

Wrzesień 2019

CUKRZYCA TU I TERAZ

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA, LECZENIA I OPIEKI
NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA
POTRZEB PACJENTA, PERSONEŁU MEDYCZNEGO ORAZ
PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

Raport Fundacji Urszuli Jaworskiej



Improving Healthcare





Autorzy raportu

Mariusz Błaszczyk
Sebastian Gawlik
Urszula Jaworska

Konsultacja naukowa

Jakub Gierczyński

Autorzy komentarzy - w kolejności alfabetycznej

Teresa Borkowska
Jakub Gierczyński
Agnieszka Godzińska
Beata Grochowska
Iwona Grabarczyk
Mateusz Kraska
Jolanta Kalicka
Barbara Kucharska
Iwona Pietrzak
Maciej Prusaczyk
Anna Śliwińska

Cytacja

Raport pt. "Cukrzyca tu i teraz. Badanie systemu monitorowania, leczenia i opieki nad pacjentem z cukrzycą z punktu widzenia potrzeb pacjenta, personelu medycznego oraz placówek ochrony zdrowia". Fundacja Urszuli Jaworskiej. Warszawa, wrzesień 2019 r.

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, powielanie i wykorzystywanie części lub całości informacji, zdjęć i innych treści zawartych w raporcie w jakiegokolwiek formie bez pisemnej zgody autorów zabronione.

Raport dostępny jest na stronie:
www.fundacjauj.pl/raport_cukrzyca



Spis treści

1. WSTĘPstr.4
2. OPIS BADANIA ...str.5
 - 2.1 OŚ CZASU ...str.6
 - 2.2 CEL I METODOLOGIA ...str.8
 - 2.3 PRZEBIEG BADANIA ...str.9
 - 2.4 RESPONDENCI ...str.11
3. PACJENCI ...str.12
 - 3.1 WYNIKI ...str.13
 - 3.2 WNIOSKI ...str.57
 - 3.3 KOMENTARZ ...str.61
4. PROFESJONALIŚCI MEDYCZNI ...str.63
 - 4.1 LEKARZE DIABETOLOGI ...str.64
 - 4.1.1 WYNIKI ...str.65
 - 4.1.2 WNIOSKI ...str.73
 - 4.2 LEKARZE POZ ...str.75
 - 4.2.1 WYNIKI ...str.76
 - 4.2.2 WNIOSKI ...str.81
 - 4.2.3 KOMENTARZ ...str.82
 - 4.3 PIELEŃNIARKI I EDUKATORZY ...str.93
 - 4.3.1 WYNIKI ...str.94
 - 4.3.2 WNIOSKI ...str.98
 - 4.3.3 KOMENTARZ ...str.100
5. PROFESJONALIŚCI MEDYCZNI
ANALIZA PORÓWNAWCZA ...str.108
 - 5.1 WYNIKI ...str.109
 - 5.2 WNIOSKI ...str.157
 - 5.3 KOMENTARZ ...str.164
6. REKOMENDACJE ...str.166



1.



**Urszula Jaworska,
Prezes Zarządu Fundacji
Urszuli Jaworskiej**

Szanowni Państwo,



Oddajemy w Państwa ręce raport dotyczący stanu opieki nad pacjentem z cukrzycą w Polsce z perspektywy pacjentów, lekarzy diabetologów, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarek i edukatorów diabetologicznych. Mam nadzieję, że uzyskane dane pozwolą na budowę systemu opieki w kierunku stałego monitorowania, lepszej terapii i kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą. Przeprowadzenie badania było możliwe dzięki zaangażowaniu Konsultanta Krajowego w dziedzinie diabetologii, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Fundacji Diabeciaki, Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach oraz przy wsparciu i pomocy NFZ. Wyniki badania prezentujemy Państwu w niniejszym raporcie. Mam nadzieję, że do dalszych prac nad budową modelu opieki nad pacjentem z cukrzycą włączą się wszyscy interesariusze systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Raport to drogowskaz do tych zmian i liczę, że przy dalszych pracach wszystkie zainteresowane instytucje będą wspólnie ten projekt budować, a potem realizować. Uważam, że opiekę nad pacjentami z cukrzycą należy budować z perspektywy samych zainteresowanych, uwzględniając ich oczekiwania oraz potrzeby. Niemniej ważne są również oczekiwania i potrzeby kadr medycznych i personelu pomocniczego pracujących na rzecz pacjentów z cukrzycą. Należy również budować wsparcie w otoczeniu pacjenta, uwzględniając jego aktywność społeczną, edukację czy życie rodzinne. Bardzo ważna jest także aktywność zawodowa obywateli, dlatego kluczowa wydaje się aktywizacja zawodowa nie tylko samych chorych na cukrzycę, ale również opiekunów pacjenta. Chorzy na cukrzycę to ogromna grupa pacjentów o zróżnicowanych potrzebach, dlatego wdrożenie kompleksowej opieki może spowolnić rozwój choroby i jej powikłań, a co za tym idzie zmniejszyć obciążenia dla systemu.



2.

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

OPIS BADANIA

NHS 2020 - Improving Healthcare



2.1

Oś czasu projektu

Grudzień 2018 - Wrzesień 2019



CZAS BADANIA (ETAP 3)

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od **11** grudnia **2018** r. do **23** maja **2019** r.

IŁOŚĆ FORMULARZY

Utworzono **4** różne kwestionariusze badawcze skierowane do **4** grup respondentów (lekarzy diabetologów, lekarzy pracujących w POZ, w szczególności lekarzy rodzinnych, pielęgniarek i edukatorów diabetologicznych oraz pacjentów).

FORMA BADANIA

Wszystkie kwestionariusze były przygotowane w formie elektronicznej i tożsamej formie papierowej, tak by dać możliwość wyboru odbiorcy ankiety, dogodnej dla siebie formy jej wypełnienia.

WPROWADZANIE DANYCH

Zebrane w czasie badania ankiety papierowe zostały wprowadzone do systemu ankietowego przez wyspecjalizowaną osobę w biurze Fundacji Urszuli Jaworskiej.

2.2

CEL I METODOLOGIA BADANIA

**CEL
BADANIA**

Poznanie opinii pacjentów oraz profesjonalistów medycznych na temat obecnego stanu monitorowania, leczenia i opieki nad pacjentami z cukrzycą.

Autorska ankieta stworzona przez Fundację Urszuli Jaworskiej była konsultowana z przedstawicielami pacjentów i lekarzy diabetologów. Do realizacji projektu wybrano dwie metody ankietowania respondentów:

**METODA
CAWI**
(COMPUTER ASSISTED
WEB INTERVIEWS)

Technika badań CAWI to wywiad przeprowadzony drogą internetową. Respondent otrzymuje link do kwestionariusza i wypełnia go on-line. Odpowiedzi są automatycznie zapisywane w specjalnym systemie do zbierania ankiet.

**METODA
PAPI**
(PAPER & PEN
PERSONAL INTERVIEW)

Wywiad bezpośredni realizowany przy użyciu papierowej ankiety wypełnianej przez respondenta lub ankietera, który zaznacza odpowiedzi badanej osoby.

2.3

PRZEBIEG BADANIA

SZCZEGÓŁY

Ankieta
dla lekarzy diabetologów

Kwestionariusz dla lekarzy diabetologów składał się z 37 pytań. Głównym kanałem dystrybucji kwestionariusza był aktywny link rozsyłany do potencjalnych respondentów. W przypadku lekarzy diabetologów wykorzystaliśmy posiadaną przez nas bazę klinik i szpitali, rozsyłając informację o badaniu na posiadane adresy mailowe. Kolejnym kanałem komunikacji były oddziały wojewódzkie NFZ, które dzięki wsparciu projektu przez Narodowy Fundusz Zdrowia, mogły aktywnie włączyć się w przesyłanie informacji o trwającym badaniu własnymi kanałami. W przypadku tego kwestionariusza korzystaliśmy również z promocji badania na własnej stronie internetowej oraz własnym fanpage na Facebooku.

Ankieta
dla lekarzy POZ

Kwestionariusz dla lekarzy pracujących w POZ składał się z 37 pytań. Głównym realizatorem tej części badania było Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach, które kolportowało ankietę wśród własnych i współpracujących z Centrum lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Fundacja Urszuli Jaworskiej wspierała wykonania badania dystrybuując ankietę poprzez media społecznościowe do zrzeszeń lekarzy rodzinnych w całej Polsce.

PRZEBIEG BADANIA

SZCZEGÓŁY

Ankieta
dla pielęgniarek
diabetologicznych/
edukatorów

Kwestionariusz dla edukatorów/pielęgniarek diabetologicznych składał się z 31 pytań. Głównym realizatorem tej części badania projektu była Fundacja Diabeciaki. Badanie było w znacznej większości prowadzone wśród pielęgniarek i edukatorów współpracujących z fundacją. Dodatkowo Fundacja Urszuli Jaworskiej korzystała z własnych kanałów informacyjnych nakłaniając respondentów do udziału w badaniu.

Ankieta
dla pacjentów

Kwestionariusz dla pacjentów składał z się 62 pytań. Dystrybucja ankiety wśród pacjentów była realizowana przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków. Fundacja Urszuli Jaworskiej docierała również z ankietą do pacjentów poprzez własną stronę Internetową oraz strony innych organizacji pacjenckich w tym poprzez fanpage Serce dla Cukrzycy.

2.4

RESPONDENCI

1203

Pacjentów

Ankieta dla pacjenta
(9 stycznia – 23 maja 2019)
135 dni

61

**Lekarzy
diabetologów**

Ankieta dla lekarza
specjalisty diabetologa
(25 stycznia – 14 maja 2019)
110 dni

181

**Lekarzy
POZ**

Ankieta dla lekarza POZ
(12 stycznia – 14 maja 2019)
123 dni

133

**Piełęgniarce/
edukatorzy
diabetologiczni**

Ankieta dla pielęgniarki/edukatora
diabetologicznego
(11 grudnia 2018 - 14 maja 2019)
155 dni

3.

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

PACJENCI

NHS 2020 - Improving Healthcare



3.1

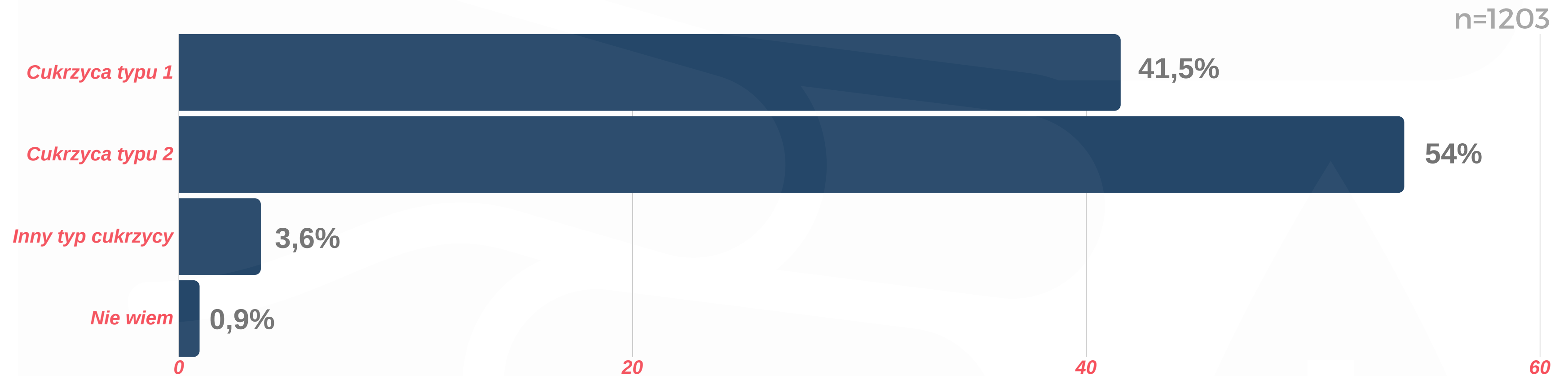
**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

PACJENCI **WYNIKI**

IHS 2020 - Improving Healthcare



"Jaki ma Pan/Pani typ cukrzycy?"



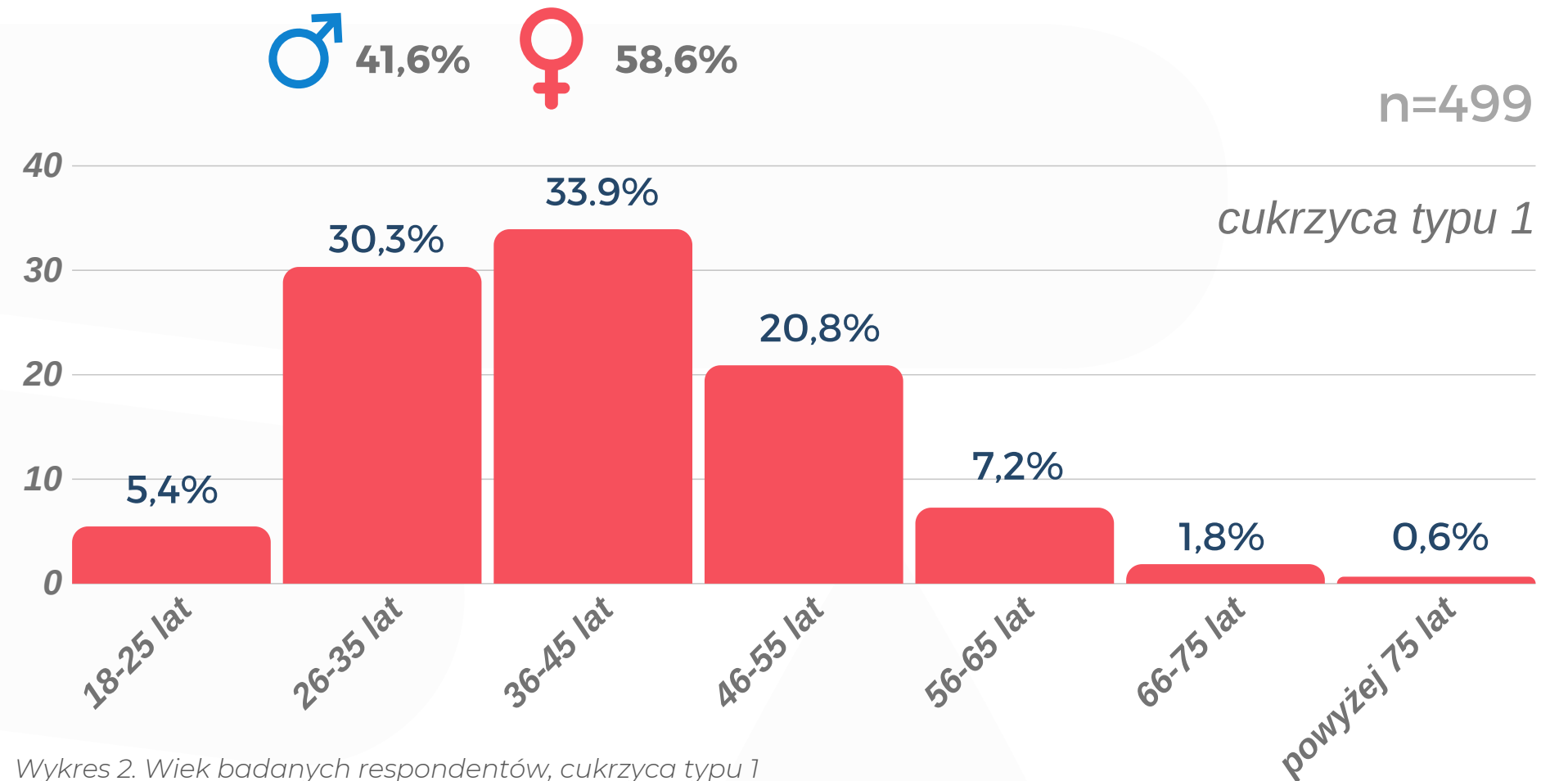
Wykres 1. Typ cukrzycy

W ankiecie skierowanej do pacjentów wzięły udział **1203** osoby dorosłe chore na cukrzycę. **705** osób stanowiły kobiety (**58.6%** ankietowanych), a **498** osób to mężczyźni (**41,6%** ankietowanych). Wśród respondentów było **499** pacjentów z cukrzycą **typu 1** (**41,5%** ankietowanych) i **650** pacjentów z cukrzycą **typu 2** (**54%** ankietowanych), inny typ cukrzycy wskazały **43** osoby (**3,6%** ankietowanych). **11** osób (**0,9%** ankietowanych), które wzięły udział w ankiecie, nie potrafiło określić, na jaki typ cukrzycy chorują.

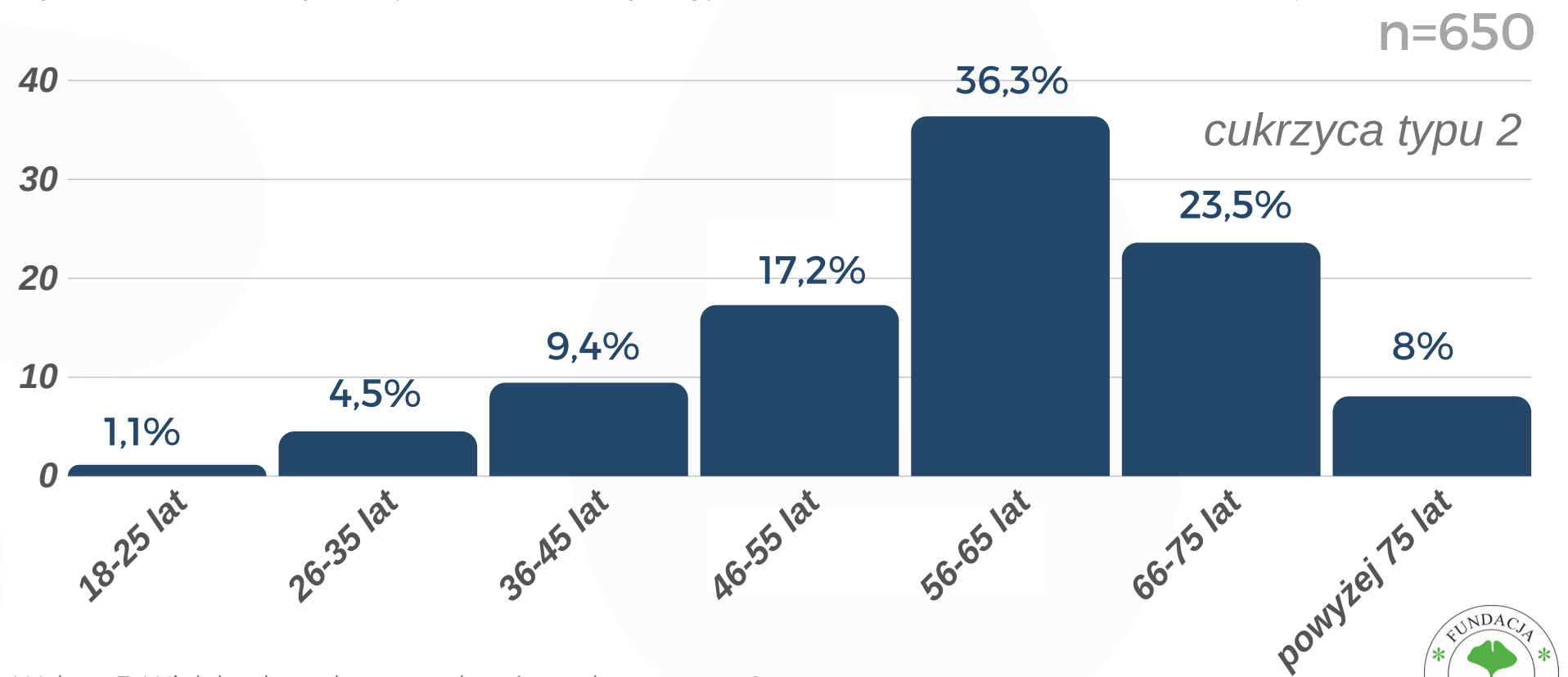
W **typie 1** cukrzycy przeważały osoby młode do **45** roku życia. Ta grupa stanowiła prawie **70%** ankietowanych. Największy odsetek to osoby z przedziału **36-45** lat (**33,9%** ankietowanych).

W grupie pacjentów z cukrzycą **typu 2** przeważały osoby starsze. Grupa pacjentów powyżej **45** lat stanowiła **85%** badanych. Tylko **15%** ankietowanych osób miało mniej niż **45** lat. Najliczniejszy przedział wiekowy stanowili pacjenci w przedziale **56-65** lat, było to **236** ankietowanych (**36,3%**).

Wśród ogółu ankietowanych **19%** zadeklarowało, że są mieszkańcami wielkiego miasta powyżej **500** tys. osób. **32%** mieszka w mieście od **100** do **500** tys. mieszkańców i była to najliczniejsza grupa respondentów. **29,9%** osób było mieszkańcami średnich miast od **20** do **100** tys. osób. Ostatnie dwie grupy to mieszkańcy małych miasteczek i wsi. Liczba osób w tych grupach była praktycznie taka sama, w miastach poniżej **20** tys. mieszkańców, mieszkało **19,1%** badanych, a **19%** jako miejsce zamieszkania zadeklarowało wieś.



Wykres 2. Wiek badanych respondentów, cukrzyca typu 1



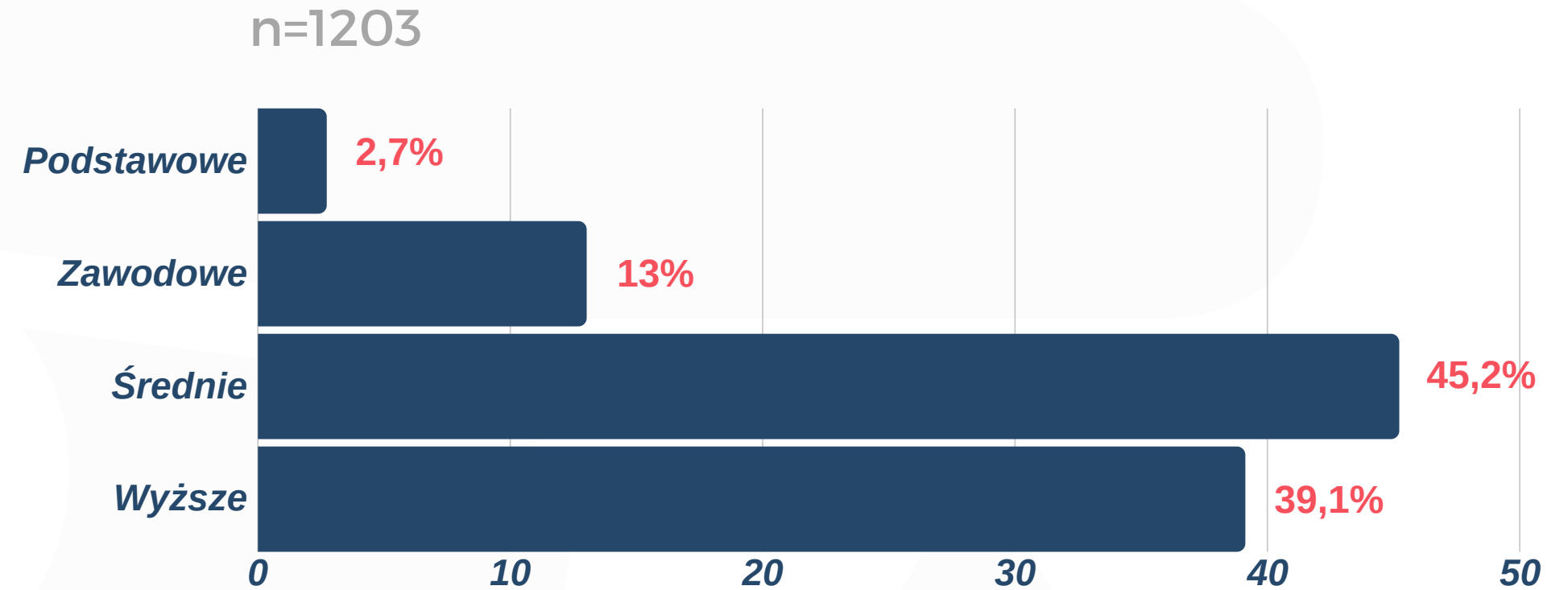
Wykres 3. Wiek badanych respondentów, cukrzyca typu 2

"Jakie ma Pan/Pani wykształcenie?"

