów oraz powikłań. Rekomendowana pozytywnie przez AOTMiT refundacja w Polsce we wskazaniu: chory na cukrzycę z ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych (przebyty zawał serca lub udar mózgu), niekontrolowaną (HB glikozylowana >8), po leczeniu metforminą i sulfonilomocznikiem, atoli mogłaby przełożyć się na efekt zmniejszenia

liczby zgonów i powikłań. Dane wykazujące w Polsce aż 8 tys. zgonów rocznie z powodu hipoglikemii oraz hiperglikemii uzasadniają również zasadność refundacji nowych, szybciej działających generacji analogów insuliny. Należy podkreślić, że farmakoterapia cukrzycy należy do jednych z najbardziej kosztowo-efektywnych terapii. Należy również podkreślić, że całkowite koszty związane z leczeniem cukrzycy poniesione przez NFZ na poziomie ok. 1,8 mld zł w 2018 r. dotyczyły terapii 2,85 mln chorych, co przekłada się na średni roczny koszt terapii 1 chorego na cukrzycę na poziomie ok. 643 zł.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty w Polsce konieczne są konkretne działania rządu, zmierzające do poprawy dostępu chorych na cukrzycę do leczenia zgodnego ze standardami klinicznymi. Zastosowanie optymalnego leczenia u pacjentów z cukrzycą przyniesie wymierną wartość, bowiem koszty utraty produktywności z powodu zgonów oraz powikłań cukrzycy są wielokrotnie wyższe niż leczenie cukrzycy zgodne ze standardami klinicznymi.

***Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA  
Ekspert systemu ochrony zdrowia; DEJG, IZWOZ UŁa***

# Spis wykresów i tabel

<b>Wykres 1</b> Pacjenci - miejsce zamieszkania (miasto w tys.)	/5
<b>Wykres 2</b> Pacjenci - płeć	/5
<b>Wykres 3</b> Pacjenci – typ cukrzycy	/6
<b>Wykres 4</b> Pacjenci – okres, jaki upłynął od momentu rozpoznania cukrzycy	/7
<b>Wykres 5</b> Konsultacje zlecane przez lekarza POZ	/10
<b>Tabela 1</b> Struktura grupy pacjentów	/3
<b>Tabela 2</b> Struktura lekarzy	/3
<b>Tabela 3</b> Powikłania cukrzycowe wskazywane przez osoby z cukrzycą	/10
<b>Tabela 4</b> Potrzeby zgłaszane przez osoby z cukrzycą	/11
<b>Tabela 5</b> Świadomość osoby z cukrzycą	/15
<b>Tabela 6</b> Codzienna praktyka zawodowa	/19

**Warszawa 2019**