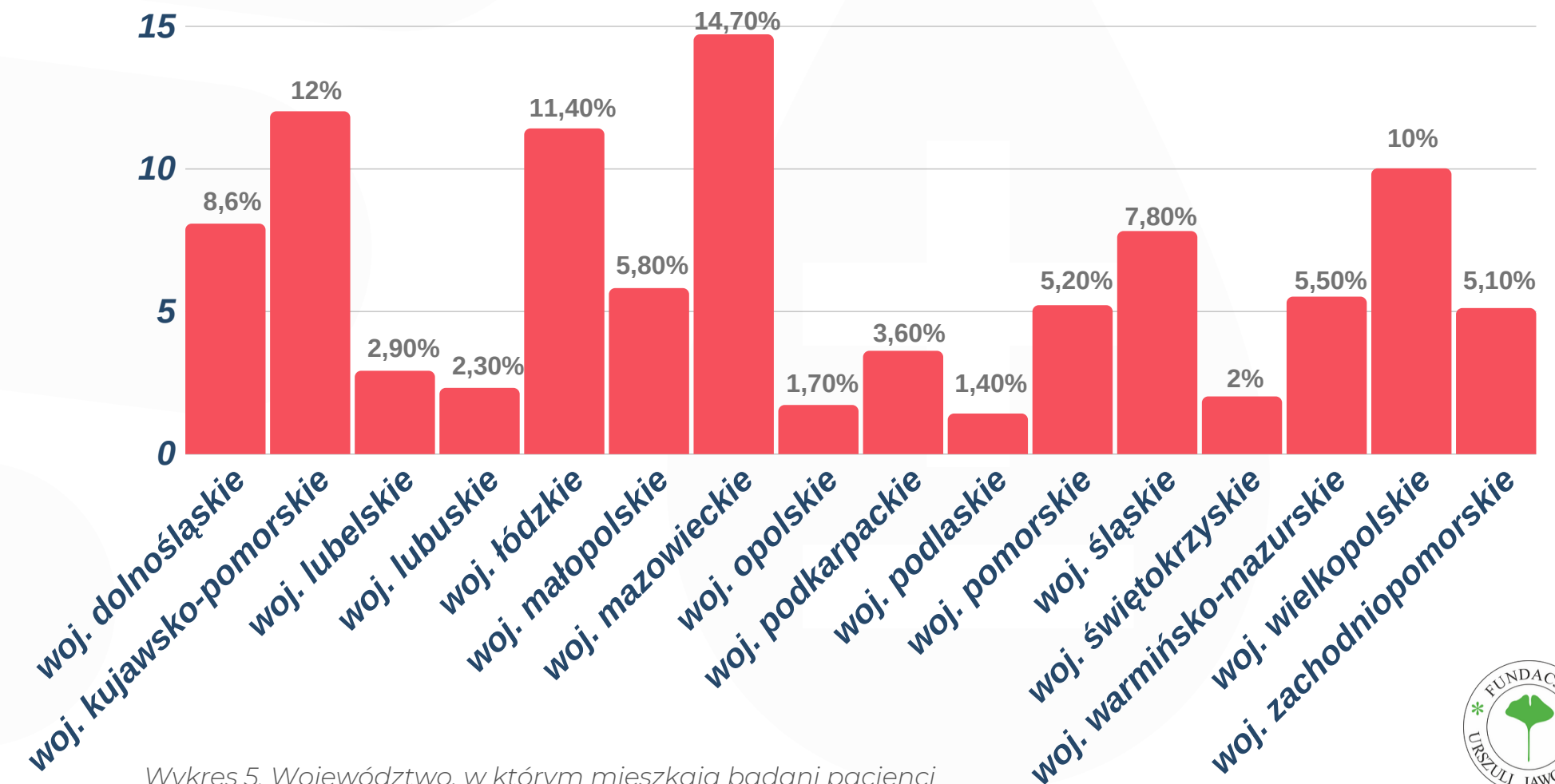
2,7% respondentów wskazało, że ma wykształcenie podstawowe, **13%**, że zawodowe. **45,2%** zadeklarowało wykształcenie średnie a **39,1%** wykształcenie wyższe.

"Województwo w którym Pan/Pani mieszka:"

Ankietowani byli mieszkańcami wszystkich województw. Najwięcej ankietowanych pochodziło z województwa mazowieckiego (**14,7%**), kujawsko-pomorskiego (**12%**), łódzkiego **11,4%** oraz wielkopolskiego (**10%**). Najmniejsza liczba pacjentów biorąca udział w ankiecie reprezentowała województwo podlaskie, którzy stanowili tylko **1,4%** odpowiadających osób. Mało licznie reprezentowane były również województwa opolskie, świętokrzyskie, lubuskie i lubelskie.



Wykres 4. Wykształcenie respondentów

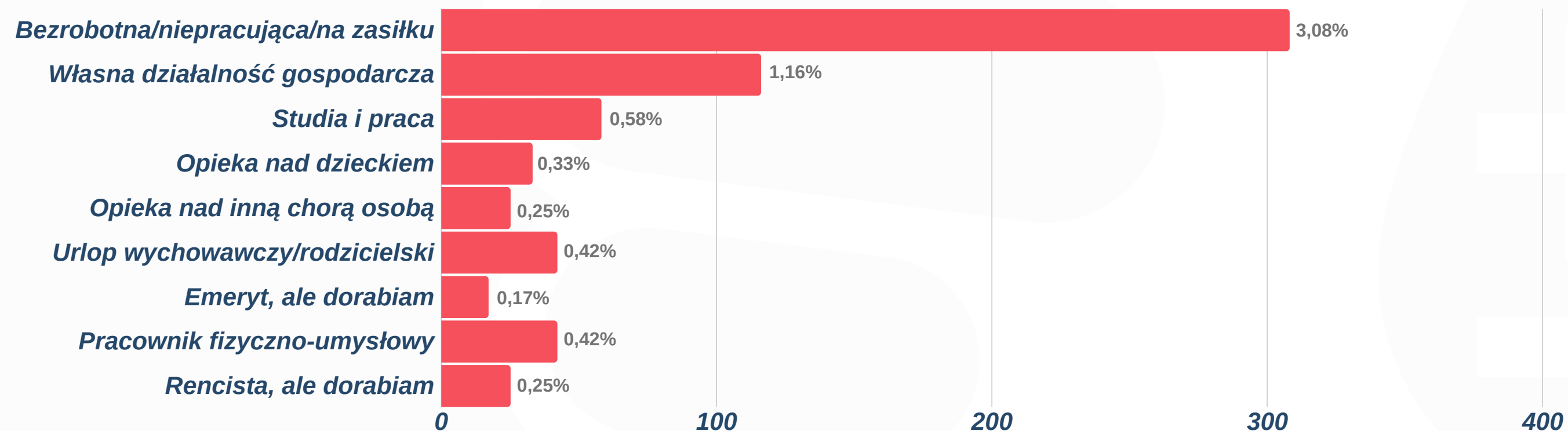
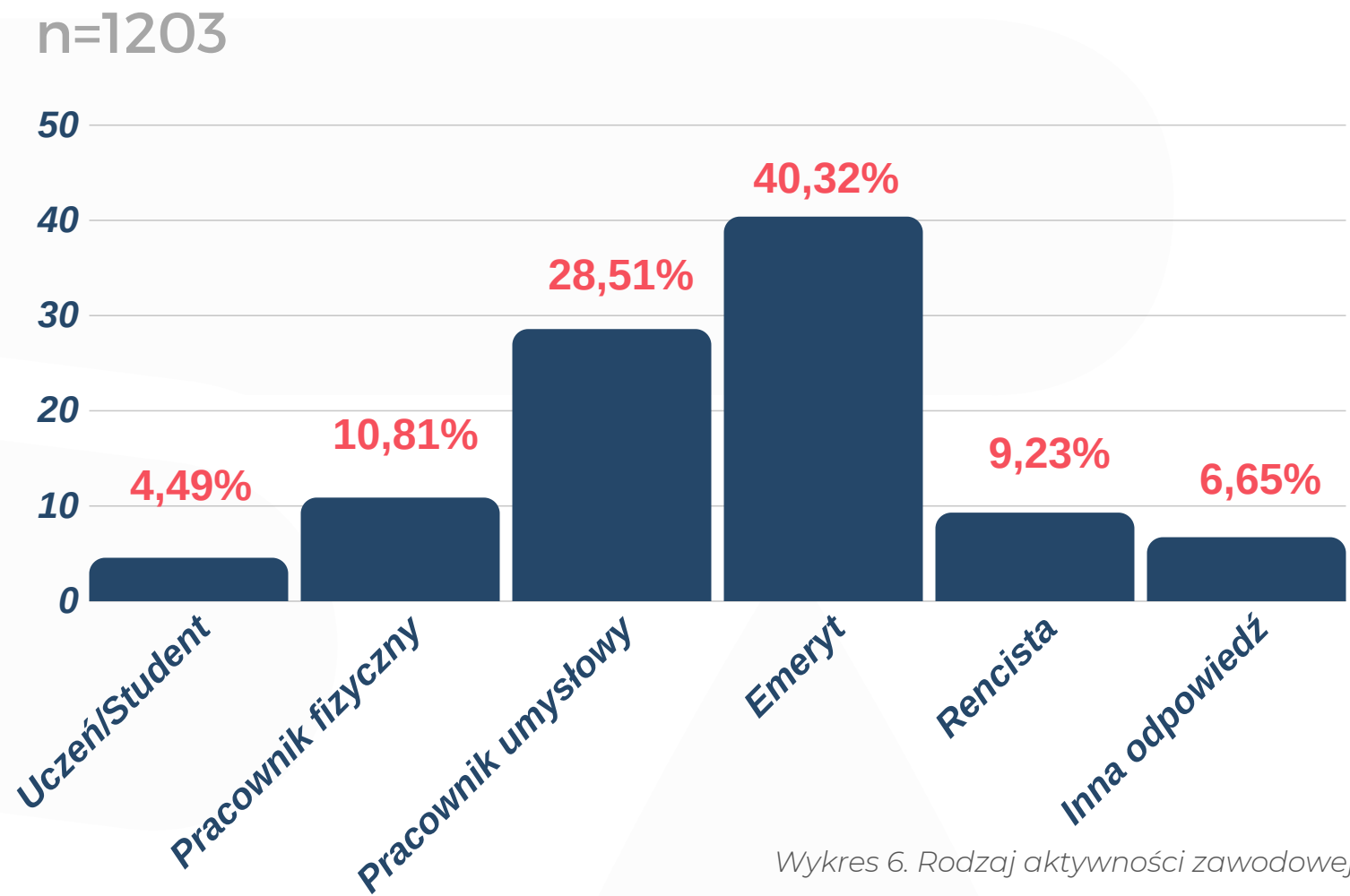


Wykres 5. Województwo, w którym mieszkają badani pacjenci

"Pani/Pana aktywność zawodowa:"

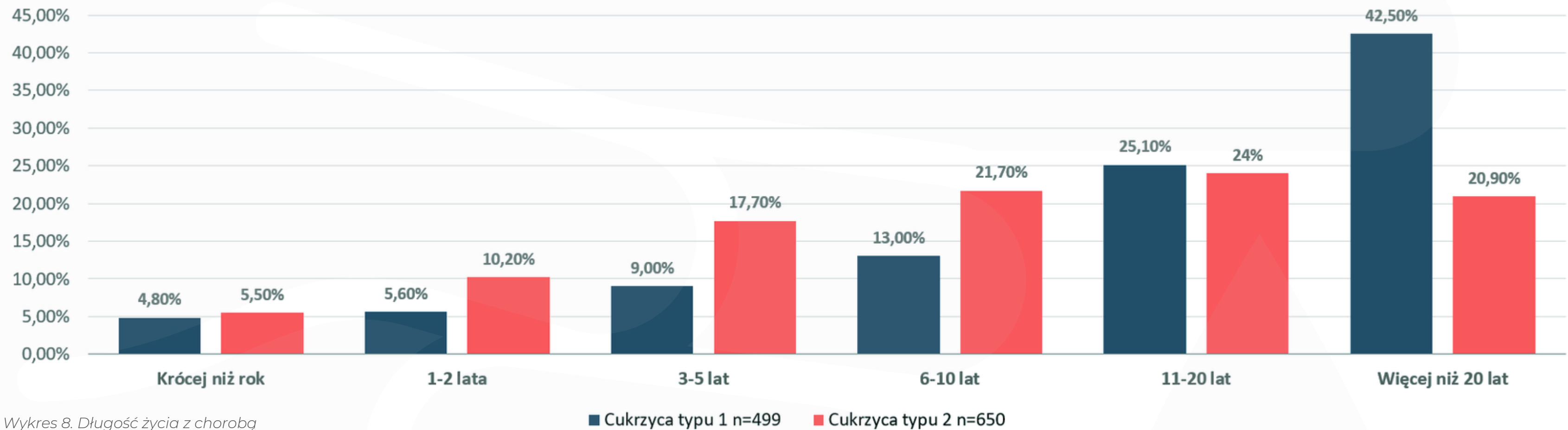
Wśród ogółu ankietowanych ponad **40%** to emeryci i ponad **9%** renciści. Uczy się bądź studiuje niecałe **5%** ankietowanych. Ponad **39%** osób była aktywnych zawodowo.

80 ankietowanych (**6,65%**), na pytanie o rodzaj aktywności zawodowej udzieliło innej odpowiedzi:



Wykres 7. Aktywność zawodowa pacjentów, inna niż wymieniona w pytaniu

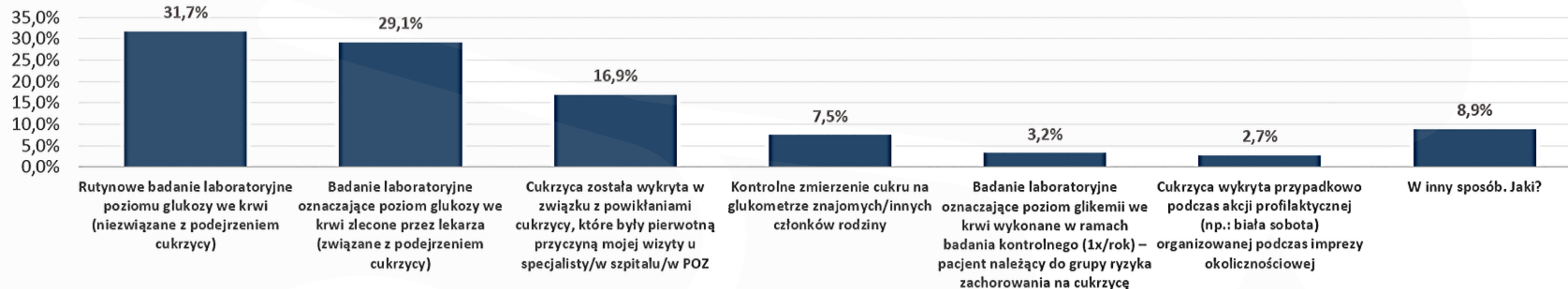
"Od jakiego czasu wie Pan/Pani, że jest chory/a na cukrzycę?"



Wykres 8. Długość życia z chorobą

Wśród ankietowanych przez nas pacjentów z cukrzycą **typu 1** największy odsetek stanowiła grupa osób, które z cukrzycą żyją już **20** lat i więcej. Odpowiedziało tak **42,5%** ankietowanych, druga co do liczności była grupa osób, które wiedzą, że mają cukrzycę przynajmniej **11** lat, ale mniej niż **20**. Wśród chorych z cukrzycą **typu 1** najmniej liczna była grupa pacjentów, którzy o diagnozie dowiedzieli się w okresie krótszym niż **1** rok. Stanowili oni niecałe **5%** ankietowanych z cukrzycą **typu 1**. Wśród pacjentów z cukrzycą **typu 2** sytuacja była nieco inna. Najliczniejsza była grupa osób chorujących w przedziale **11-20** lat (**24%** pacjentów). Dość liczni byli również pacjenci chorujący od **6** do **10** lat (**21,7%**) i powyżej **20** lat prawie **21%** pacjentów. Również w tej grupie pacjentów najmniej liczni byli ankietowani, którzy o diagnozie wiedzą krócej niż rok.

"W jaki sposób u Pana/Pani cukrzyca została wykryta?"



Wykres 9. Sposób wykrycia cukrzycy

W inny sposób. Jaki?

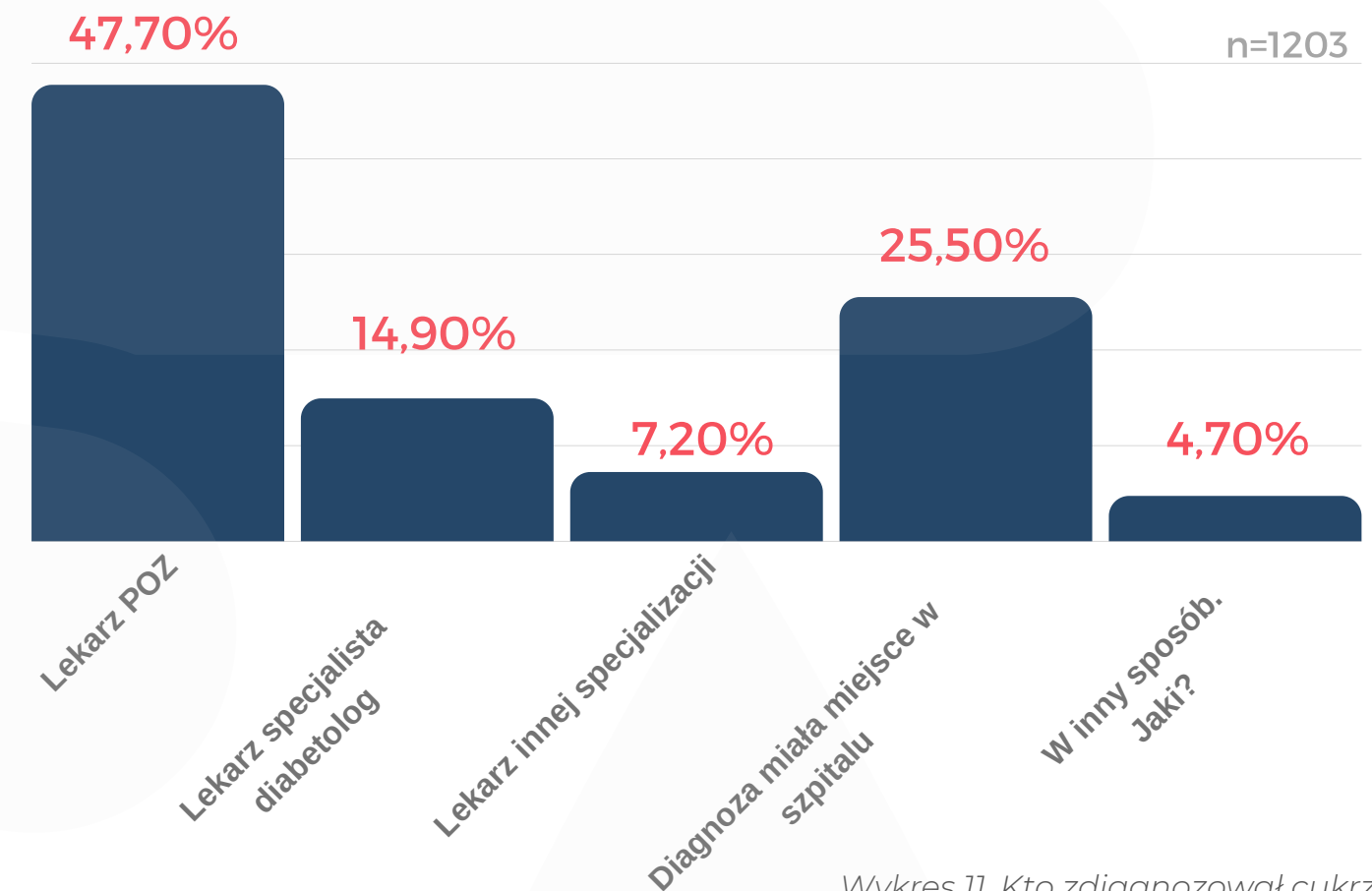


Wykres 10. Sposoby wykrycia cukrzycy, inne niż wymienione w pytaniu

Na to pytanie aż **31,7%** odpowiedziało, że cukrzyca została wykryta podczas rutynowych badań laboratoryjnych niezwiązanych z podejrzeniami cukrzycy. **29,1%**, że były to badania laboratoryjne związane z podejrzeniem cukrzycy. U prawie **17%** pacjentów cukrzycę wykryto, w związku z powikłaniami, które skłoniły pacjenta do konsultacji z lekarzem specjalistą, bądź spowodowały pobyt w szpitalu. Prawie **9%** pacjentów wybrało w kwestionariuszu odpowiedź „Inny sposób” wpisując, że wykrycie miało miejsce podczas: hospitalizacji niezwiązanej z cukrzycą, w ciąży czy podczas badań medycyny pracy.

Kto zdiagnozował u Pana/Pani cukrzycę?

Odpowiadając na pytanie „Kto zdiagnozował u Pana/Pani cukrzycę?” ankietowani najczęściej wybierali odpowiedź „lekarz medycyny rodzinnej w POZ”, tak odpowiedziało prawie **48%** ankietowanych. Ponad **25%** ankietowanych wskazało, że diagnoza miała miejsce w szpitalu. Niecałe **15%** wskazało, że pierwszej diagnozy cukrzycy dokonał lekarz diabetolog, a ponad **7%**, że był to lekarz innej specjalizacji. Pacjenci mogli też wskazać odpowiedź, że diagnozy dokonał ktoś inny i wpisać tę osobę. Najczęstszą odpowiedzią w tej kategorii były: „Ja Sam/a”, „osoba mi bliska”, „badania okresowe medycyny pracy”. Odpowiedź „Ktoś inny” wybrało **7,2%** ankietowanych. W kolejnym pytaniu ponad **98%** badanych zadeklarowało, że lekarz POZ wie, że chorują na cukrzycę.



"Czy Pana/Pani lekarz medycyny rodzinnej/POZ wie, że jest Pan/Pani chory/a na cukrzycę?"

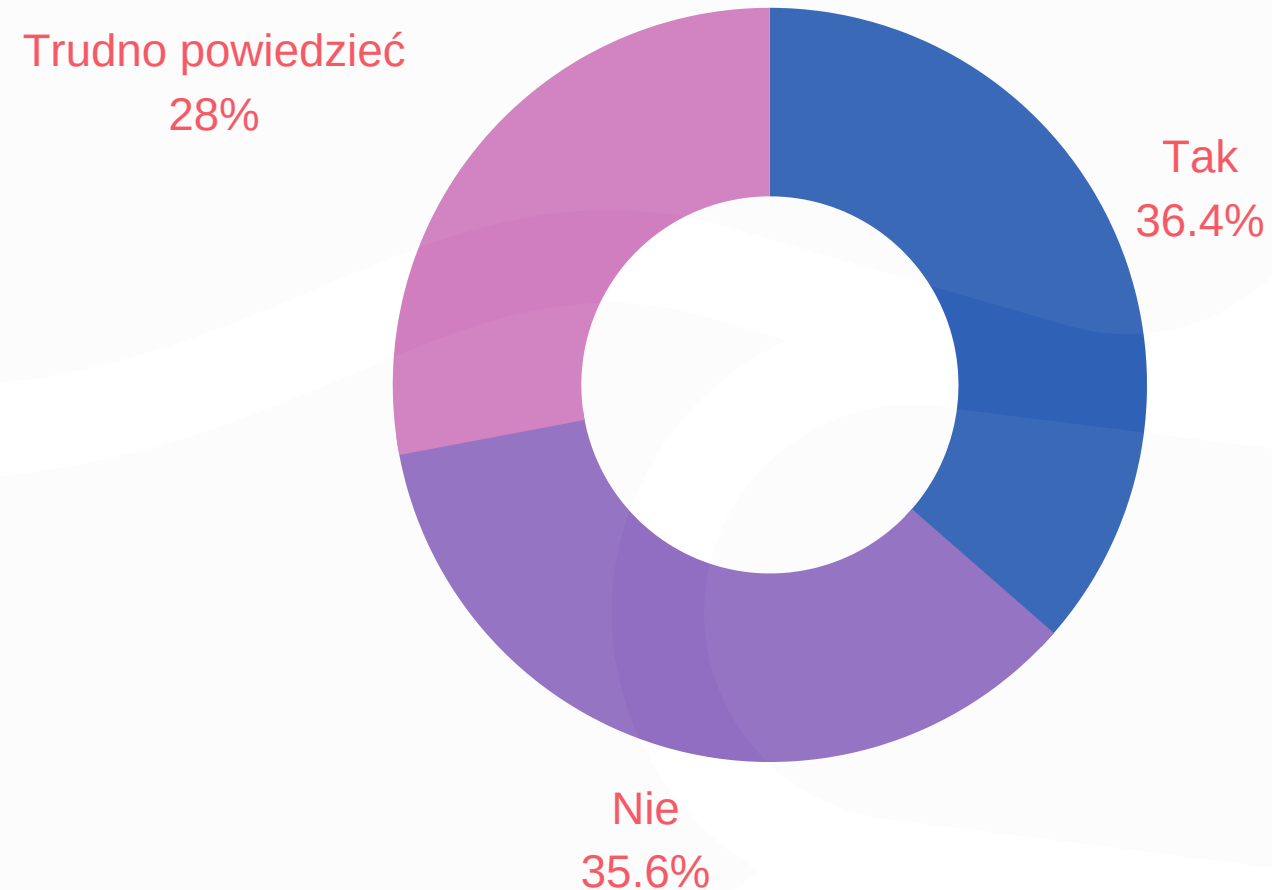


Dlaczego nie?

- Nie lecę się w POZ $n=7$
- Jeszcze nie miałem/am okazji poinformować lekarza rodzinnego $n=6$
- Brak odpowiedzi $n=5$
- Strata czasu/nie zna się $n=3$
- Nie pracuję - brak ubezpieczenia $n=1$

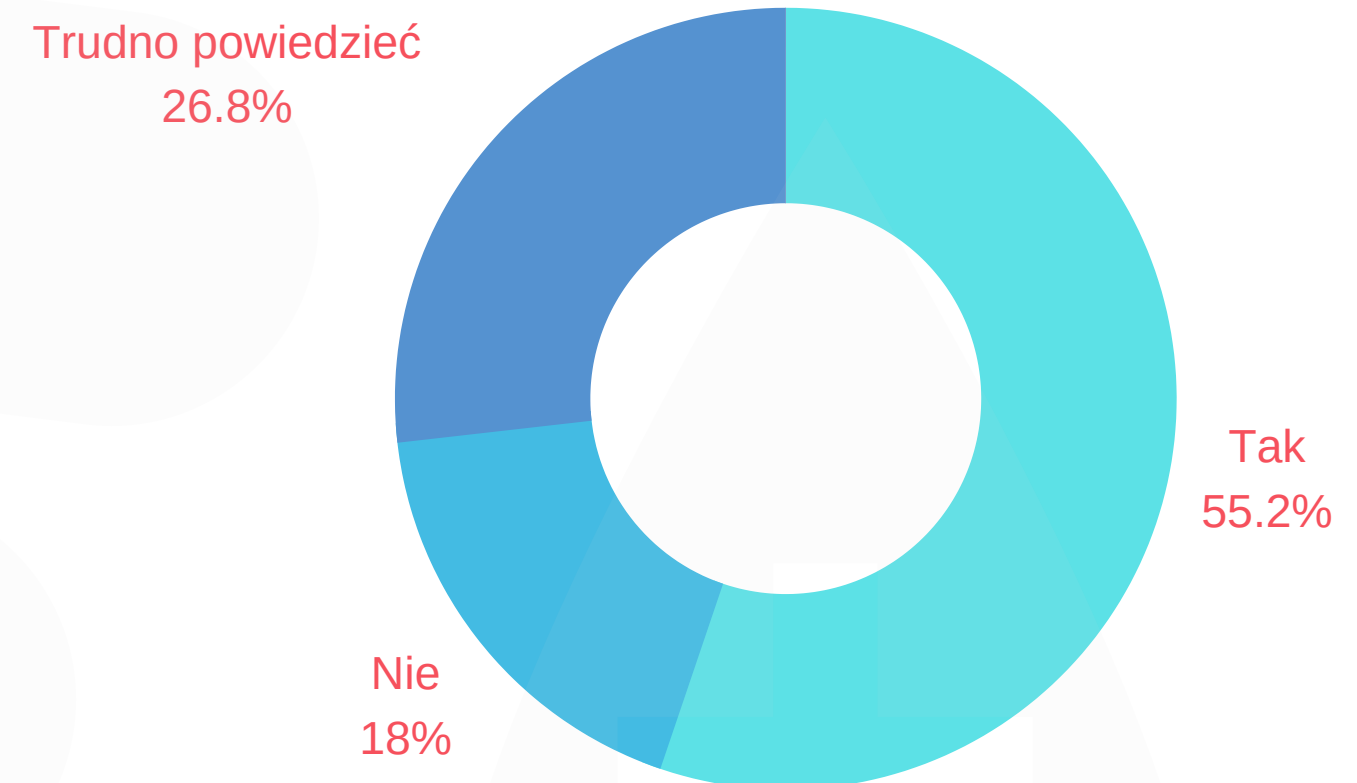
"Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z obecnego sposobu leczenia cukrzycy w Pana/Pani przypadku?"

Cukrzyca typu 1
n=499



Wykres 13. Zadowolenie z leczenia cukrzycy typu 1

Cukrzyca typu 2
n=650

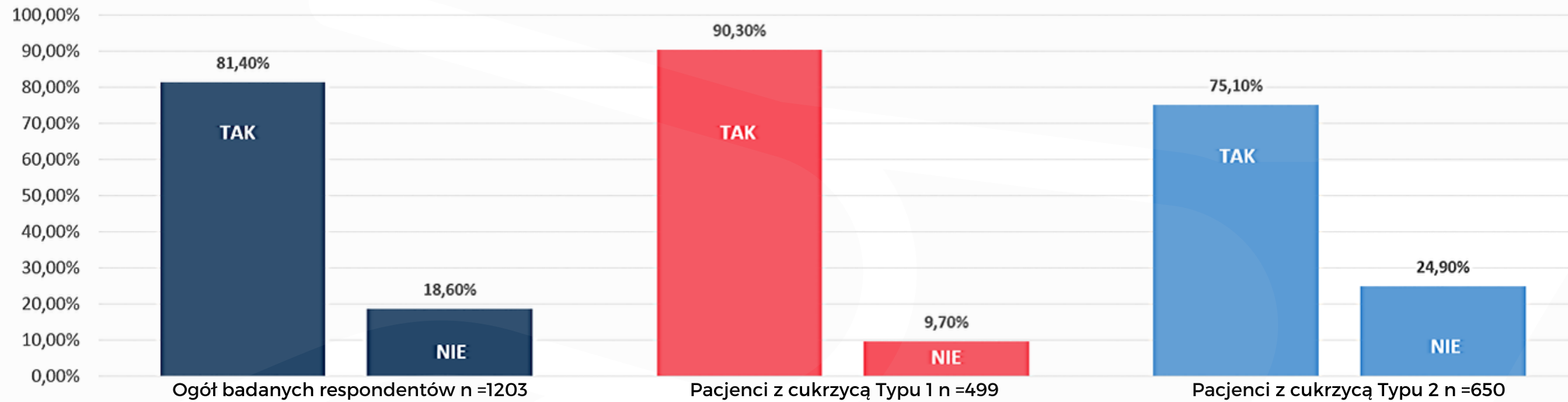


Wykres 14. Zadowolenie z leczenia cukrzycy typu 2

55,2% pacjentów z cukrzycą **typu 2** i **34,9%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** jest zadowolonych z obecnego sposobu leczenia cukrzycy. Przeciwnego zdania jest **34,1%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** i **18%** pacjentów z **typem 2**. Ponad **31%** pacjentów z **typem 1** cukrzycy i **26,8%** z **typem 2** na postawione pytanie nie umiało udzielić jednoznacznej odpowiedzi.



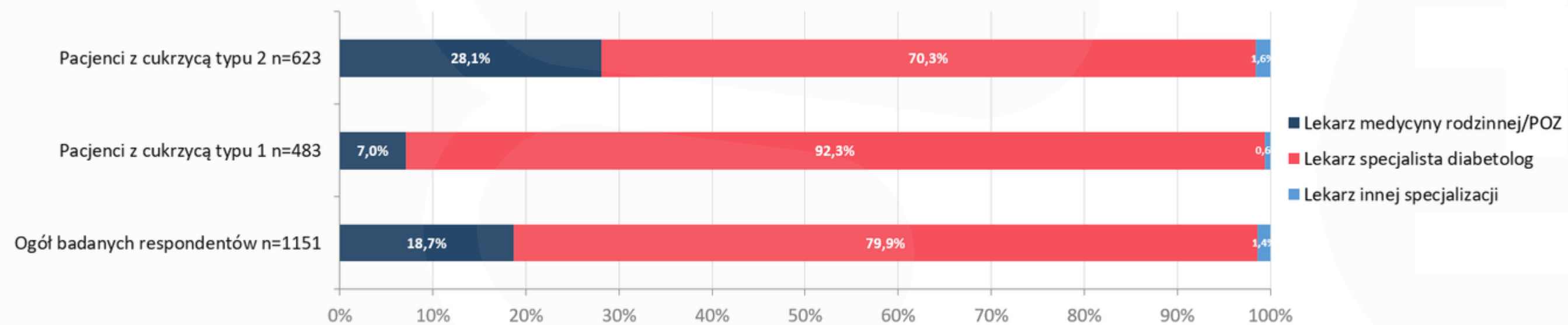
"Czy jest Pan/Pani pod opieką poradni diabetologicznej?"



Wykres 15. Opieka poradni diabetologicznej

Zapytani ankieterowani wskazali, że **81,4%** z nich znajduje się pod opieką poradni diabetologicznej, przy czym wskazało tak **90,3%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** i **75,1%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**.

"Jaki lekarz odpowiada obecnie u Pana/Pani za dobór terapii przeciwcukrzycowej i leczenie ewentualnych powikłań?"



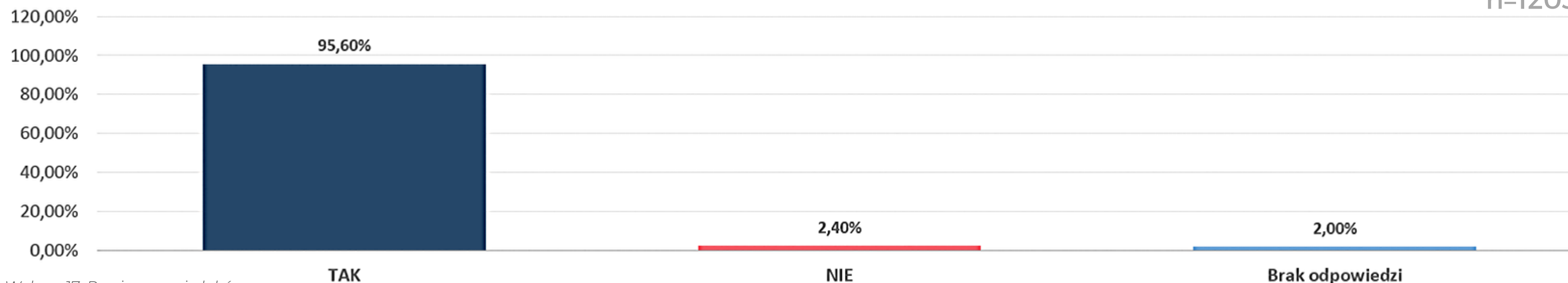
Wykres 16. Kto odpowiada za dobór terapii przeciwcukrzycowej

Przeważająca większość respondentów uznała, że lekarzem, który odpowiada w ich przypadku za dobór terapii i leczenie powikłań jest lekarz diabetolog. Takiej odpowiedzi udzieliło **92,3%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** i **70,3%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**.



"Czy w związku z cukrzycą przyjmuje Pan/Pani na stałe leki zalecone przez lekarza?"

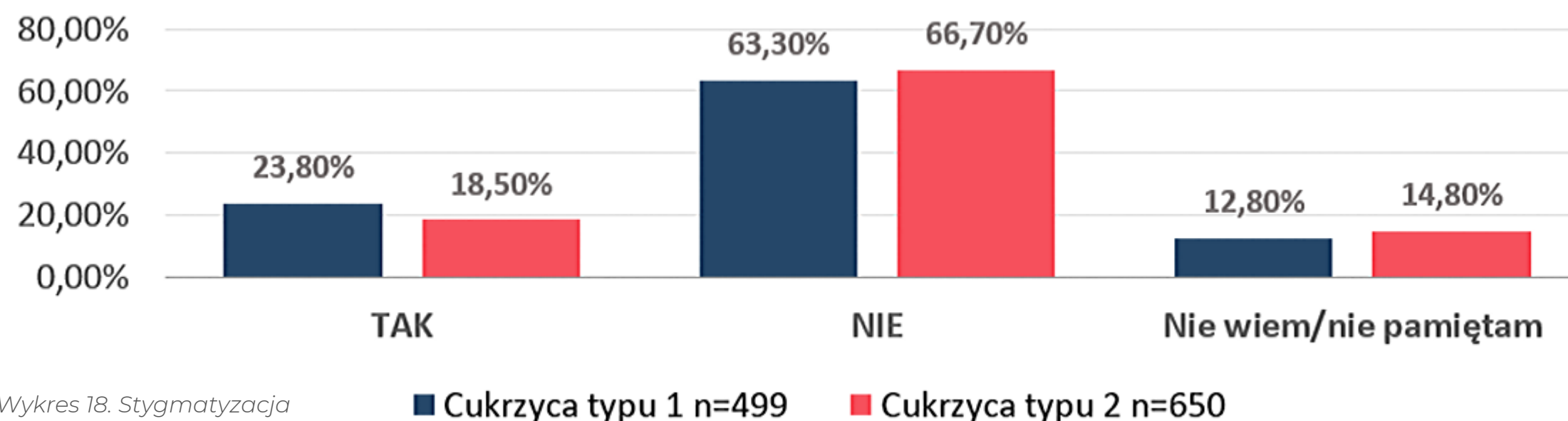
n=1203



Wykres 17. Przyjmowanie leków

95,5% pacjentów z cukrzycą zadeklarowało, że przyjmuje stale leki zalecone przez lekarza.

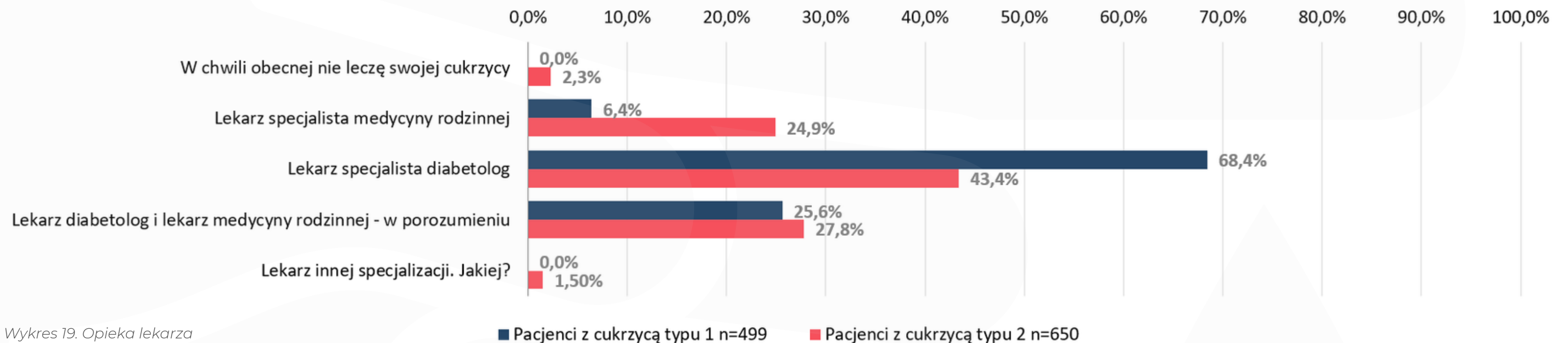
"Czy w związku z cukrzycą był/była Pan/Pani kiedykolwiek stygmatyzowany/a (piętnowany/a). Na przykład określeniami, że sam/a sobie zasłużył/a na tę chorobę, itp.?"



Wykres 18. Stygmatacja

23,8% ankietowanych z cukrzycą **typu 1** i **18,5%** z cukrzycą **typu 2** stwierdziło, że byli stygmatyzowani z powodu swojej choroby. Pozostali ankietowani odpowiedzieli że nie, albo nie pamiętali takiego zdarzenia.

"Czy obecnie w związku z cukrzycą jest Pan/Pani pod opieką lekarza. Jaki to lekarz?"



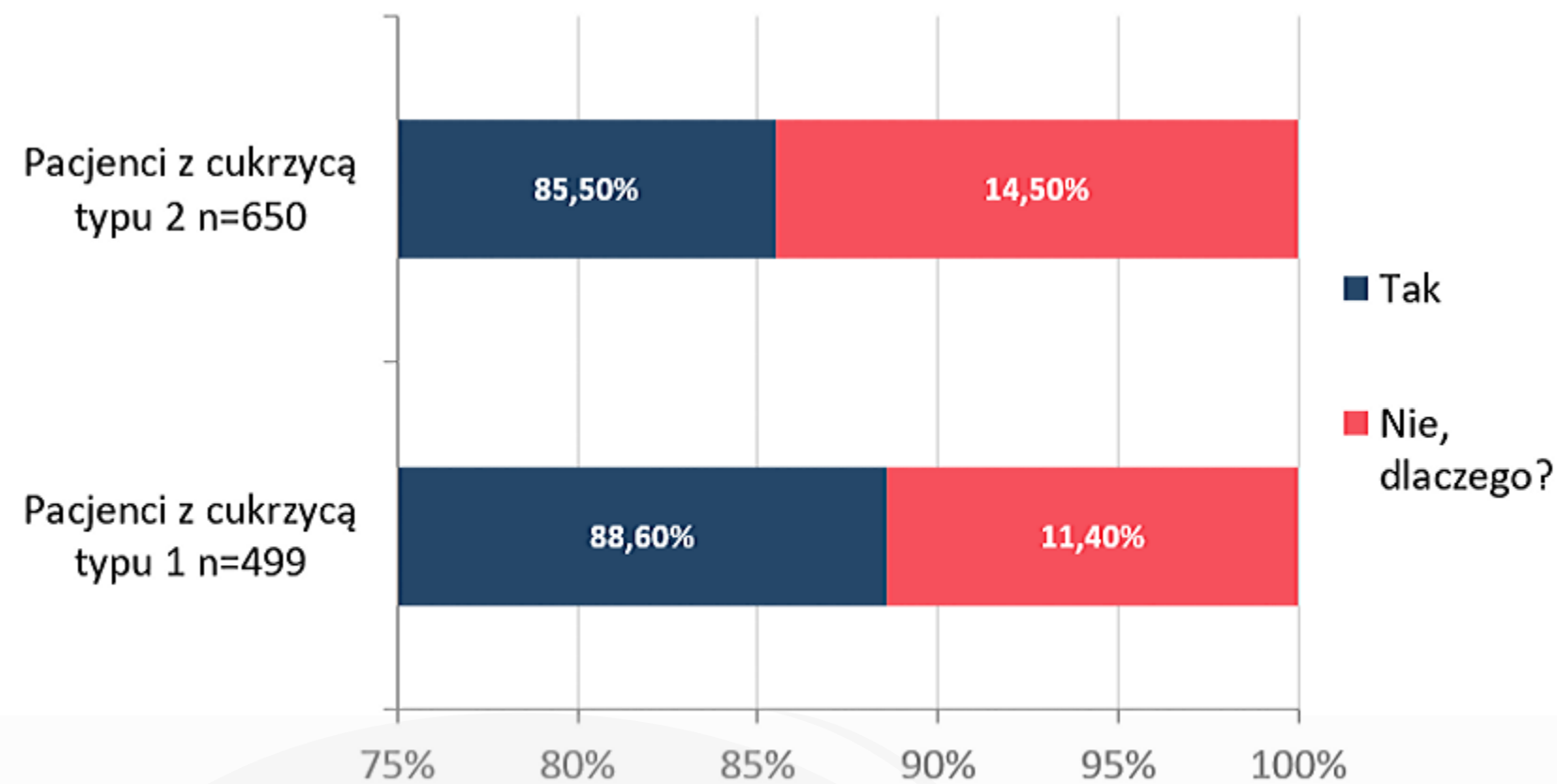
Wykres 19. Opieka lekarza

68,4% ankietowanych pacjentów z cukrzycą **typu 1** stwierdziło, że lekarzem, który prowadzi leczenie cukrzycy w ich przypadku, jest lekarz diabetolog. Tę odpowiedź wybrało tylko **43,4%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**. Pacjenci z cukrzycą **typu 2** dużo częściej niż pacjenci z **typem 1** wybierali odpowiedź, że są pod opieką lekarza rodzinnego (**24,9%**), lub że jest to zarówno lekarz rodzinny, jak i diabetolog. Taką odpowiedź dało **27,8%** z cukrzycą **typu 2**.

Lekarz innej specjalizacji. Jakiej?

- Kardiolog, neurolog i lekarz medycyny rodzinnej
- Lekarz chorób wewnętrznych i lekarz rodzinny
- Diabetolog i kardiolog
- Diabetolog i ginekolog
- Lekarz chorób wewnętrznych
- Kardiolog
- Neurolog
- Onkolog

"Czy kontroluje Pan/Pani poziom glikemii z częstością zaleconą przez lekarza prowadzącego?"



Wykres 20. Kontrola glikemii

Nie, dlaczego?

Pacjenci z cukrzycą typu 1

- Blokada psychiczna, by zbadać glikemię w miejscu publicznym
- Ukrywanie choroby przed pracodawcą
- Monotonia choroby i brak motywacji
- Choruję na depresję i nie mam czasem sił na pomiar
- Złudne poczucie panowania nad chorobą poprzez długi staż
- Zbyt mało pasków w refundacji
- **Kontroluję dużo częściej niż zalecił lekarz. Przykład: zalecenia 3x dziennie - pacjent 9x**

Nie, dlaczego?

Wszyscy pacjenci

- Zapominanie, brak czasu spowodowany trybem życia
- Lenistwo
- Lekceważenie
- Uciążliwość pomiarów
- Denerwuje się, że wynik może być wysoki - strach przed sprawdzeniem wyniku

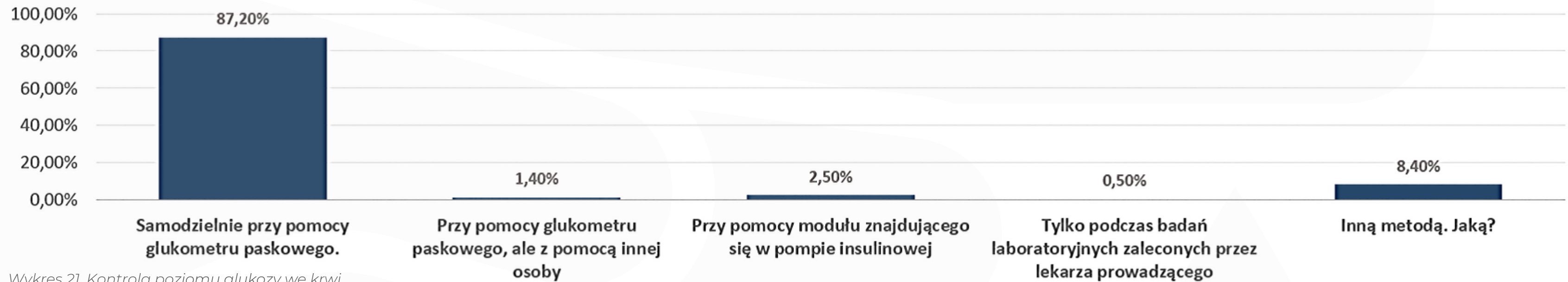
Nie, dlaczego?

Pacjenci z cukrzycą typu 2

- Nie byłem u lekarza 1,5 roku, bo nie nam siły stać 6-7 h w kolejce, aby wejść na 5 min. na pomiar
- Nie mam lekarza prowadzącego
- Bo glukometry są zawodne i niewiarygodne
- Dobrze się czuję. Inne sprawy wydają się ważniejsze
- Lekarz nic nie mówi
- Nie widzę potrzeby
- **Kontroluję dużo częściej niż zalecił lekarz. Przykład: zalecenie raz w tygodniu - pacjent codziennie**

"W jaki sposób Pan/Pani kontroluje poziom glukozy we krwi?"

n=1203



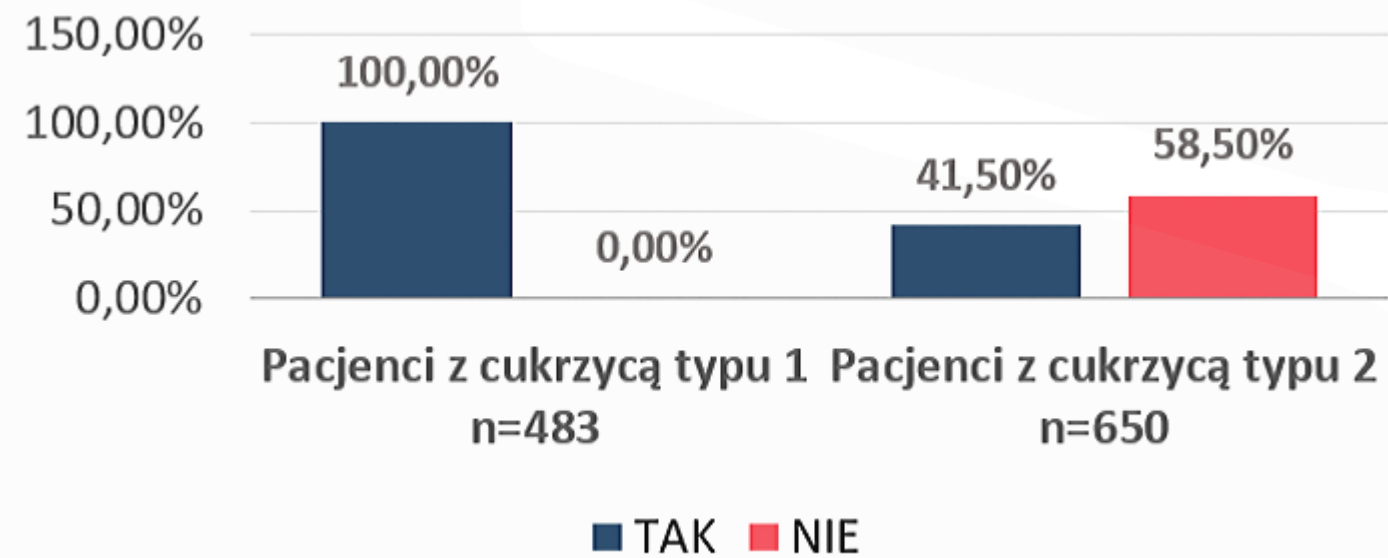
Wykres 21. Kontrola poziomu glukozy we krwi

Inną metodą. Jaką?

- Systemy ciągłego monitorowania glikemii

Pomiar glikemii najczęściej pacjenci wykonują samodzielnie przy użyciu glukometru. Wskazało tak **87,2%** ankietowanych pacjentów.

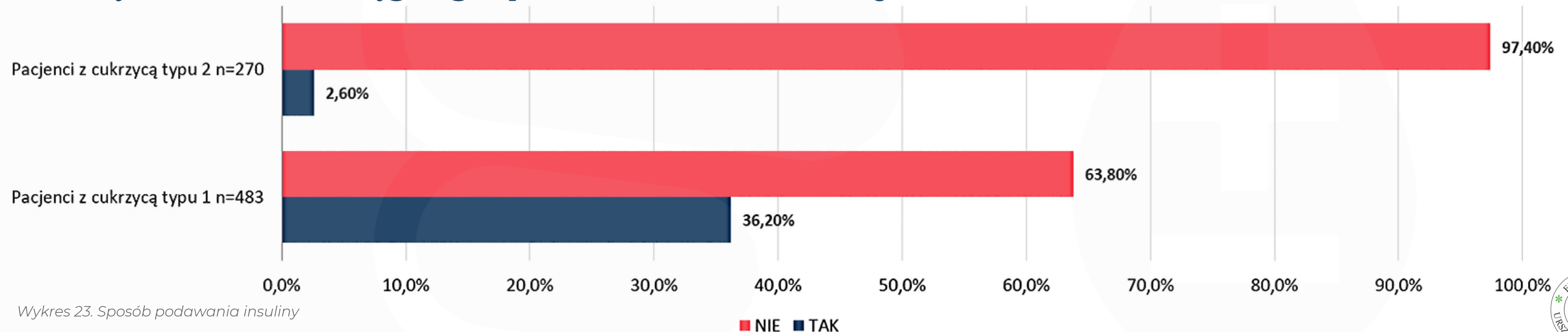
"Czy w chwili obecnej jest Pan/Pani pacjentem, który wymaga stałego podawania insuliny?"



100% pacjentów z **typem 1** cukrzycy i **41,5%** pacjentów z **typem 2** odpowiedziało, że wymagają stałego podawania insuliny. Podawanie insuliny u pacjentów odbywa się przeważnie inną metodą niż za pomocą pompy insulinowej. Na używanie pompy insulinowej wskazało **36,2%** pacjentów z **typem 1** i **2,6%** pacjentów z **typem 2**, którzy wymagają podawania insuliny.

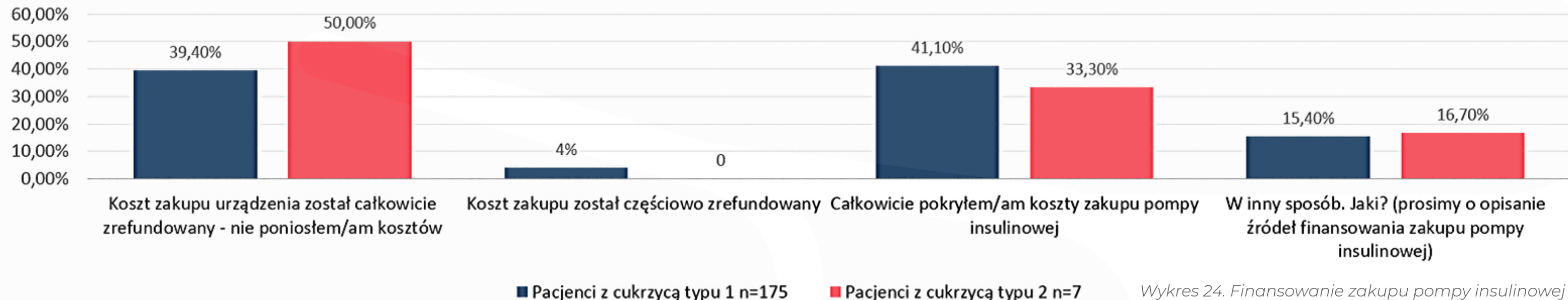
Wykres 22. Podawanie insuliny

"Czy w chwili obecnej do podawania insuliny używa Pan/Pani pompy insulinowej (urządzenie do ciągłego podawania insuliny)?"



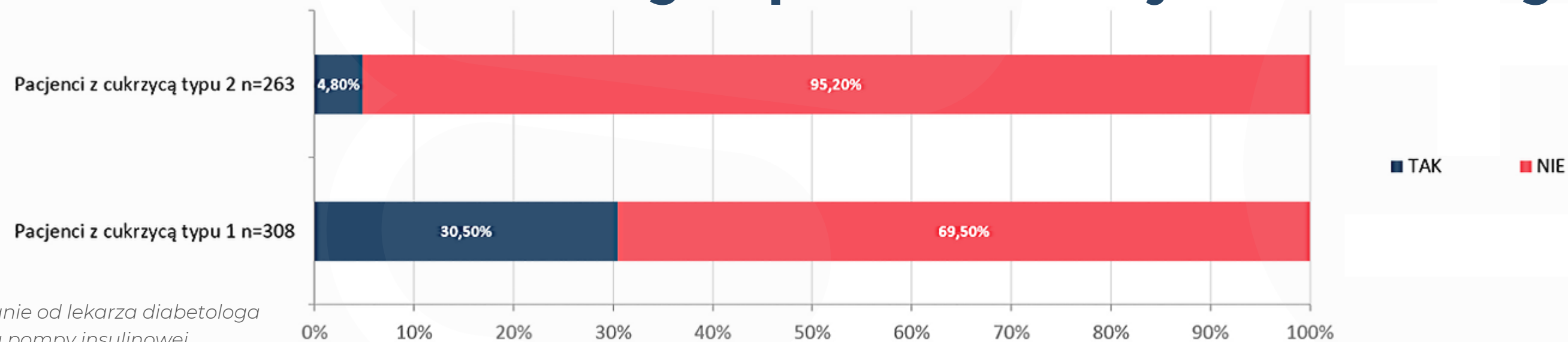
Wykres 23. Sposób podawania insuliny

"Jak został sfinansowany zakup tego urządzenia?" (Odpowiadali tylko pacjenci używający pompy)



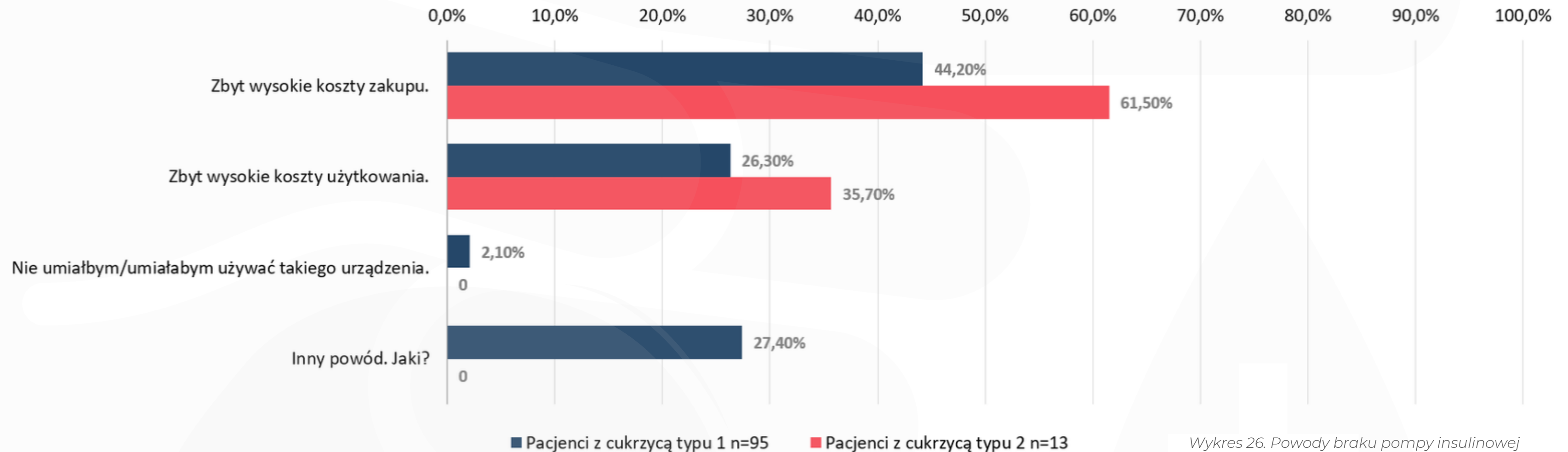
W przypadku pacjentów z cukrzycą **typu 1 39,4%** odpowiedziało, że sprzęt został im zrefundowany. Natomiast **41,1%** pacjentów odpowiedziało, że sami zapłacili za zakup pompy insulinowej. Odpowiedź „Inny” sposób finansowania wybrało **15,4%** pacjentów. Najczęściej wskazując, że pieniądze na zakup pompy pochodziły od organizacji pacjenckich (zbiórka) lub, że sprzęt był wypożyczony. Część ankietowanych ma wskazania do używania pompy insulinowej od lekarza. Najczęstszym powodem, dla którego ankietowani nie korzystają z pompy jest jej cena zakupu i koszty użytkowania.

"Mimo, że nie używa Pan/Pani pompy insulinowej, czy otrzymał/a Pan/ Pani wskazanie od lekarza diabetologa o potrzebie korzystania z takiego urządzenia?"



Wykres 25. Wskazanie od lekarza diabetologa potrzeby używania pompy insulinowej

"Jaki jest powód, że mimo wskazań lekarskich, nie posiada Pan/Pani takiego urządzenia? (pompy insulinowej)"

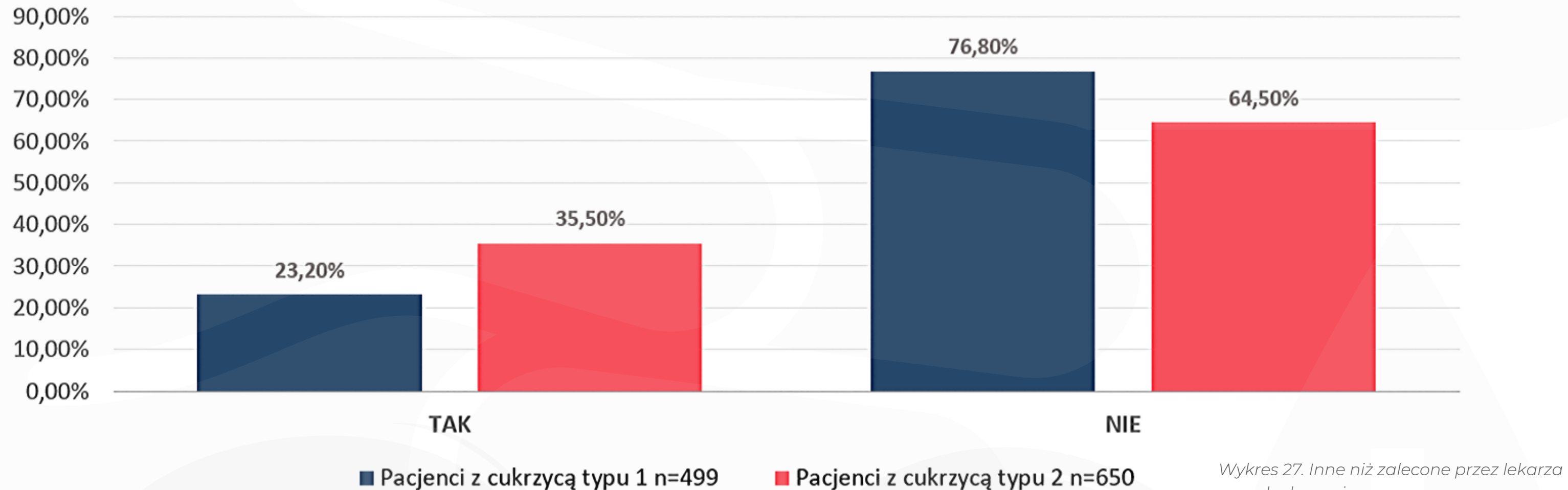


Wykres 26. Powody braku pompy insulinowej

Inny powód. Jaki?

- Koszt zarówno zakupu jak i użytkowania
- Strach i obciążenie psychiczne
- Niewygoda
- Wolę peny
- Urządzenia się szybko psują, zaginanie się wkłuć i problem z kontrolą glikemii

"Czy w związku z cukrzycą stosował/a Pan/Pani inne niż zalecone przez lekarza sposoby leczenia? (np. suplementy diety, leczenie ziołami, itp.)"



Zioła

- pojedyncze zioła np. morwa biała, pokrzywa
- mieszanki ziołowe
- herbaty ziołowe
- zioła w postaci suplementów

Suplementy

- głównie preparaty mineralno-witaminowe

Wśród tych osób, które stosują takie sposoby, najczęściej ankietowani wymieniali zioła i suplementy diety. **Część pacjentów wskazywała jednocześnie, że były to metody zalecone przez lekarza.**

"Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i w czasie jej trwania mogą się pojawić liczne powikłania. Czy miał/a Pan/Pani zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza, któreś z wymienionych poniżej powikłań?"

- Incydent hiperglikemii w przypadku gdy cukrzyca jest dobrze wyrównana. Wysokość glikemii powyżej 250 mg%. (Ponieważ niektórzy pacjenci mają notorycznie wysokie glikemie powyżej 300 mg% lub specjalnie prowadzi się ich cukrzycę na wyższych cukrach ze względu na różne towarzyszące choroby internistyczne - Jeśli jesteś takim pacjentem nie zaznaczaj tej odpowiedzi). - POWIKŁANIE WCZESNE (OSTRE)
- Incydent hipoglikemii. Glikemia poniżej 70 mg% zmierzona lub bez pomiaru z objawami hipoglikemii (kołatanie serca, poty, zaburzenia koncentracji, drżenie rąk, niepokój, zaburzenia świadomości, utraty przytomności, drgawki) - POWIKŁANIE WCZESNE (OSTRE)
- Potwierdzona kwasica metaboliczna (Kwasica metaboliczna to zaburzenie równowagi kwasowo-zasadowej w organizmie i spadek pH krwi. Wyróżniamy m.in. kwasicę ketonową oraz rzadszą kwasicę mleczanową. Jest to stan zagrożenia życia. W przebiegu kwasicy metabolicznej objawy to przede wszystkim: zaburzenia oddechowe, elektrolitowe, rytmu serca i zaburzenia świadomości). - POWIKŁANIE WCZESNE (OSTRE)
- Miażdżyca
- Choroba niedokrwienności serca
- Zawał mięśnia sercowego
- Udar mózgu
- Nefropatia cukrzycowa (uszkodzenie nerek)
- Neuropatia cukrzycowa (uszkodzenie nerwów)
- Retinopatia cukrzycowa (utrata wzroku związana z cukrzycą)

Pacjenci z cukrzycą typu 1

n=499

Pacjenci z cukrzycą typu 2

n=650

52,10%

17,40%

71,50%

28,50%

18,60%

2,30%

18,60%

19,20%

6%

24%

2,40%

9,20%

1,40%

4,30%

4,60%

7,20%

22,40%

16,60%

21,20%

12,80%



"Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i w czasie jej trwania mogą się pojawić liczne powikłania. Czy miał/a Pan/Pani zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza, któreś z wymienionych poniżej powikłań?"

- Zespół stopy cukrzycowej
- Problemy dermatologiczne (w tym zakażenia bakteryjne i grzybicze w obrębie skóry i błon śluzowych)
- Nawracające zakażenia układu moczowego.
- Żadne z wymienionych

Pacjenci z cukrzycą typu 1

n=499

4,60%

24,40%

18,60%

12%

Pacjenci z cukrzycą typu 2

n=650

4%

16%

13,80%

27,80%

Wykres 28. Zdiagnozowane i potwierdzone przez lekarza powikłania

Choroby dodatkowe wymieniane przed pacjentów

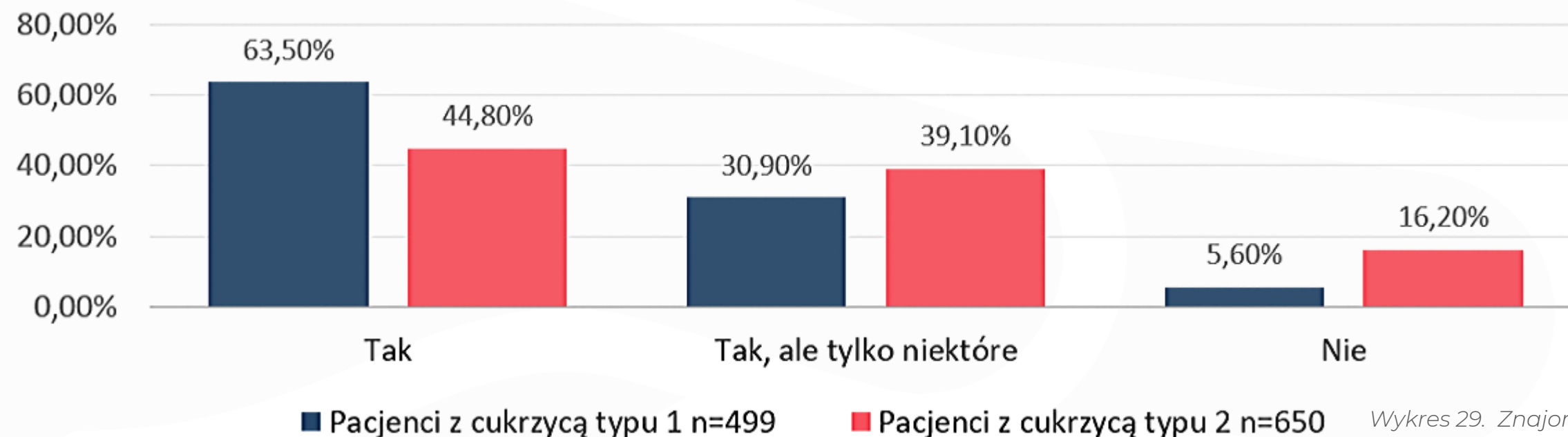
Pacjenci z cukrzycą typu 1

- Zaburzenia seksualne
- Choroba Hashimoto
- Celiakia
- Depresja
- Choroba zakrzepowa żył

Pacjenci z cukrzycą typu 2

- Zaburzenia seksualne
- Uciążliwy świąd skóry
- Choroby niedokrwienne kończyn dolnych
- Choroby żył
- Dna moczanowa

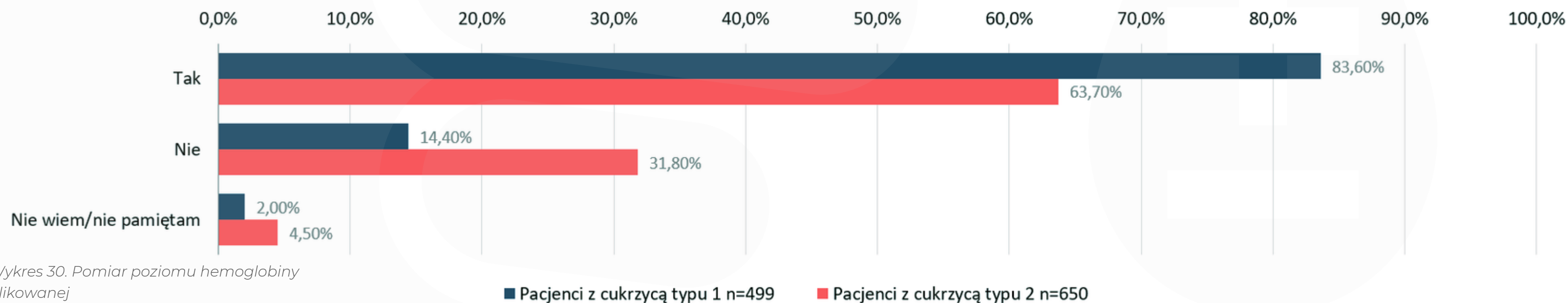
"Czy znane były Panu/Pani wcześniej możliwe powikłania w cukrzycy wymienione w poprzednim pytaniu?"



63,5% pacjentów z cukrzycą **typu 1** deklaruje znajomość wszystkich wymienionych w poprzednim pytaniu najczęstszych powikłań cukrzycy, a niektórych z nich **30,9%** ankietowanych.

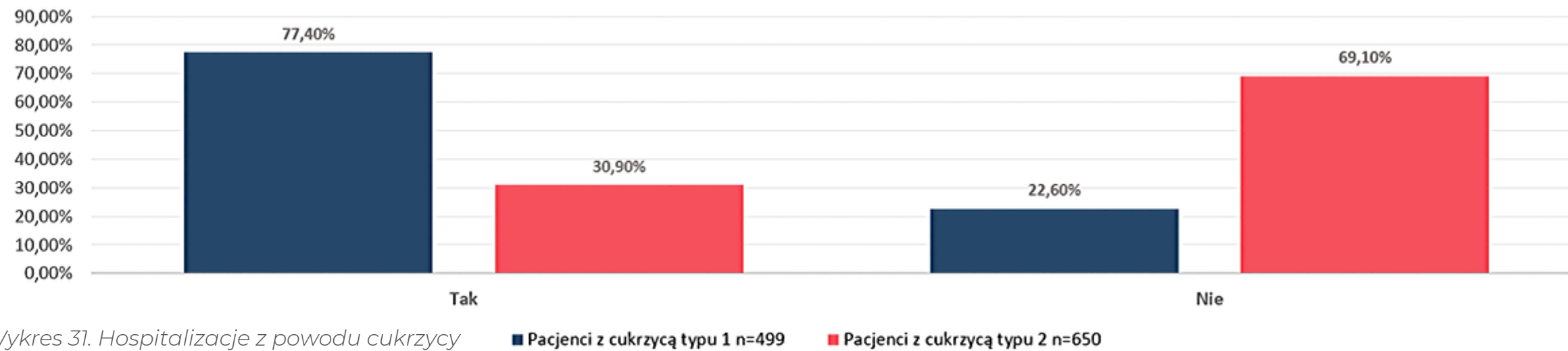
W przypadku pacjentów z **typem 2** znajomość wszystkich wymienionych powikłań zadeklarowało **44,8%** pacjentów, a niektórych z nich **39,1%** ankietowanych. Nieznajomość powikłań stwierdziło **5,6%** pacjentów z **typem 1** i **16,2%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**.

"Czy miał/ła Pan/Pani w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykonywany pomiar poziomu hemoglobiny glikowanej (HbA1c)?"



Wykres 30. Pomiar poziomu hemoglobiny glikowanej

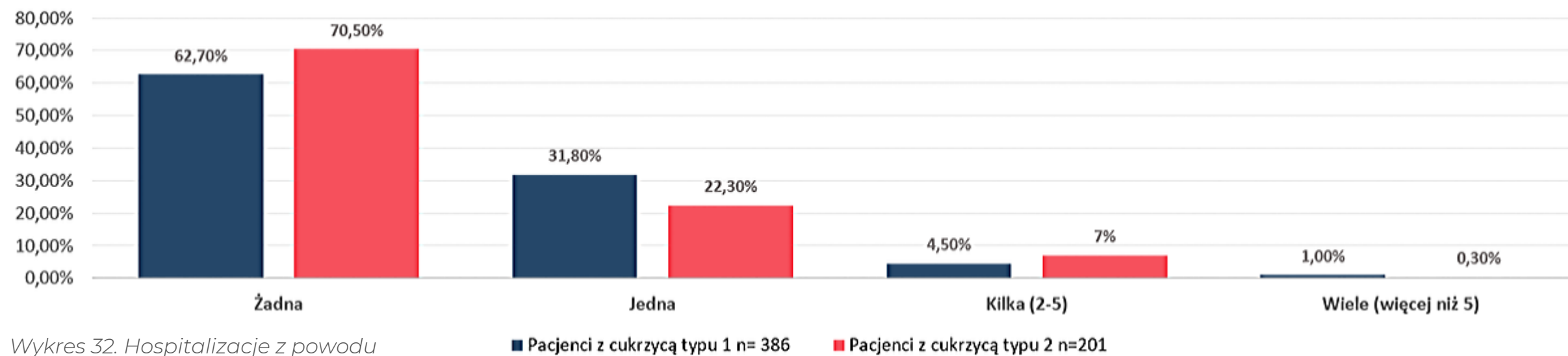
"Czy w związku z cukrzycą lub jej powikłaniami był/a Pan/Pani kiedykolwiek hospitalizowany/a?"



Wykres 31. Hospitalizacje z powodu cukrzycy

Na przynajmniej jedną hospitalizację z powodu cukrzycy lub jej powikłań wskazało **77,4%** pacjentów z **typem 1** cukrzycy oraz **30,9%** z **typem 2**. Wśród pacjentów, którzy byli hospitalizowani, tylko jedną hospitalizację miało **47,8%** diabetyków z **typem 1** i **30,6%** z **typem 2**. Znacznie więcej wielokrotnych hospitalizacji wskazali ankietowani z cukrzycą **typu 2**. Aż **23,8%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**, którzy byli hospitalizowani miało w sumie więcej niż **5** hospitalizacji związanych z cukrzycą i jej powikłaniami (wykres 33.)

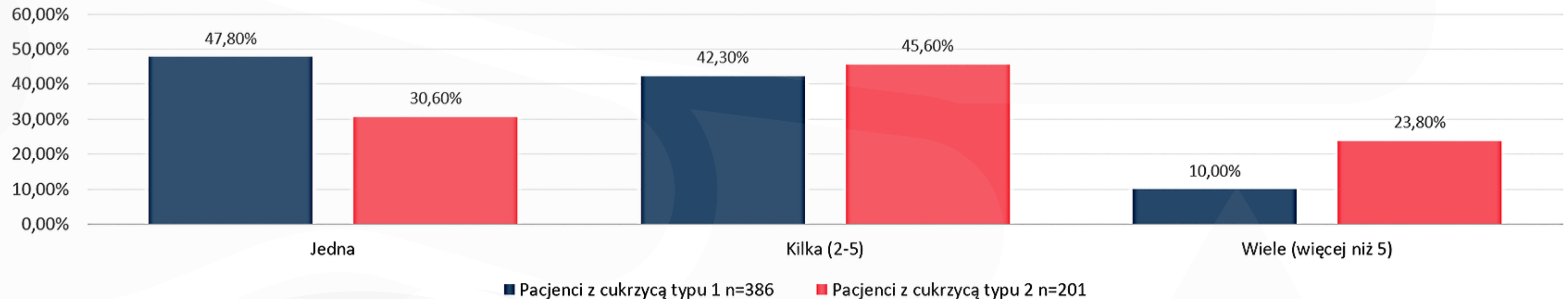
"Ile było hospitalizacji u Pana/Pani z powodu cukrzycy w 2018 r.?"



Wykres 32. Hospitalizacje z powodu cukrzycy w 2018 r.

Spośród ogółu pacjentów deklarujących, że byli kiedykolwiek hospitalizowani, aż **37,3%** pacjentów z **typem 1** i **29,5%** z **typem 2** cukrzycy miało przynajmniej jedną hospitalizację w **2018** r. Najczęstsze przyczyny hospitalizacji wskazywane przez pacjentów to: diagnostyka, ustawianie leczenia, powikłania ostre i powikłania późne w szczególności (zawał serca, udar niedokrwieny, arytmie, polineuropatie, choroby nerek i stopa cukrzycowa).

"Ile było hospitalizacji u Pana/Pani z powodu cukrzycy?"



Wykres 33. Ogólna ilość hospitalizacji z powodu cukrzycy

Najczęstsze przyczyny hospitalizacji podawane przez pacjentów

Pacjenci z cukrzycą typu 1 n=386

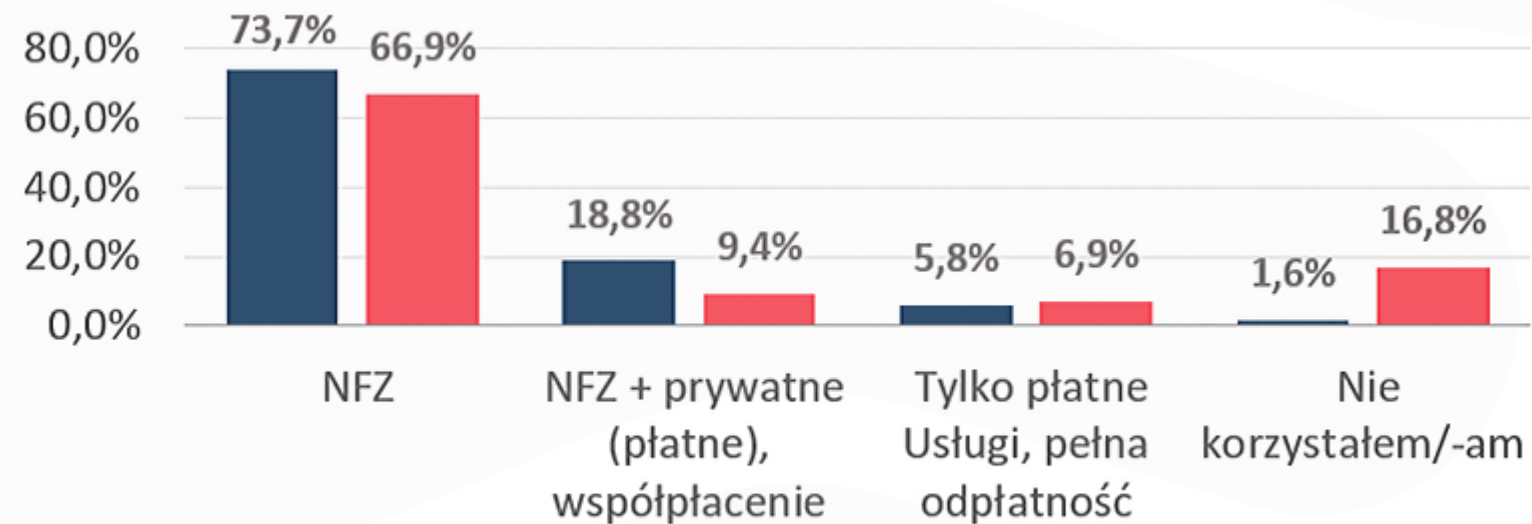
- Diagnostyka cukrzycy
- Ustawienie leczenia (zmiana), podłączenie pompy insulinowej
- Powikłania ostre (hypo- i hiperglikemia, kwasica ketonowa)
- Powikłania późne

Pacjenci z cukrzycą typu 2 n=201

- Trudność w wyregulowaniu glikemii (hiperglikemia, rzadziej hipoglikemia)
- Powikłania późne: choroby serca i naczyń (zawał i arytmie serca, udar), polineuropatie, choroby nerek i stopa cukrzycowa

"Proszę wskazać, z których z wymienionych usług Pan/Pani korzystał/a i jaka to była lub jest forma odpłatności."

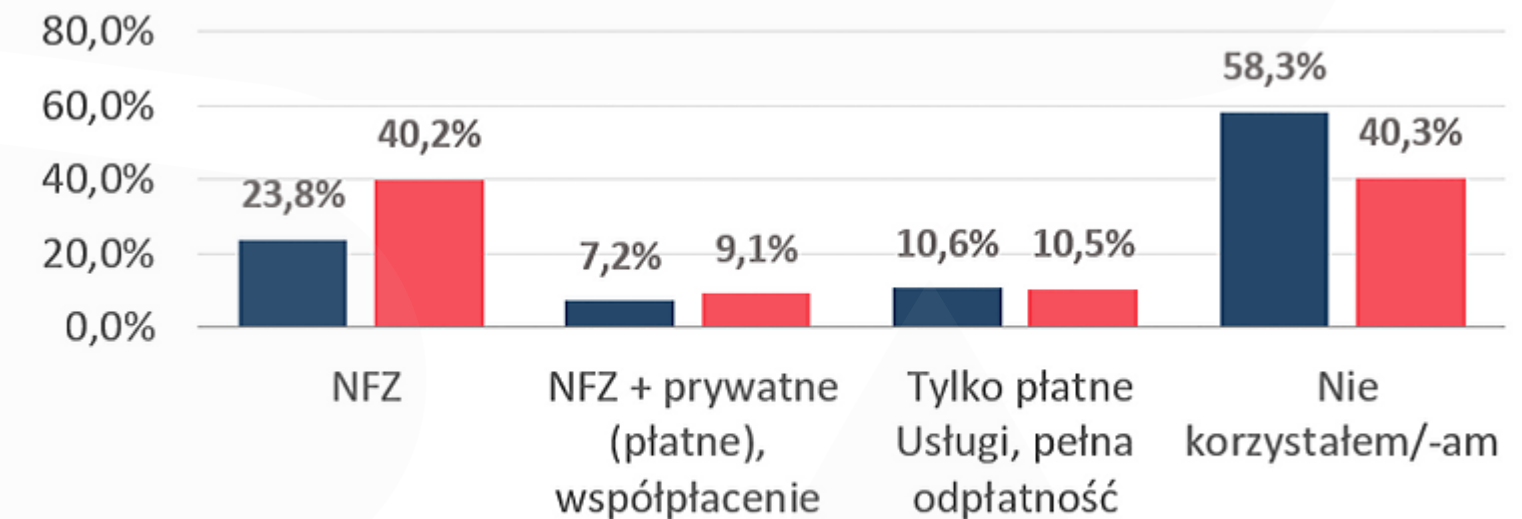
Wizyta u lekarza diabetologa



■ Pacjenci z cukrzycą typu 1 n=499 ■ Pacjenci z cukrzycą typu 2 n=650

Wykres 34. Korzystanie z usług - wizyta u diabetologa

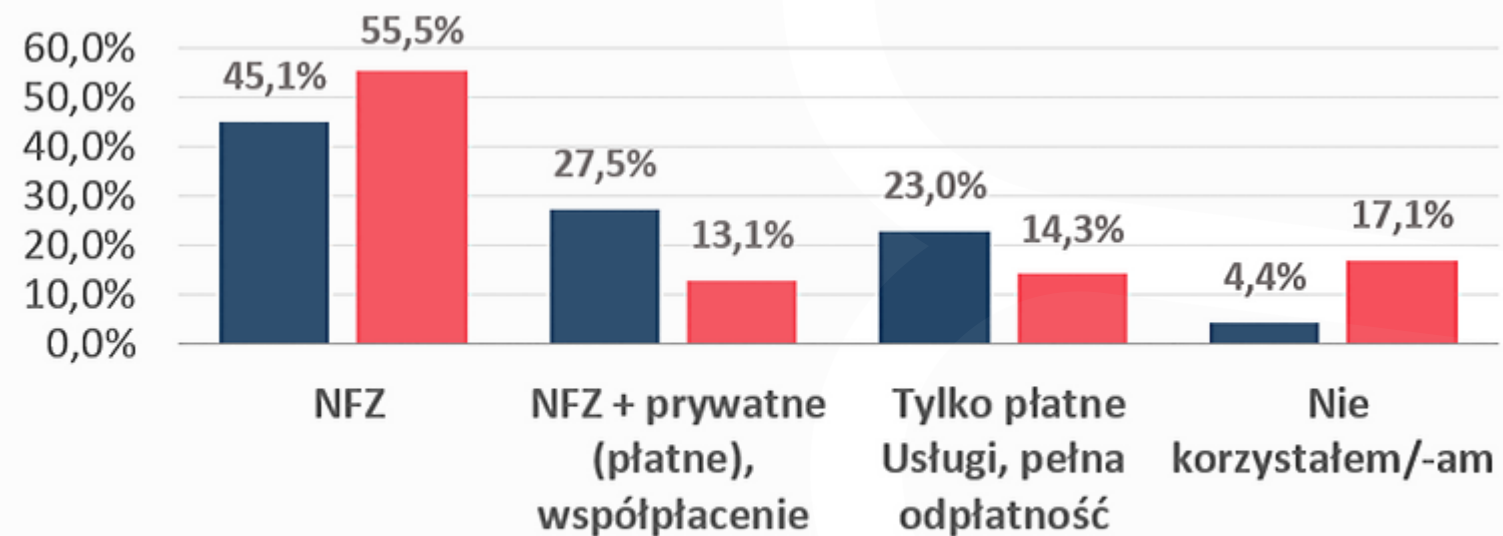
Wizyta u kardiologa



■ Pacjenci z cukrzycą typu 1 n=499 ■ Pacjenci z cukrzycą typu 2 n=650

Wykres 35. Korzystanie z usług - wizyta u kardiologa

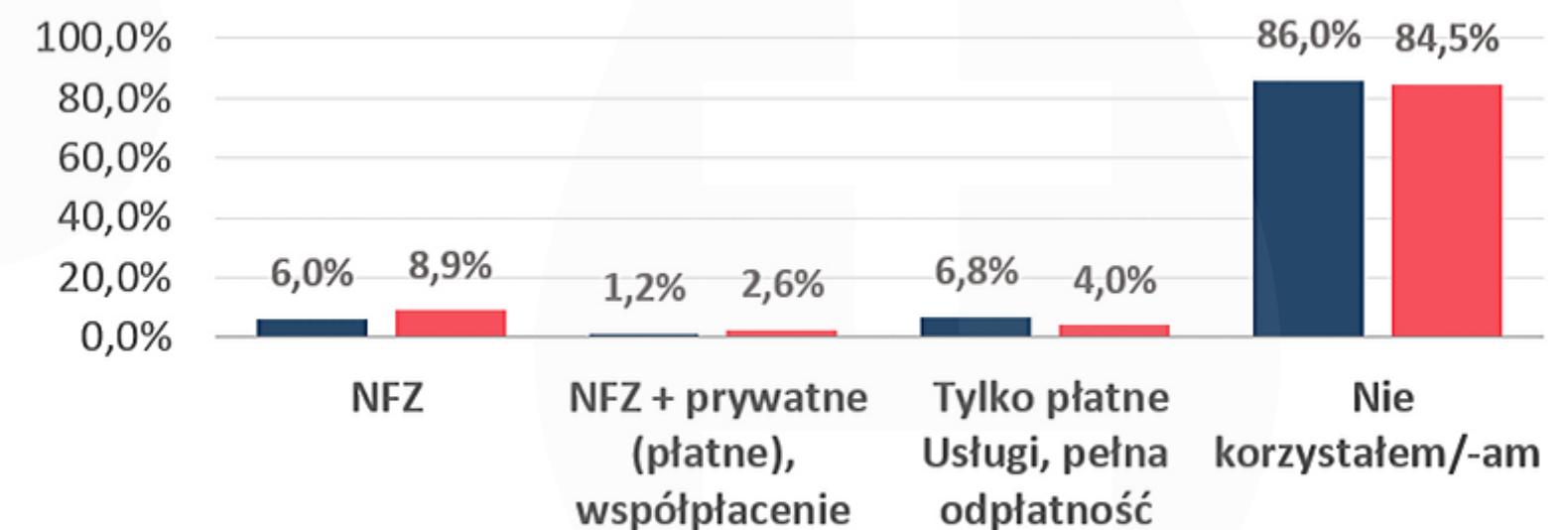
Wizyta u okulisty



■ Pacjenci z cukrzycą typu 1 n=499 ■ Pacjenci z cukrzycą typu 2 n=650

Wykres 36. Korzystanie z usług - wizyta u okulisty

Wizyta u lekarza podologa (lekarza zajmującego się stopą cukrzycową)

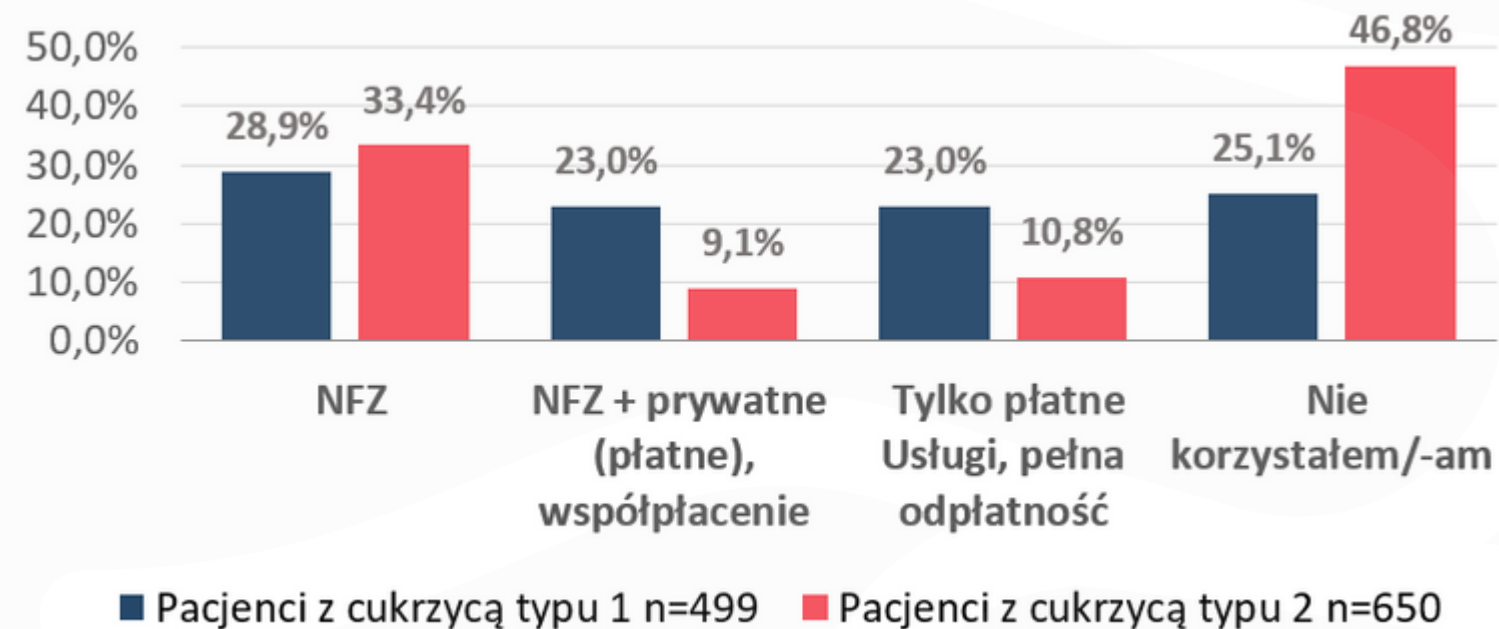


■ Pacjenci z cukrzycą typu 1 n=499 ■ Pacjenci z cukrzycą typu 2 n=650

Wykres 37. Korzystanie z usług - wizyta u podologa

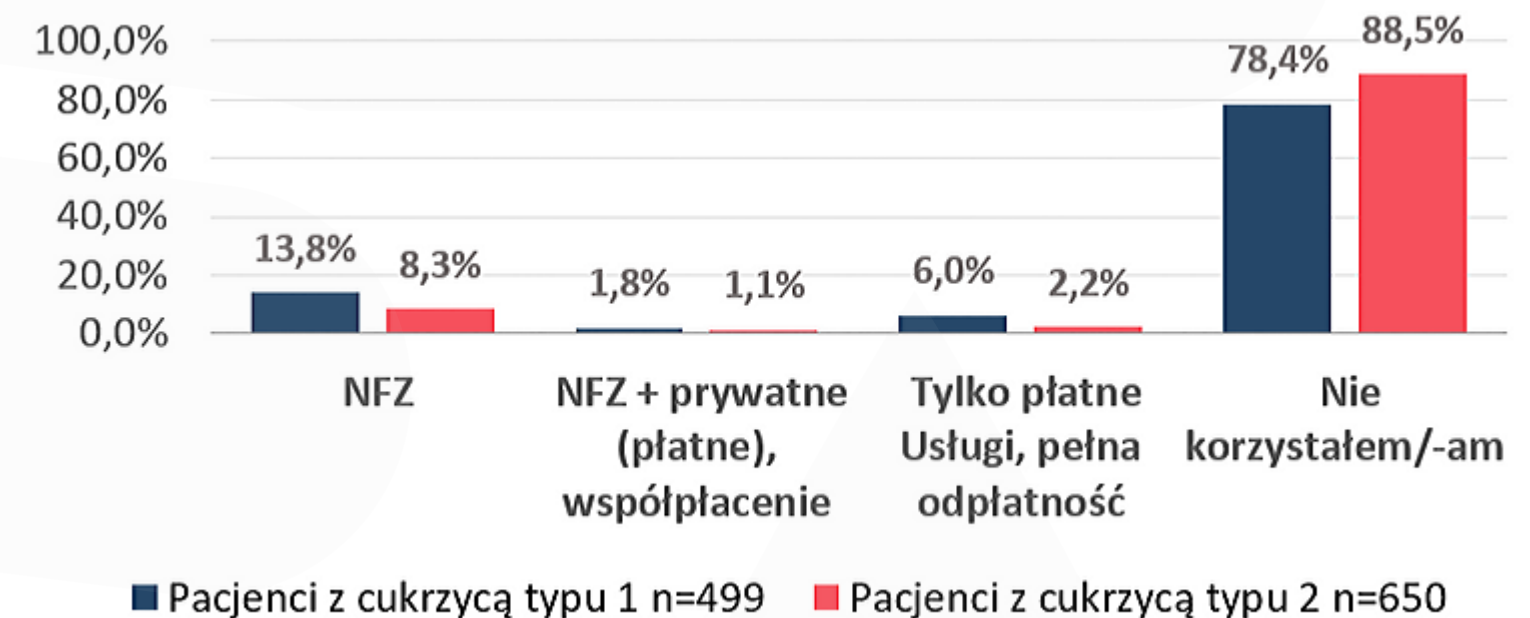
"Proszę wskazać, z których z wymienionych usług Pan/Pani korzystał/a i jaka to była lub jest forma odpłatności."

Wizyty u innego lekarza specjalisty



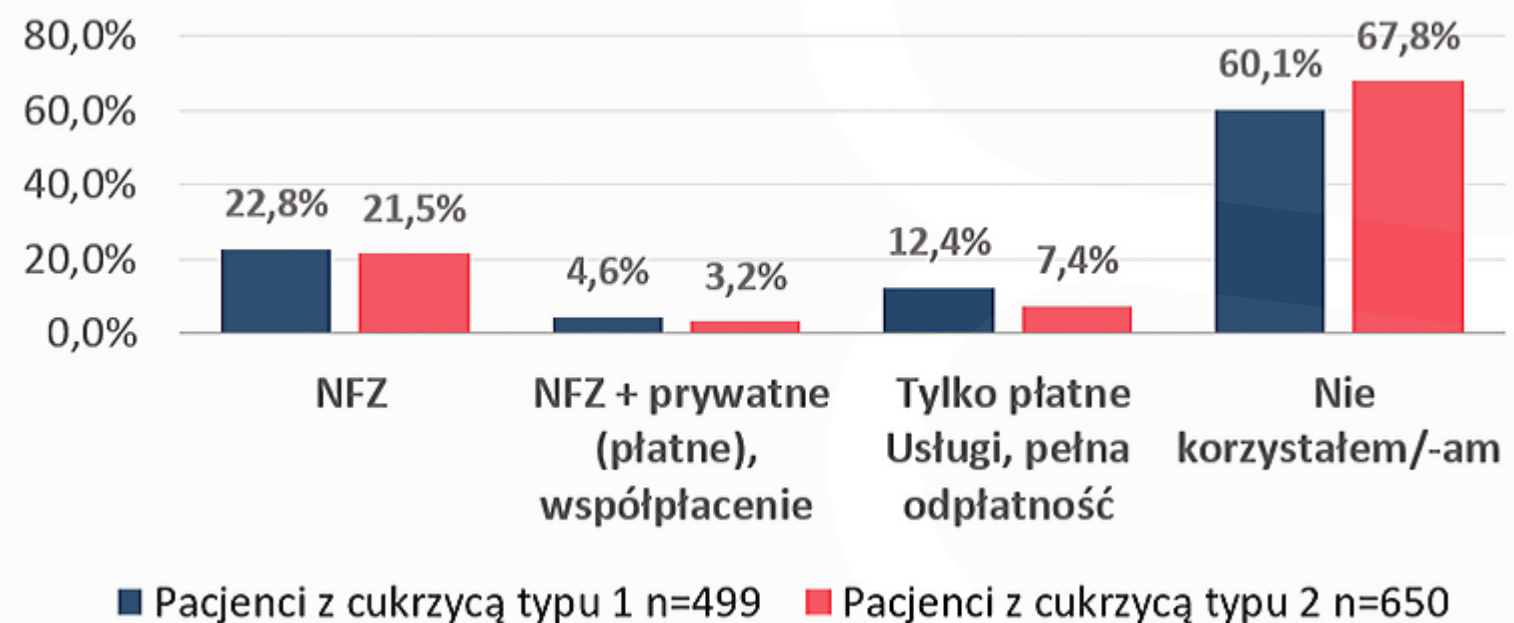
Wykres 38. Korzystanie z usług - wizyta u innego specjalisty

Wizyta u psychologa



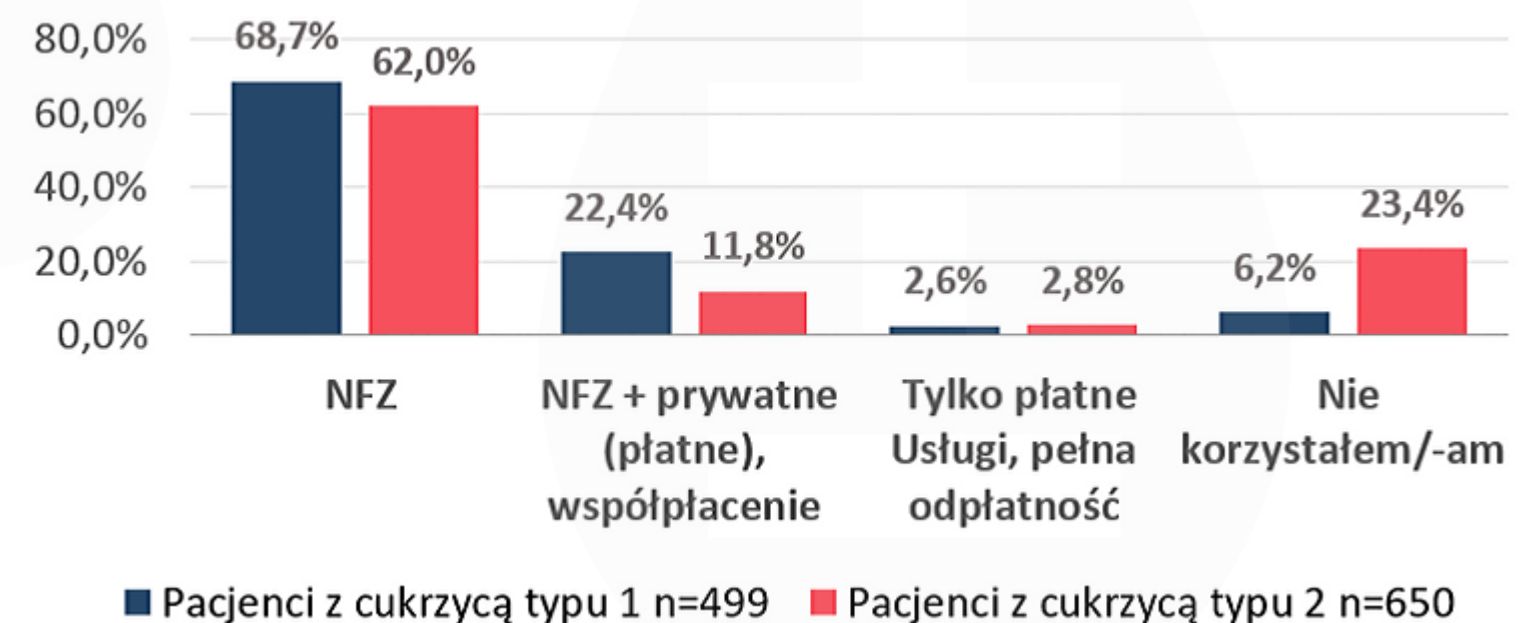
Wykres 39. Korzystanie z usług - wizyta u psychologa

Konsultacje dietetyczne/Poradnia dietetyczna



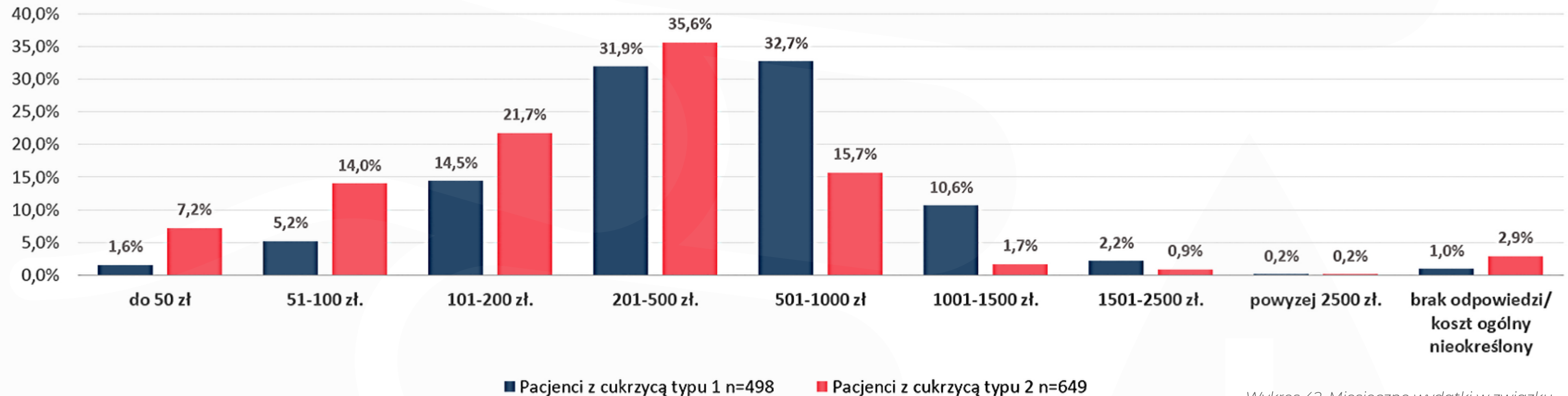
Wykres 40. Korzystanie z usług - wizyta w poradni dietetycznej

Monitoring glikemii (glukometr i paski)



Wykres 41. Korzystanie z usług - monitoring glikemii

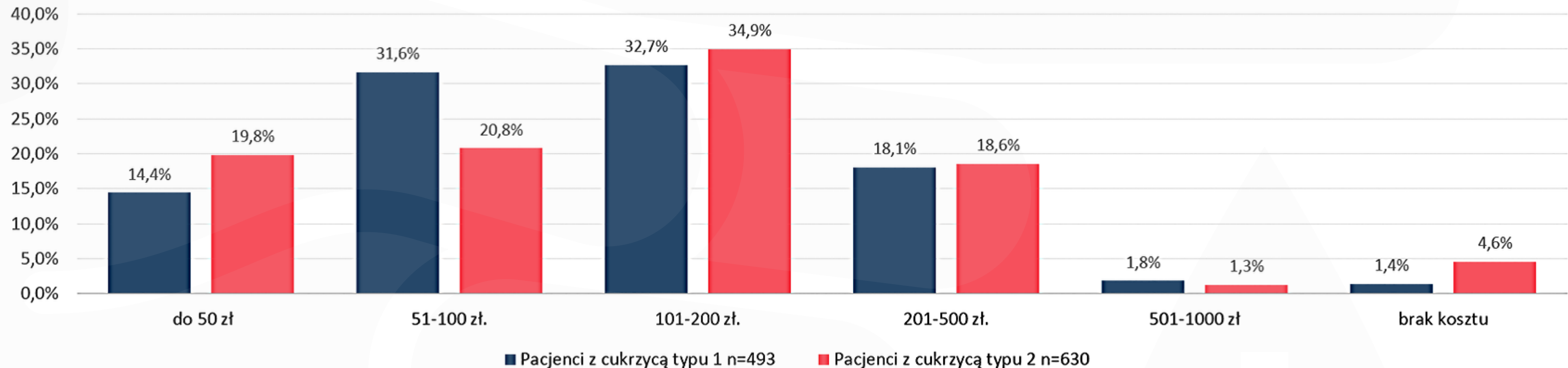
"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy. (Ogółem łączne średnie koszty miesięczne)"



Wykres 42. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy

99% pacjentów z cukrzycą **typu 1** i **97,1%** z **typem 2** deklaruje, że ponosi koszty związane z leczeniem cukrzycy z własnej kieszeni. Najliczniejszą grupę stanowią w przypadku cukrzycy **typu 1** pacjenci u których koszt miesięcznych wydatków na leczenie z własnej kieszeni zawiera się w granicach **201-500 zł (31,9%)** i **501-1000 zł (32,7%)**. Wśród cukrzyków z **typem 2** największa grupa pacjentów **35,6%** deklaruje przedział kosztów od **201** do **500 zł** miesięcznie. Zestawienie nie uwzględnia kosztów zakupu pomp insulinowych i specjalistycznej diety. Szczegółowe koszty w różnych kategoriach przedstawione są na wykresach. (Wykres 43-48.)

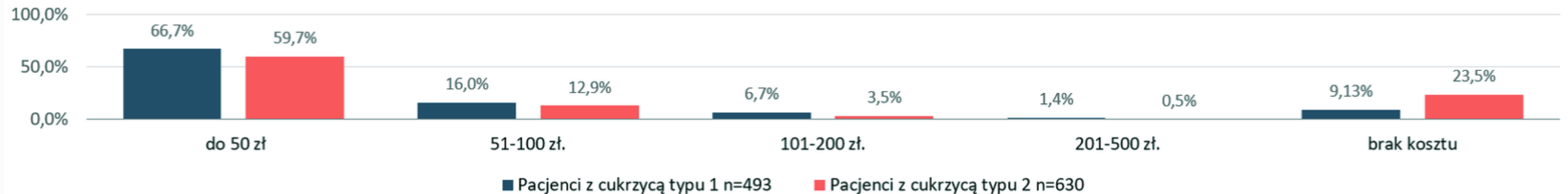
"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy (Koszt zakupu leków)"



Wykres 43. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy - koszt zakupów leków

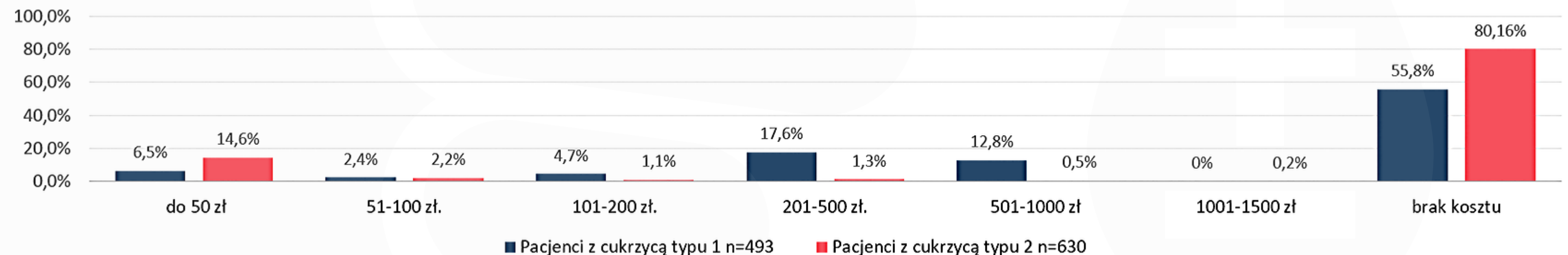
Na szczególną uwagę zasługuje wysokość kosztów w kategorii zakupu leków, gdzie aż **34,9%** pacjentów z **typem 2** cukrzycy szacuje swoje wydatki w tej kategorii na poziomie **101-200** zł miesięcznie. Równie wysoki odsetek (**32,7%**) pacjentów taki przedział kosztów wskazało w **typie 1** cukrzycy. Ponad **18%** pacjentów zarówno w **typie 1**, jak i **typie 2** szacowało koszty miesięczne związane z zakupem leków w przedziale **201-500** zł. Bardzo wysokie koszty ponosi również część pacjentów, korzystających z systemów do ciągłego monitorowania glikemii (wykres 45.). Dotyczy to przede wszystkim osób z **typem 1** cukrzycy. **17,6%** ankietowanych wskazało, że ponosi koszt miesięczny na poziomie **201-500** zł, a **12,8%** swoje wydatki na poziomie między **501** zł a **1000** zł.

"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy (monitorowanie glikemii) bez systemów ciągłego monitorowania"



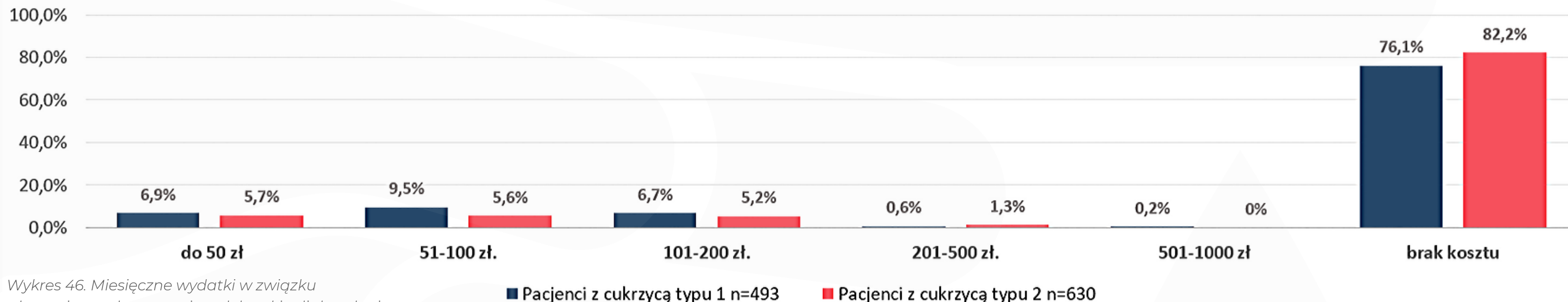
Wykres 44. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy - monitorowanie glikemii

"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy (systemy ciągłego monitorowania)"



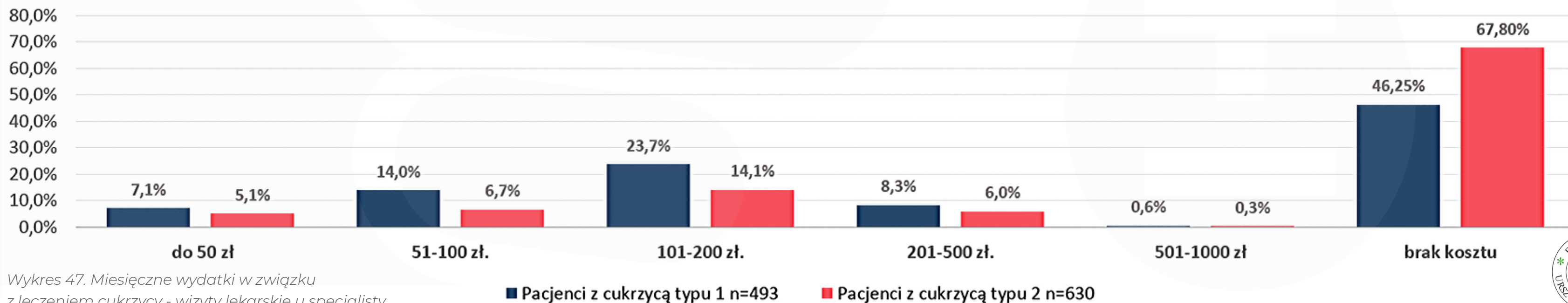
Wykres 45. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy - systemy ciągłego monitorowania

"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy (wizyty lekarskie - diabetologiczne)"



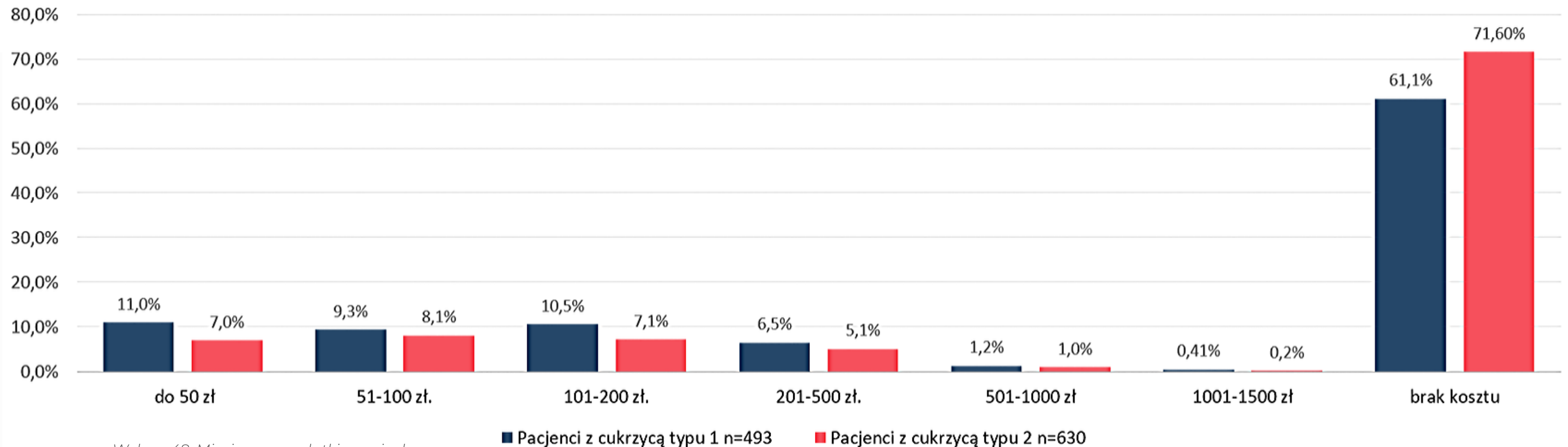
Wykres 46. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy - wizyty lekarskie diabetologiczne

"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy (wizyty lekarskie u innego specjalisty)"



Wykres 47. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy - wizyty lekarskie u specjalisty

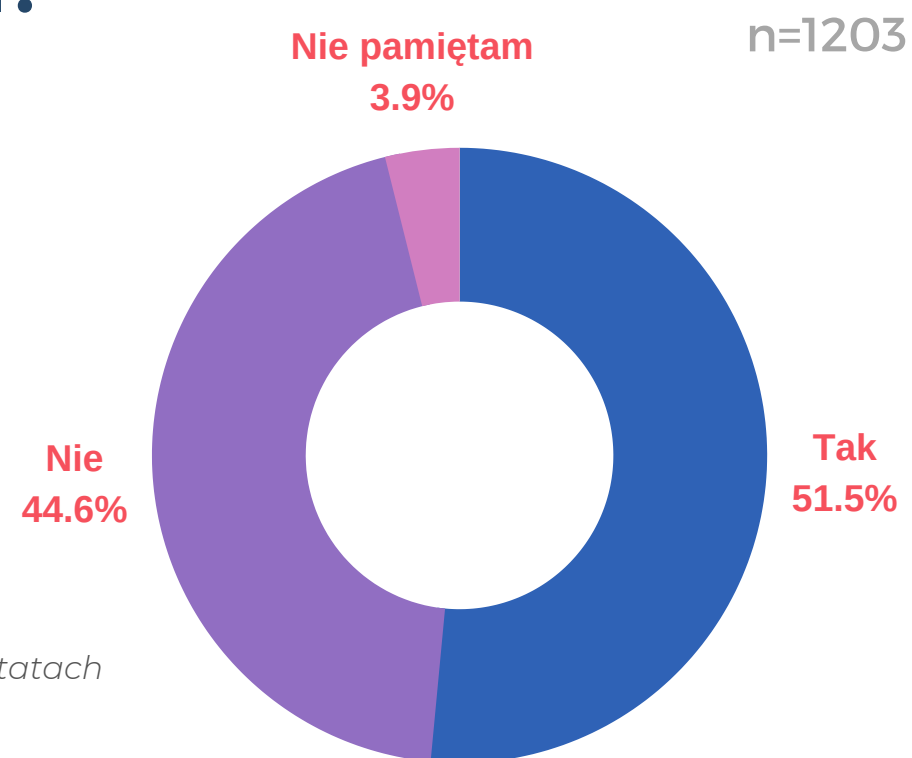
"Proszę spróbować oszacować ile wynoszą miesięczne wydatki z własnej kieszeni jakie ponosi Pan/Pani w związku z leczeniem cukrzycy (inne koszty niewymienione wcześniej)



Wykres 48. Miesięczne wydatki w związku z leczeniem cukrzycy - inne koszty

Z analizy kosztów, które podawali ankietowani wynika, że tylko niewielka część badanych korzysta z prywatnych wizyt u diabetologa. Przeważająca większość pacjentów zadeklarowała, że nie ponosi kosztów w tym obszarze. Znacznie więcej pacjentów, bo **32,2%** z **typem 2** wskazało, że ponosi koszty płatnych wizyt u innych specjalistów w związku z cukrzycą. W przypadku pacjentów z **typem 1** prawie **54%** pacjentów wskazało, że korzysta z płatnych wizyt u innych specjalistów niż diabetolog.

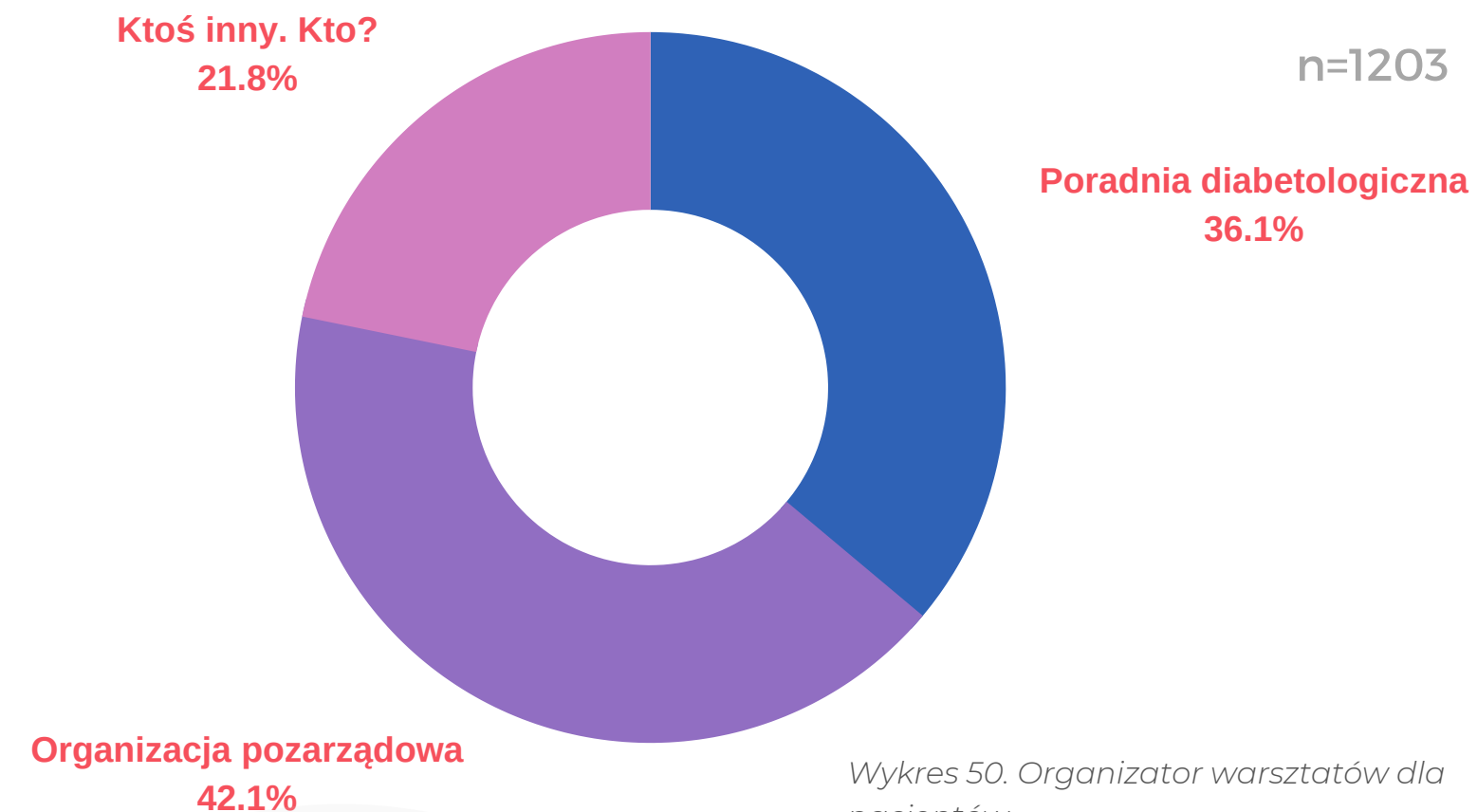
"Czy w ramach leczenia cukrzycy uczęszczał/a Pan/Pani na warsztaty/szkolenia dla diabetyków w zakresie prawidłowego leczenia i odżywiania?"



Wykres 49. Uczestnictwo w warsztatach

51,5% pacjentów zadeklarowało, że w trakcie choroby przynajmniej raz uczęszczało na warsztaty szkoleniowe dla diabetyków w zakresie prawidłowego leczenia i odżywiania. Z odpowiedzi pacjentów wynika, że częściej organizatorem spotkań była organizacja pozarządowa (stowarzyszenie, fundacja) – **42,1%** pacjentów, niż poradnia diabetologiczna – **36,1%** odpowiedzi. Wśród organizatorów podawanych przez pacjentów są również: firmy farmaceutyczne, lekarze, edukatorzy i dietetycy.

"Kto był organizatorem tych spotkań?"



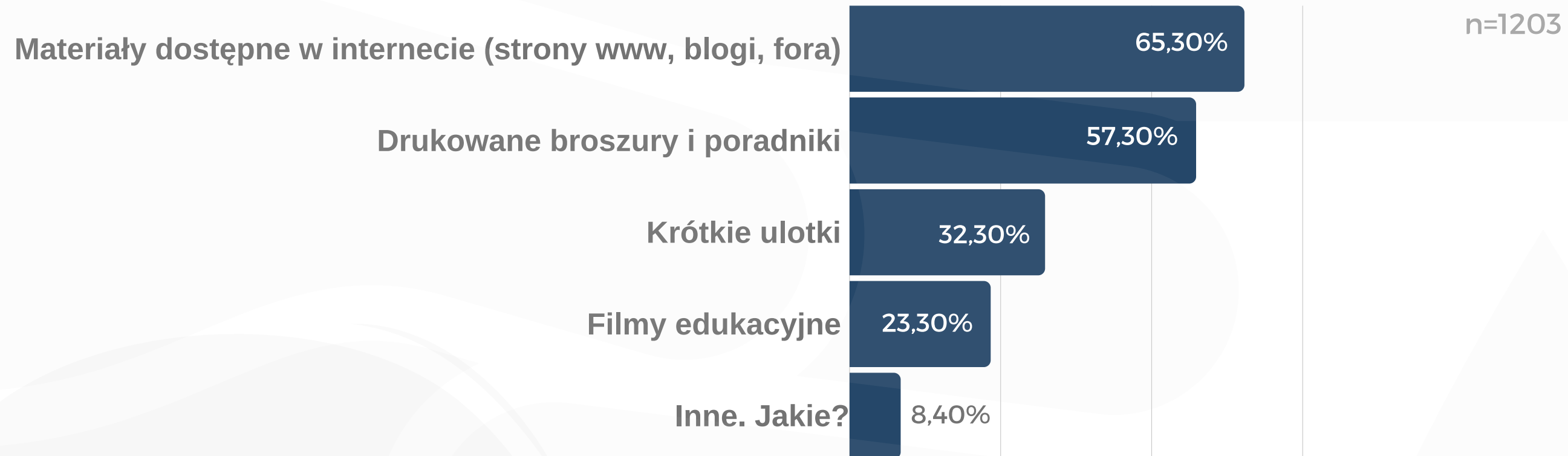
Wykres 50. Organizator warsztatów dla pacjentów

Ktoś inny. Kto?:

- Byłem/Byłam na wielu różnych spotkaniach
- Organizatorem była firma farmaceutyczna/sprzętowa
- Lekarz z oddziału
- Klinika/Szpital
- Edukator
- Dietetyk
- Polskie Stowarzyszenie Diabetyków
- W sanatorium
- Studenci medycyny/dietetyki



"Jakie materiały edukacyjne są dla Pana/Pani najbardziej przydatne w budowaniu własnej świadomości na temat cukrzycy i jej leczenia?" **Możliwa więcej niż jedna odpowiedź**

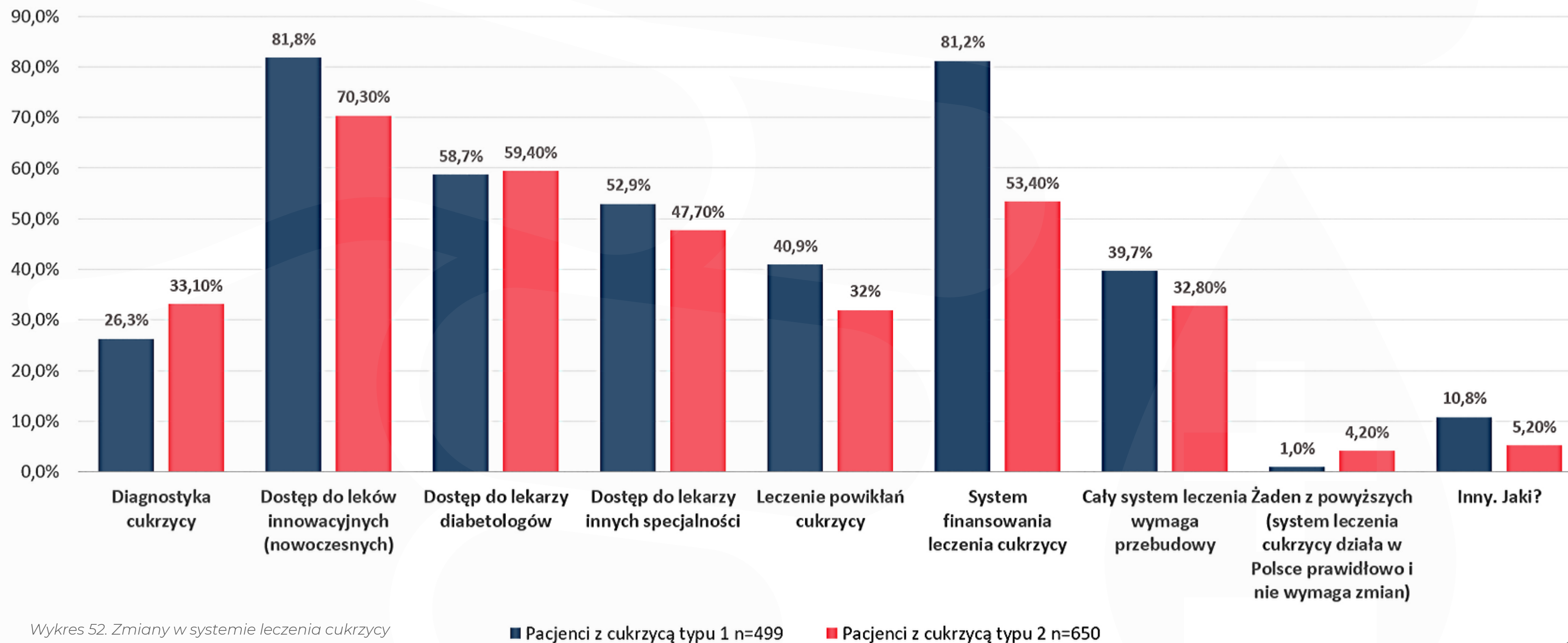


Wykres 51. Przydatne materiały do budowy świadomości na temat cukrzycy

Inne. Jakież?:

- Szkolenia w kole diabetyków lub organizowanych przez organizacje pacjenckie z udziałem lekarzy różnych specjalności, pielęgniarek i edukatorów diabetologicznych, dietetyków czy psychologów. Bezpośrednia rozmowa z osobą posiadającą szeroką wiedzę dot. cukrzycy lub związaną z leczeniem cukrzycy - Wyższa wiarygodność informacji niż tej z Internetu.
- Dostęp do dobrych materiałów typu poradniki i książki - Przystępna forma i język. Również edukacja przez nowoczesne media (aplikacje, gry komputerowe, kursy online).
- Wykłady robione z myślą o pacjentach - mniej naukowe. Być może osobne sesje dla pacjentów podczas sympozjów naukowych i konferencji. Wykłady w Instytucie Żywności i Żywienia.
- Udział w różnego rodzaju programach cukrzycowych, np. Szkoła życia z Cukrzycą. DIABDIS.
- Możliwość rozmowy z innymi pacjentami i wymiany doświadczeń, np. na spotkaniach PTD.

"Które z poniższych elementów uważa Pan/Pani, że wymagają zmian/poprawy w systemie leczenia pacjentów z cukrzycą" Możliwa więcej niż jedna odpowiedź



Wykres 52. Zmiany w systemie leczenia cukrzycy

"Które z poniższych elementów uważa Pan/Pani, że wymagają zmian/poprawy w systemie leczenia pacjentów z cukrzycą"

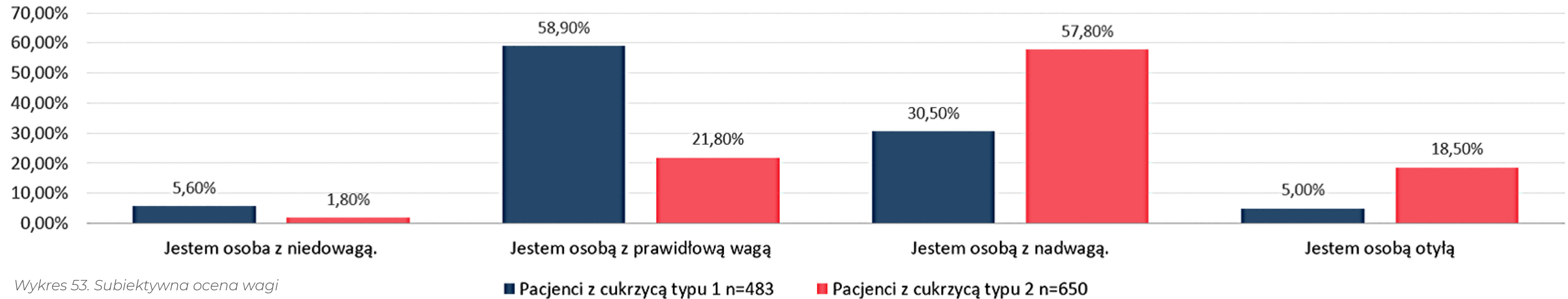
Podsumowanie odpowiedzi

PACJENCI Z CUKRZYCĄ TYPU 1. Prawie **40%** dorosłych pacjentów z cukrzycą **typu 1** uznało, że cały system opieki diabetologicznej wymaga zmiany. Jeśli chodzi o poszczególne kategorie, to za najpilniej wymagającą zmianę pacjenci wskazali potrzebę zmiany w dostępie do leków innowacyjnych. Odpowiedź taką wskazało **82%** diabetyków. Równie pilnej zmiany wymaga według ankietowanych system finansowania leczenia cukrzycy. Odpowiedziało tak nieco ponad **81%** badanych pacjentów. **58,7%** uznało, że potrzeba zmian w dostępie do lekarzy diabetologów. Prawie **53%**, że należy również poprawić dostęp do lekarzy innych specjalności. Ponad **40%** pacjentów uznało, że poprawy wymaga system leczenia powikłań. A ponad **26%**, że diagnostyka cukrzycy. Praktycznie wszyscy pacjenci z cukrzycą **typu 1** podkreślili w swobodnej wypowiedzi, potrzebę zmiany finansowania leczenia i zakupu sprzętu dla osób po **26** roku życia. Pojawiły się też głosy o potrzebie zmian w przepisach na prawo jazdy dla diabetyków oraz o konieczności budowy systemu informatycznego dla pacjentów (zapisy on-line do specjalistów). Pojawiły się również głosy o potrzebie dostępu do wykwalifikowanych psychologów i psychiatrów rozumiejących potrzeby pacjentów z cukrzycą oraz do specjalistów w zakresie zaburzeń odżywiania. Inną poruszoną kwestią, którą wymienili pacjenci to mało profesjonalne podejście lekarzy do kobiet w ciąży z długoletnią cukrzycą oraz słaba systemowa edukacja dla pacjentów.

Tylko **1%** ankietowanych wskazało, że obecny system opieki nad pacjentami z cukrzycą nie wymaga zmian, gdyż działa prawidłowo.

PACJENCI Z CUKRZYCĄ TYPU 2. Ankietowani pytani o zmianę systemu opieki diabetologicznej w **32,8%** uznali, że system w całości wymaga zmian. W konkretnych elementach w pytaniu największą ilość wskazań pacjentów otrzymała odpowiedź, że poprawy wymaga dostęp do innowacyjnego leczenia. Takiego zdania było ponad **70%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**. Ponad **59%**, że poprawy wymaga dostęp do lekarzy diabetologów, a ponad **53%** pacjentów uznało również konieczność zmiany systemu finansowania leczenia. **47,7%** uznało, że poprawy wymaga dostęp do lekarzy innych specjalności. Ponad **33%**, że konieczna jest zmiana w diagnostyce cukrzycy, a **32%**, że system leczenia powikłań. W odpowiedzi „Inny sposób” pacjenci mieli możliwość swobodnej wypowiedzi i wskazania, co według nich wymaga jeszcze poprawy lub zmiany. Pojawiły się tutaj głosy, że zmian wymaga system edukacji społeczeństwa i profilaktyki cukrzycy. Zmiany w nierównym dostępie "duże miasto a wieś" oraz sposobu żywienia, szczególnie w dostępie do tzw. "jedzenia śmieciowego".

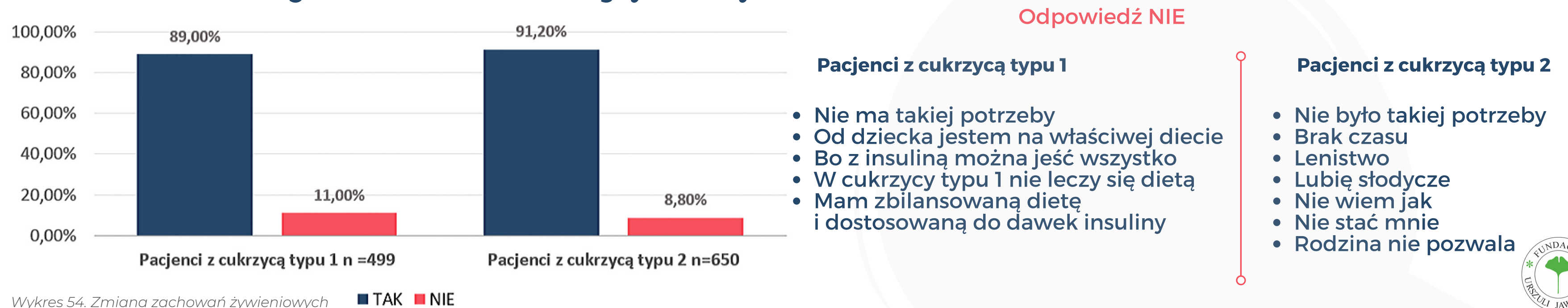
"Który z poniższych opisów najbardziej pasuje do Pana/Pani osoby?"



Wykres 53. Subiektywna ocena wagi

58,9% pacjentów z cukrzycą **typu 1** deklaruje, że ma prawidłową wagę ciała. **30,5%**, że ma nadwagę, a **5%** pacjentów z **typem 1** jest otyłych. Na niedowagę wskazało **5,6%** pacjentów z cukrzycą **typu 1**. W przypadku **typu 2** prawidłową wagę zadeklarowało tylko **21,8%** pacjentów, natomiast **76,3%** pacjentów deklaruje nadwagę lub otyłość. Niedowagę wskazało niespełna **2%** pacjentów z **typem 2**.

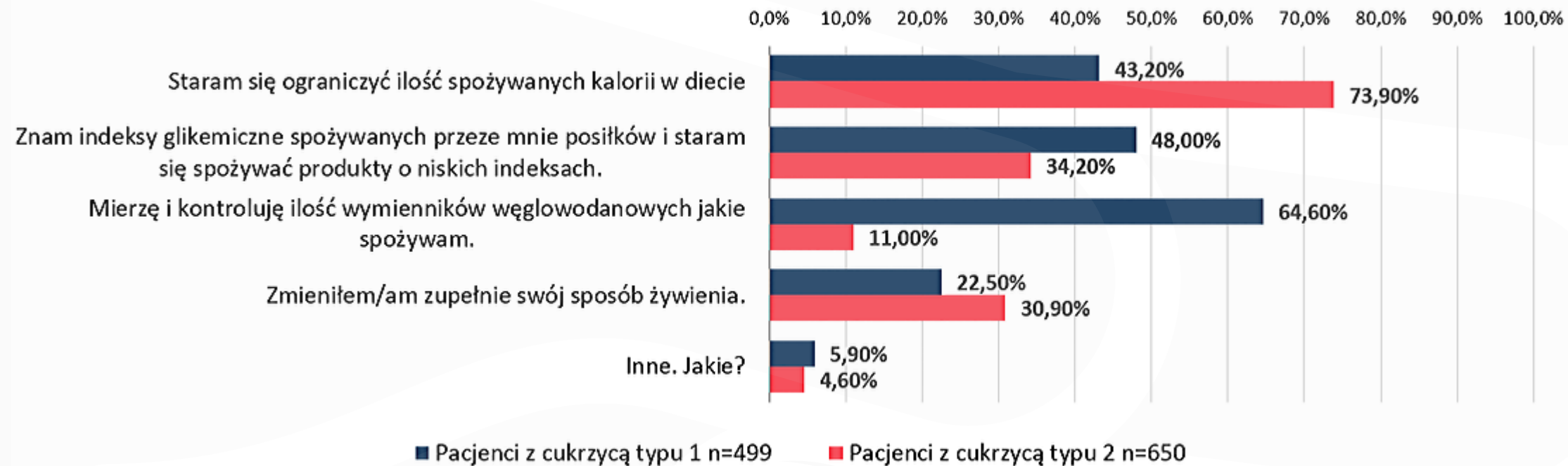
"Czy w związku z zachorowaniem na cukrzycę zmienił/zmieniła Pan/Pani swoje zachowania żywieniowe (swoją dietę)?"



Wykres 54. Zmiana zachowań żywieniowych

■ TAK ■ NIE

"Które z poniższych działań stosuje Pan/Pani w związku z cukrzycą?"



Wykres 55. Działania pacjentów w związku z zachorowaniem na cukrzycę

W cukrzycy **typu 1** z działań wymienionych w pytaniu, jakie stosują pacjenci w cukrzycy najczęściej wskazywanym, było mierzenie i kontrolowanie ilości wymienników węglowodanowych, jakie spożywa pacjent. To działanie wymieniło prawie **65%** pacjentów z cukrzycą **typu 1**. Prawie połowa pacjentów znała również indeksy glikemiczne składników posiłków i potraw oraz **43,2%** ograniczała ilość spożywanych kalorii. Na zupełną zmianę sposobu żywienia wskazało **22,5%** diabetyków z **typem 1** cukrzycy. W przypadku pacjentów z **typem 2** przeważająca większość wskazała, że ogranicza ilość spożywanych kalorii. Prawie **31%** pacjentów zadeklarowało zupełną zmianę diety w związku z cukrzycą. W kategorii "inne" pacjenci uszczegółowili swoje działania, wymieniając między innymi: Ograniczenie tzw. jedzenia śmieciowego, eliminacja cukrów prostych z diety i inne metody.

Inne. Jakież?

Pacjenci z cukrzycą typu 1

- Ograniczyłem słodkie napoje, fast food, staram się jeść normalnie, ale z głową (myślę nad tym co jem)
- Stosuję żywienie alkaliczne, choć nie tylko ze względu na cukrzycę. Po prostu dla zdrowia
- WW liczę na oko (po 5 latach choroby). Nie jadam posiłków/produktów, które podnoszą mi poziom glikemii
- Stosuję dietę niskowęglowodanową, wysokotłuszczową
- Zaprzerstałam całkowicie słodzenia napojów/żywności

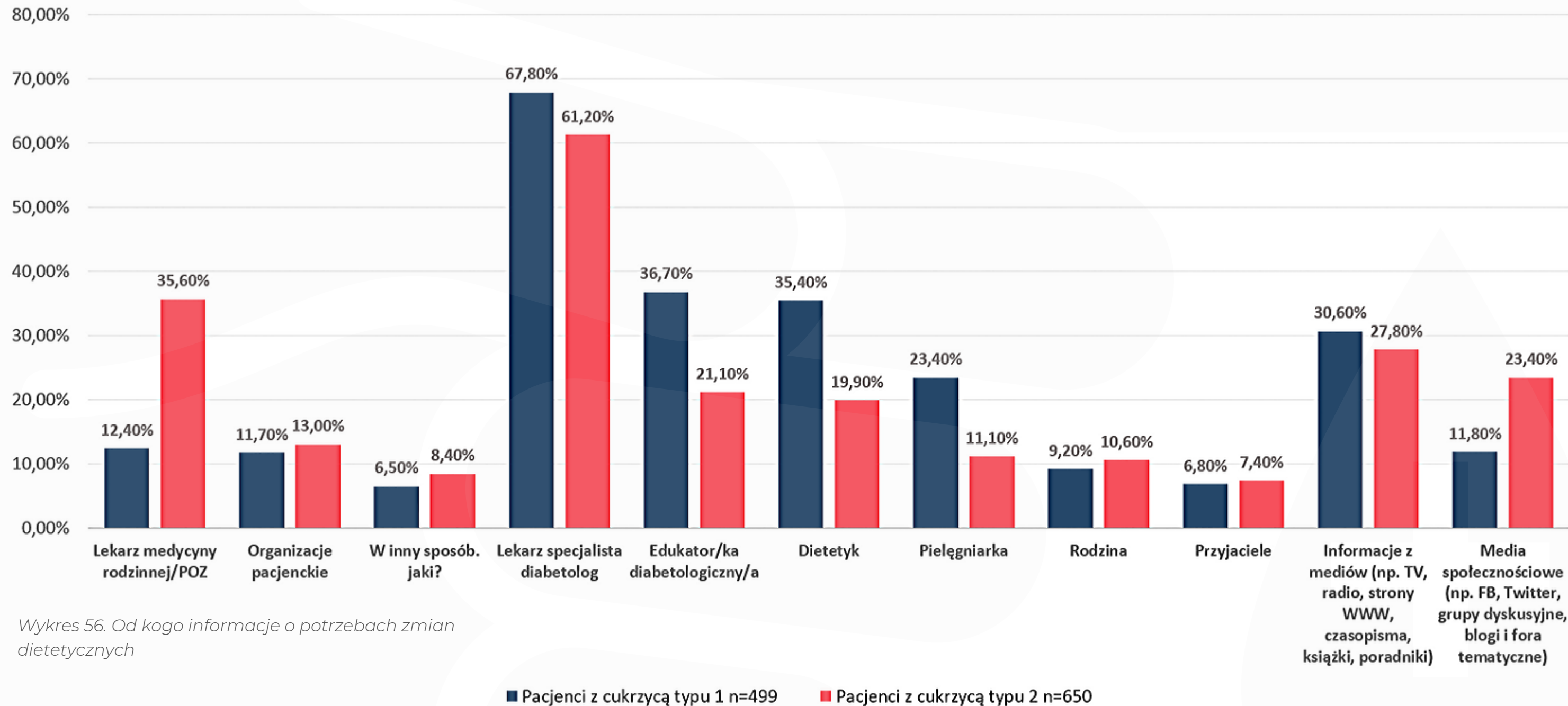
Inne. Jakież?

Pacjenci z cukrzycą typu 2

- Ograniczenie białego pieczywa
- Dieta bezkazeinowa
- Ruch i aktywność fizyczna
- Zupełna eliminacja cukrów prostych z diety

"Od kogo (skąd) Pan/Pani uzyskał/ła informację o potrzebach zmian dietetycznych w związku z chorobą?"

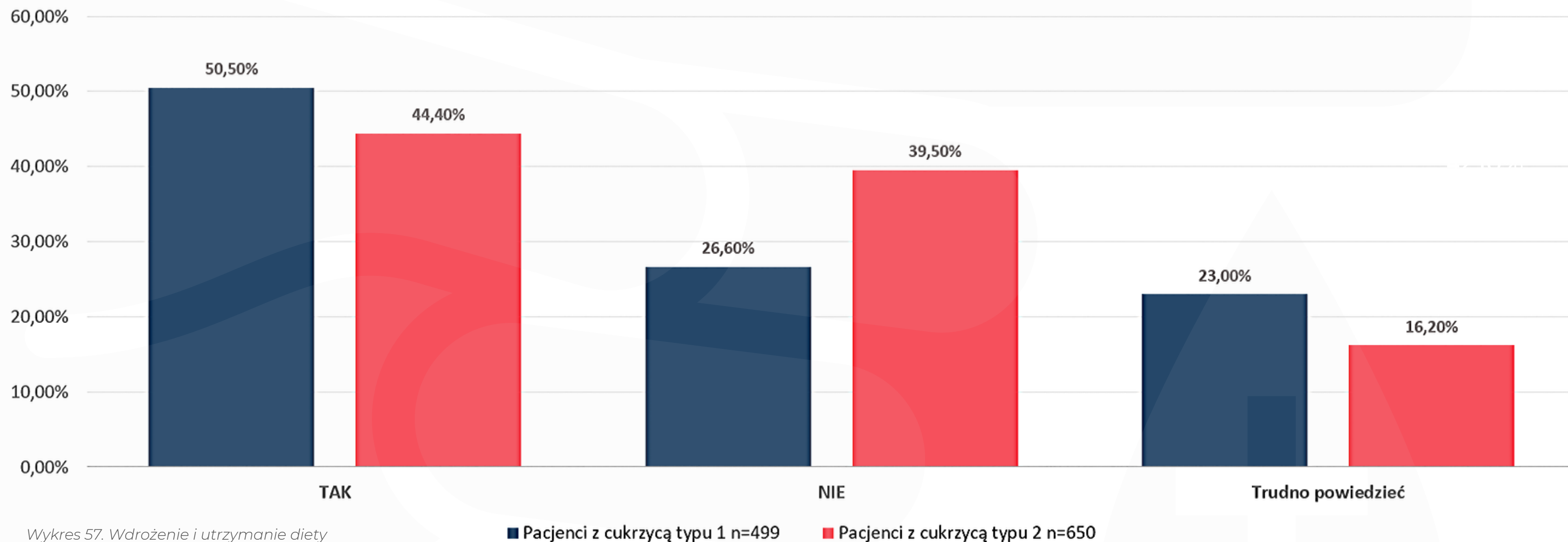
Możliwa więcej niż jedna odpowiedź



Wykres 56. Od kogo informacje o potrzebach zmian dietetycznych

Większość pacjentów z cukrzycą deklaruje, że głównym źródłem informacji o potrzebie zmian w sposobie żywienia jest lekarz diabetolog. Odpowiadali tak zarówno pacjenci z cukrzycą **typu 1** (67,8% pacjentów), jak i pacjenci z **typem 2** (61,2%). Dla pacjentów z **typem 1** ważnym źródłem informacji był także: dietetyk, edukator diabetologiczny oraz informacje z mediów. W przypadku pacjentów z **typem 2** poza diabetologiem pacjenci jako źródło informacji o sposobie żywienia w cukrzycy wskazywali: lekarza POZ, media i media społecznościowe. W tej grupie pacjentów rzadko kiedy informacje o żywieniu pochodziły od pielęgniarki, czy organizacji pacjenckich. W bardzo niewielkim stopniu źródłem wiedzy o sposobie żywienia dla pacjentów z obydwojema typami cukrzycy była rodzina i przyjaciele.

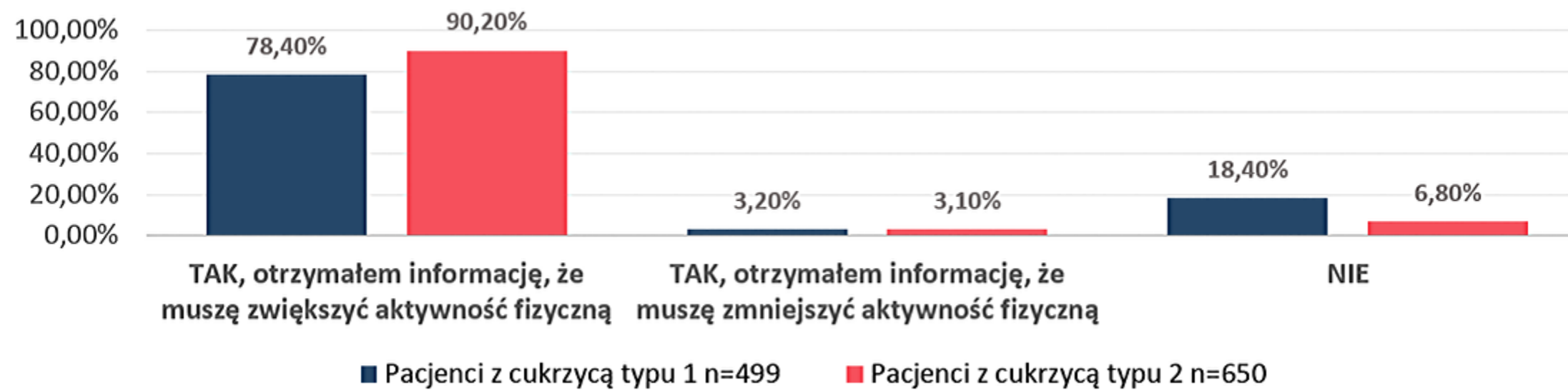
"Czy wdrożenie diety i jej utrzymanie było/jest dla Pana/Pani uciążliwe?"



Wykres 57. Wdrożenie i utrzymanie diety

Ponad **50%** cukrzyków z **typem 1** stwierdziło, że wdrożenie i utrzymanie diety było/jest dla nich uciążliwe. Podobnego zdania było **44,4%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**. Problemów z wdrożeniem i utrzymaniem diety nie miało **26,6%** pacjentów z **typem 1** i **39,5%** z **typem 2** cukrzycy. Pozostali ankietowani nie umieli jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie.

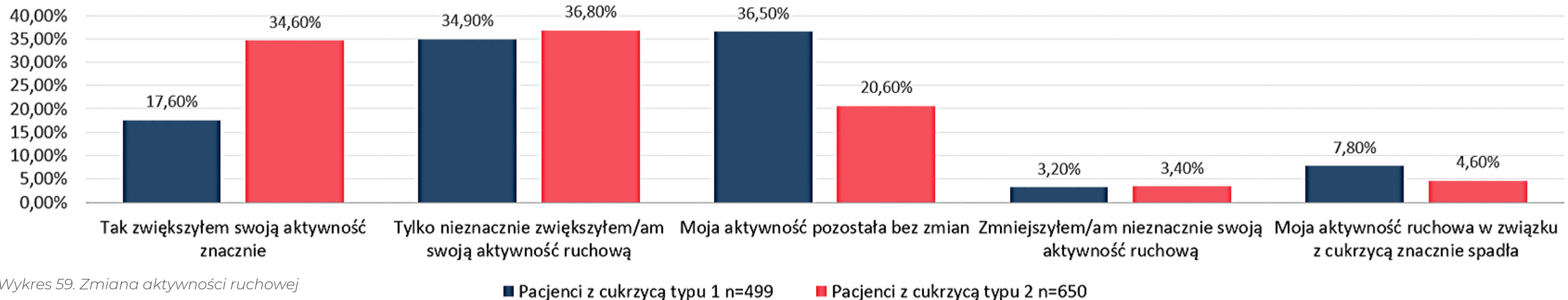
"Czy otrzymał/a Pan/Pani informację o potrzebie zmiany swojej aktywności fizycznej (ruchowej) w związku z cukrzycą?"



Ponad **90%** pacjentów z cukrzycą **typu 2** i ponad **78,4%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** otrzymała informację, że powinni zwiększyć swoją aktywność fizyczną. Bardzo niewielka część pacjentów w obu typach cukrzycy otrzymała wskazania, że aktywność fizyczną powinni zmniejszyć. Informacja ta pochodziła od lekarza diabetologa lub/i dietetyka. W przypadku potrzeby zwiększenia aktywności fizycznej źródłem takiej informacji dla pacjenta był również w przeważającym stopniu lekarz diabetolog. (wykres 60.)

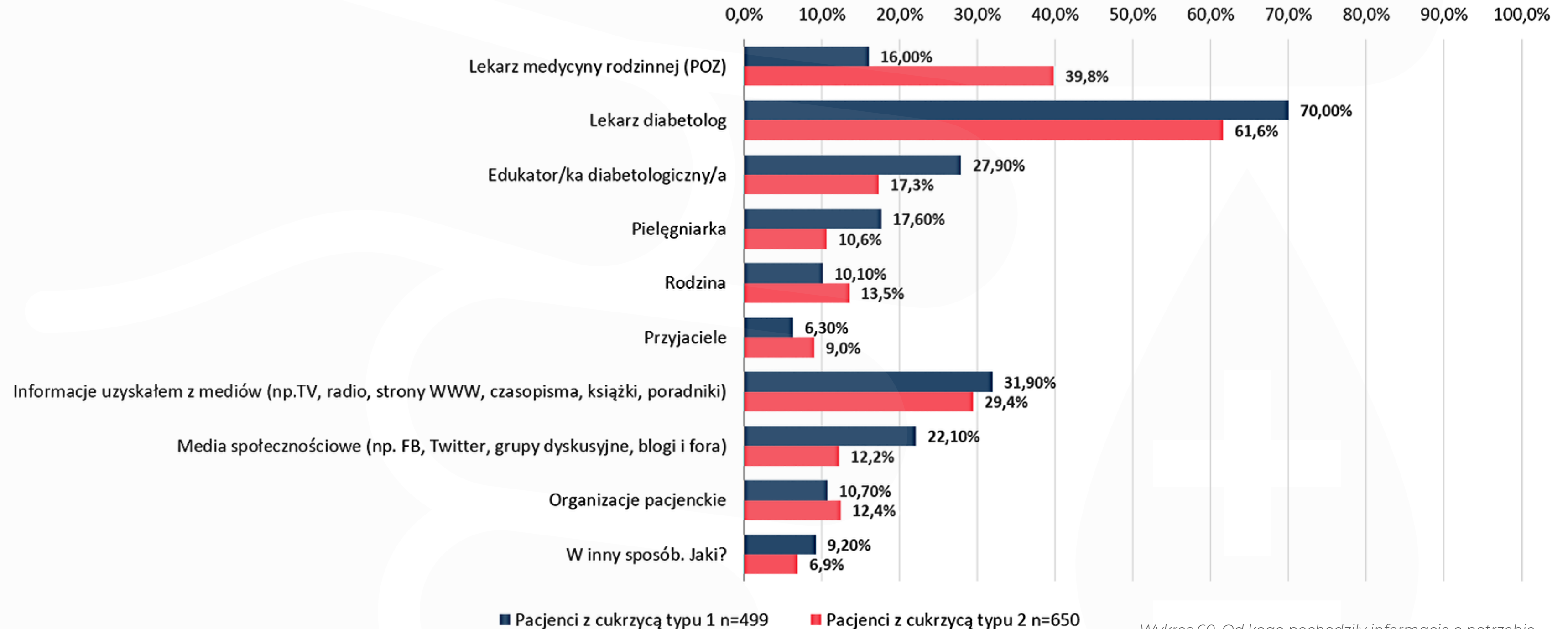
Wykres 58. Informacje o potrzebie zmian w aktywności ruchowej

"Czy w związku z cukrzycą zmienił/zmieniła Pan/Pani swoją aktywność ruchową?"



Wykres 59. Zmiana aktywności ruchowej

"Od kogo (skąd) uzyskał/a Pan/Pani informację o potrzebie zwiększenia swojej aktywności fizycznej?"



Wykres 60. Od kogo pochodziły informacje o potrzebie zwiększenia aktywności fizycznej

"Co najbardziej zaważył/o na Pana/Pani decyzji o zwiększeniu swojej aktywności fizycznej w związku z cukrzycą?"

Główne przyczyny podawane przez pacjentów Pacjenci z cukrzycą typu 1

- Sport zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę
- Zwiększenie insulino-wrażliwości
- Obniżenie glikemii i łatwiejsze utrzymanie poziomu glikemii w normie
- Chęć bycia zdrowszym. Utrzymanie zdrowia i kondycji jak najdłużej
- Dobre samopoczucie
- Kontrola i utrzymanie wagi

Główne przyczyny podawane przez pacjentów Pacjenci z cukrzycą typu 2

- Ruch pozwala na łatwiejsze utrzymanie poziomu glikemii w normie
- Lepsze samopoczucie i zdrowie
- Zmniejszenie masy ciała
- Powikłania cukrzycy i choroby współistniejące
- Poprawa sprawności fizycznej i zwiększenie komfortu życia
- Kontrola i utrzymanie wagi
- Świadomość powikłań

"Jaka była w Pana/Pani przypadku bezpośrednia przyczyna zmniejszenia aktywności fizycznej?"

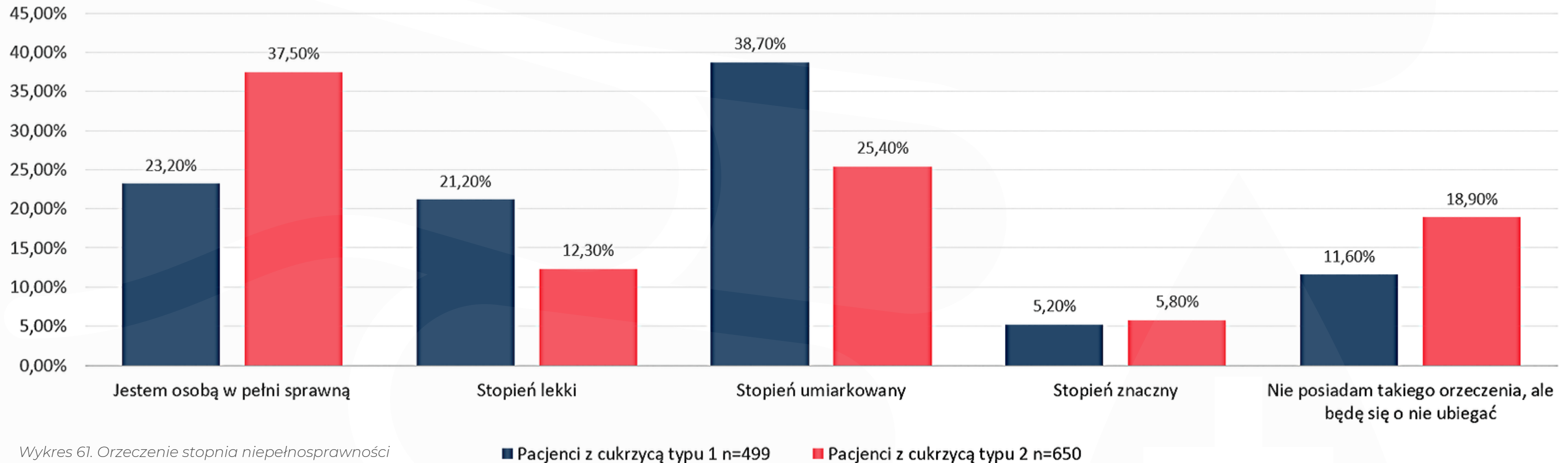
Główne przyczyny podawane przez pacjentów Pacjenci z cukrzycą typu 1

- Hipoglikemia i strach przed hipoglikemią
- Inne choroby jako powikłania cukrzycy
- Inne choroby np. układu ruchu
- Brak czasu

Główne przyczyny podawane przez pacjentów Pacjenci z cukrzycą typu 2

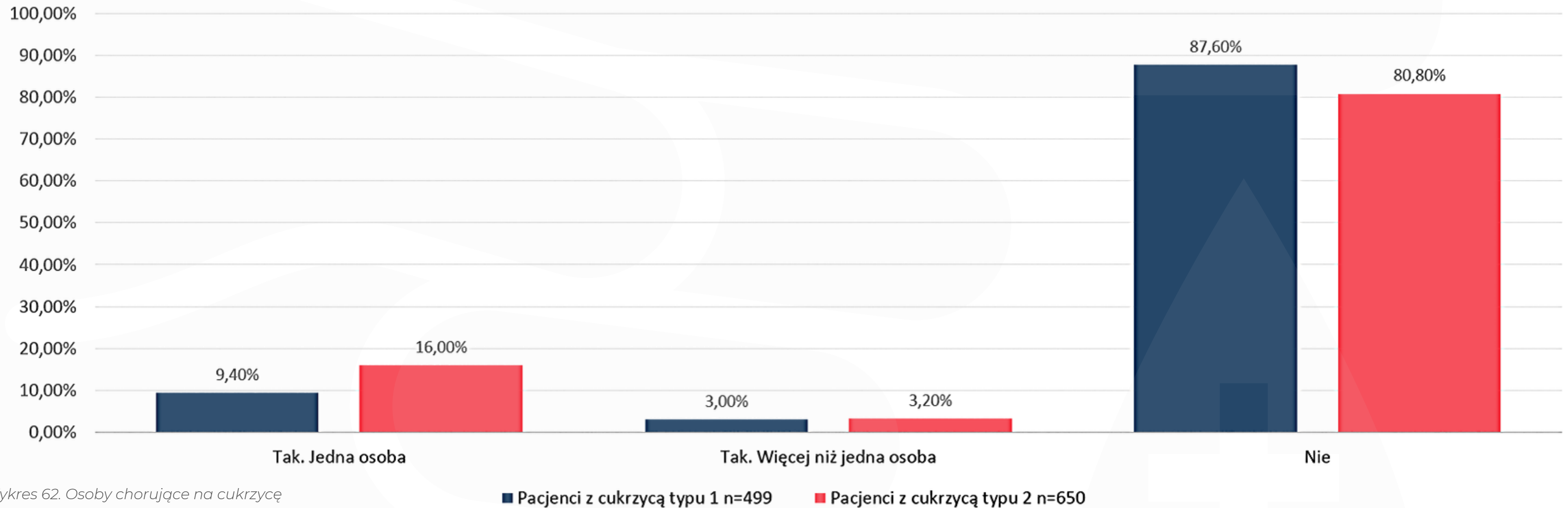
- Powikłania cukrzycy i choroby współistniejące w szczególności kardiologiczne
- Zmęczenie i niechęć do aktywności fizycznej
- Depresja
- Choroby układu ruchu w szczególności choroby kręgosłupa
- Choroby stóp, w tym stopa cukrzycowa
- Otyłość

"Czy w związku z cukrzycą ma Pan/Pani orzeczonego stopień niepełnosprawności i jaki to stopień?"



Tylko **23,2%** pacjentów z **typem 1** i **37,5%** pacjentów z cukrzycą **typu 2** oceniło, że są w pełni sprawnymi osobami. O orzeczenie o stopniu niepełnosprawności chce się ubiegać **11,6%** pacjentów z **typem 1** i **18,9%** pacjentów z **typem 2** cukrzycy. Pozostali ankietowani stwierdzili, iż posiadają orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Pacjenci z **typem 1** cukrzycy: niepełnosprawność w stopniu lekkim zadeklarowało – **21,2%** pacjentów, w stopniu umiarkowanym **38,7%** i w znacznym **5,2%** pacjentów. Pacjenci z **typem 2** cukrzycy deklarują niepełnosprawność: w stopniu lekkim **12,3%**, w stopniu umiarkowanym **25,4%**, a w stopniu znacznym **5,8%**.

"Czy oprócz Pana/Pani w Pana/Pani gospodarstwie domowym są inne osoby chorujące na cukrzycę?"



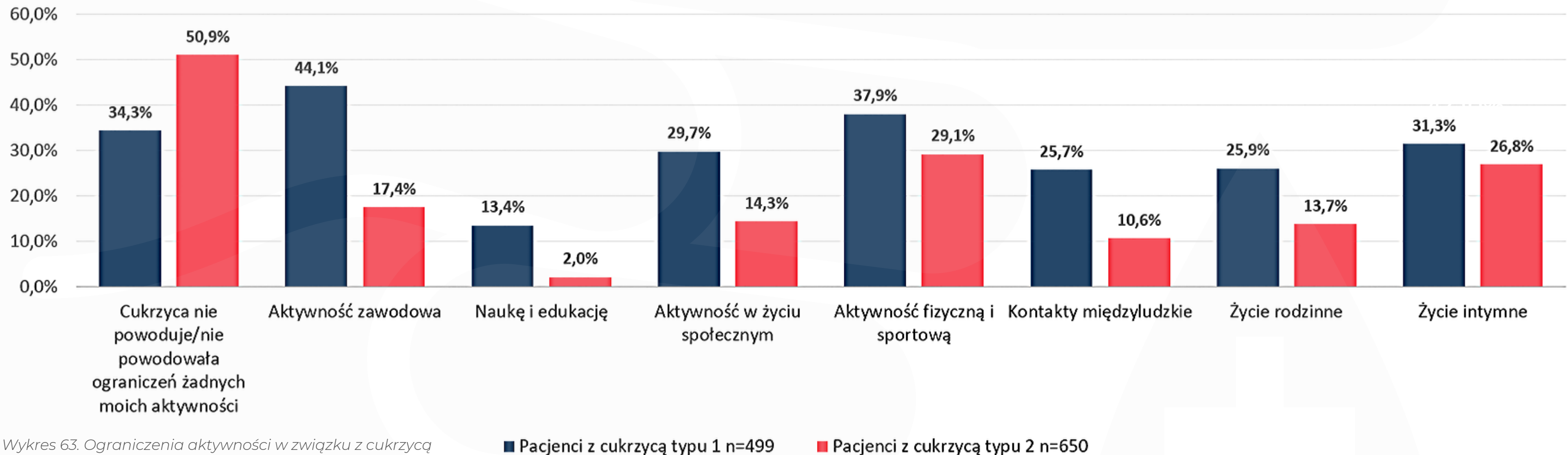
Wykres 62. Osoby chorujące na cukrzycę w gospodarstwie domowym

Aż **19,2%** ankietowanych z cukrzycą **typu 2** wskazało, że we własnym gospodarstwie domowym jest przynajmniej jeszcze jedna osoba chora na cukrzycę. **3%** pacjentów wskazało, że jest to więcej niż jedna osoba. W przypadku pacjentów z cukrzycą **typu 1** odpowiedzi, że jest to jedna osoba udzieliło **9,4%** pacjentów, a więcej niż jedna **3%** pacjentów.

"Czy uważa Pan/Pani, że cukrzyca spowodowała ograniczenia lub utrudniła Pana/Pani aktywności, w którejś z wymienionych poniżej Pana/Pani sfer życia?"

n=1203

W pytaniu respondenci mieli możliwość wyboru dowolnej liczby aktywności



Wykres 63. Ograniczenia aktywności w związku z cukrzycą

■ Pacjenci z cukrzycą typu 1 n=499 ■ Pacjenci z cukrzycą typu 2 n=650

34,3% ankietowanych pacjentów z cukrzycą **typu 1** stwierdziło, że cukrzyca nie ograniczyła żadnej z wymienionych w pytaniu sfer życia. Podobnego zdania było prawie **51%** pacjentów z **typem 2**. Pozostali ankietowani ocenili, że choroba stworzyła im trudność w przynajmniej jednej z wymienionych sfer. W przypadku cukrzycy **typu 1** pacjenci wskazali w **44,1%**, że ograniczenie dotyczyło aktywności zawodowej, **37,9%** aktywności fizycznej, **31,3%** życia intymnego. W mniejszym stopniu bariery dotyczyły aktywności w życiu społecznym (**29,7%**), rodzinnym (**25,9%**), w kontaktach międzyludzkich (**25,7%**) oraz nauce i edukacji (**13,4%**). W przypadku cukrzycy **typu 2** pacjenci deklarowali ograniczenia w mniejszym zakresie niż to było w przypadku pacjentów z **typem 1**. Główne trudności pacjenci deklarowali w sferze aktywności fizycznej (**29,1%**) i życiu intymnym (**26,8%**). W mniejszym stopniu ograniczenia dotyczyły: życia rodzinnego i społecznego oraz kontaktów międzyludzkich. Najmniej pacjentów deklarowało występowanie barier w sferze nauki i edukacji.



3.2

BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA, LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.

PACJENCI WNIOSKI



PACJENCI WNIOSKI

- Prawie **48%** ankietowanych pacjentów stwierdziło, że cukrzyca została zdiagnozowana przez lekarza POZ.
- Dobór terapii był ustalany w poradni diabetologicznej przez lekarza diabetologa w cukrzycy **typu 1** w ponad **90%**, a w cukrzycy **typu 2** – w **75%**.
- **35%** chorych na cukrzycę **typu 1** jest zadowolonych z obecnego sposobu leczenia, natomiast w przypadku cukrzycy **typu 2** – zadowolonych jest **55%** chorych. Pozostali pacjenci nie są zadowoleni z obecnego sposobu leczenia. Powodem jest przede wszystkim: w cukrzycy **typu 1** brak refundacji pomp insulinowych po **26** roku życia, a w przypadku cukrzycy **typu 2** brak refundacji części leków zawartych w zaleceniach klinicznych PTD.
- Pacjenci wskazują, że zmian lub poprawy wymaga sposób finansowania leczenia cukrzycy (**typu 1** – **81%**, **typu 2** – **53%** chorych), dostęp do leków (**typu 1** – **82%**, **typu 2** – **70%** chorych) oraz lepszy dostęp do lekarzy diabetologów (**typu 1** – **59%**, **typu 2** – **59%** chorych) i lekarzy innych specjalności (**typu 1** – **53%**, **typu 2** – **48%** chorych).
- **40%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** i prawie **33%** pacjentów z cukrzycą **typu 2** uważa, że cały system leczenia cukrzycy wymaga przebudowy.
- Większość pacjentów z cukrzycą **typu 2** przyznaje, że ma nadwagę (**58%**) lub jest osobą otyłą (**18%**).
- Większość pacjentów z cukrzycą **typu 1** (**60%**) i **typu 2** (**68%**) nie korzysta z konsultacji i porad dietetycznych.
- Pacjenci potwierdzają, że w związku ze zdiagnozowaną cukrzycą zmienili nawyki żywieniowe – przy czym najczęściej pacjenci z cukrzycą **typu 1** mierzą i kontrolują ilość spożywanych węglowodanów (**65%**), a pacjenci z cukrzycą **typu 2** ograniczają ilość kalorii w diecie (**74%**).

PACJENCI WNIOSKI

- Zmianę nawyków żywieniowych w przypadku pacjentów z cukrzycą **typu 1** rekomendował głównie diabetolog (**68%**), rzadziej edukator (**37%**), dietetyk (**35%**) czy pielęgniarka (**23%**). W przypadku pacjentów z cukrzycą **typu 2** również diabetolog (**61%**), lekarz medycyny rodzinnej/POZ (**36%**), edukator (**21%**), dietetyk (**20%**) i pielęgniarka (**11%**)
- Zmiana nawyków żywieniowych na skutek wpływu informacji z mediów (TV, radio, czasopisma) w przypadku cukrzycy **typu 1** nastąpiła w **30%**, a w przypadku **typu 2** – **28%**. Media społecznościowe miały **12%** wpływ w cukrzycy **typu 1**, a w przypadku **typu 2** – **23%**.
- **50%** pacjentów deklaruje, że wdrożenie i utrzymanie diety było w ich przypadku uciążliwe.
- **50%** pacjentów korzystało z warsztatów edukacyjnych dla diabetyków na temat leczenia i odżywiania. Najczęściej pacjenci uczestniczyli w spotkaniach realizowanych przez organizacje pozarządowe.
- Wśród najbardziej przydatnych materiałów edukacyjnych pacjenci wymieniają te, które są dostępne w internecie (**65%**). Prawie za równie przydatne ankietowani uznali materiały drukowane takie, jak broszury i poradniki (**57%**).
- Chorzy na cukrzycę otrzymali rekomendację dotyczącą potrzeby zwiększenia aktywności fizycznej od: diabetologa (**70%** - **typu 1**, **62%** - **typu 2**), lekarza POZ (**16%** - **typu 1**, **40%** - **typu 2**). W mniejszym stopniu zwiększenie aktywności fizycznej było podyktowane informacją z mediów (**32%** - **typu 1**, **29%** - **typu 2**).
- **23%** chorych na cukrzycę **typu 1** ocenia się jako osoby sprawne, w przypadku **typu 2** jest to ok. **37%** chorych.
- **60%** chorych na cukrzycę **typu 1** posiada lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności. W przypadku cukrzycy **typu 2** jest to **38%** ankietowanych pacjentów.

P A C J E N C I W N I O S K I

- **12%** chorych na cukrzycę **typu 1** oraz **19%** chorych na cukrzycę **typu 2** zgłasza zamiar ubiegania się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
- W opinii **34%** chorych na cukrzycę **typu 1** i **51%** chorych na cukrzycę **typu 2** choroba nie powoduje ograniczeń aktywności życiowych.
- W opinii **44%** chorych na cukrzycę **typu 1** i **17%** chorych na cukrzycę **typu 2** choroba wpływa na aktywność zawodową.
- **30%** chorych na cukrzycę **typu 1** i **14%** chorych na cukrzycę **typu 2** deklaruje, że choroba wpłynęła na aktywność społeczną.
- Konieczność przynajmniej jednej hospitalizacji w związku z cukrzycą lub jej powikłaniami wskazało **77%** pacjentów z cukrzycą **typu 1** i **31%** pacjentów z cukrzycą **typu 2**.
- Pacjenci z cukrzycą **typu 1** stwierdzili, że wystąpiły u nich potwierdzone przez lekarza powikłania cukrzycy: incydent hipoglikemii - **71%**, incydent hiperglikemii - **52%**, kwasica metaboliczna - **19%**, problemy dermatologiczne - **24%**, neuropatia cukrzycowa - **22%**, retinopatia cukrzycowa - **21%**, nawracające zakażenia układu moczowego - **19%** pacjentów. Pacjenci z cukrzycą **typu 2** stwierdzili wystąpienie potwierdzone przez lekarza powikłań: incydent hiperglikemii - **17%**, incydent hipoglikemii - **28%**, choroba niedokrwienna serca - **24%**, miażdżyca - **19%**, zawał mięśnia sercowego - **9%**, udar mózgu - **4%**, neuropatia cukrzycowa - **17%**, nefropatia cukrzycowa - **13%**.
- Występowanie zespołu stopy cukrzycowej zadeklarowało około **4%** pacjentów w obu typach cukrzycy.
- Pacjenci z cukrzycą **typu 1** deklarują, że miesięczne wydatki związane z ich chorobą wynoszą w przypadku **32%** chorych – od **200** do **500** zł, a u **33%** pacjentów - od **500** zł do **1** tys. zł. Natomiast pacjenci z cukrzycą **typu 2** w **36%** szacują miesięczne wydatki na poziomie od **200** zł do **500** zł, a **15%** chorych od **500** zł do **1** tys. zł.

3.3

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

PACJENCI
KOMENTARZ



Anna Śliwińska

**Prezes Polskiego
Stowarzyszenia
Diabetyków**

Bieżąca sytuacja większości chorych na cukrzycę w Polsce pozostawia sporo do życzenia. O ile leczenie dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 wygląda w naszym kraju niemalże wzorcowo, z czego jesteśmy dumni, pozostałe grupy nie mogą się cieszyć leczeniem na europejskim poziomie. Dorośli diabetycy z cukrzycą typu 1 tracą refundację nowoczesnego sprzętu diabetologicznego, przystępującą dzieciom i młodzieży, co stanowi dla tej grupy ogromny problem. Z kolei w przypadku chorych na cukrzycę typu 2 możemy wręcz mówić o swego rodzaju „skansenie”. **Polska to bowiem jedyny kraj w Unii Europejskiej, który nie refunduje nowoczesnych terapii**, o udowodnionej skuteczności w zapobieganiu powikłaniom cukrzycy, czyli temu, co pacjentom diabetologicznym szkodzi najbardziej. Nie zabija sama cukrzyca, ale jej powikłania i to ich chcemy uniknąć. Niestety, za dobre, innowacyjne leki polski chory musi płacić z własnej kieszeni, a rzadko go na to stać.

Cukrzyca jest chorobą interdyscyplinarną, wielonarządową, a przy tym przewlekłą i nieuleczalną, w związku z czym generuje ogromne koszty dla pacjenta, które będzie ponosił do końca swojego życia. Taki stan wymaga też konsultacji u licznych lekarzy specjalistów, do których kolejki lub konieczność dojazdu do odległej miejscowości stanowią dla większości chorych spory problem. **Co więcej, w Polsce dramatycznie brakuje edukacji chorych i ich rodzin czy opiekunów.**

Cukrzyca jest bowiem taką chorobą, w której farmakoterapia i edukacja pacjenta idą w parze – tylko dobrze wyedukowany pacjent, korzystający z dopasowanej do swojego stanu zdrowia terapii może się cieszyć dłuższym i dobrej jakości życiem. **Niestety w Polsce, mimo licznych apeli, brakuje formalnej, gwarantowanej i opłaconej z budżetu państwa edukacji diabetologicznej**, co powoduje, że wielu chorych nieprawidłowo zarządza swoją chorobą. Jako że zachorowań na cukrzycę jest coraz więcej (nazywana jest ona wręcz niezakaźną epidemią), również bardzo ważne jest zapobieganie zachorowaniom na cukrzycę typu 2, czyli rozszerzenie działań profilaktycznych w społeczeństwie, zwłaszcza w grupach ryzyka.

Z perspektywy pacjenta cukrzyca nie jest w naszym kraju traktowana priorytetowo przez decydentów i musi się to zmienić. Ideałem byłoby, aby wszystkie szeroko stosowane w Europie terapie i technologie medyczne, zalecane przez towarzystwa naukowe na całym świecie, mogły być refundowane dla każdego pacjenta, który ich potrzebuje ze względu na przebieg swojej choroby. **Wszyscy pacjenci powinni otrzymywać formalną edukację po diagnozie oraz powtarzać ją, gdyż wiedza jest bardzo ulotna i wymaga utrwalania.** Chorzy powinni mieć dostęp do specjalistów, zanim ich stan zdrowia pogorszy się na tyle, że niewiele pozostanie do uratowania.

A przy tym opieka ta powinna być na tyle skoordynowana, aby nie powtarzać tych samych badań czy przepisywać tych samych leków tylko pod inną nazwą, co powoduje dezorientację. **Ogół społeczeństwa, a zwłaszcza osoby z grupy ryzyka wystąpienia cukrzycy typu 2 powinny być uświadamiane w temacie zagrożeń wynikających z choroby cukrzycowej** oraz zachęcane do dbania o siebie po to, aby cukrzyca typu 2 uniknąć albo przynajmniej oddalić ją od siebie na wiele lat. Warto zawalczyć o każdy rok w zdrowiu każdego obywatela naszego kraju dla dobra jego samego, ale i nas wszystkich.

Pamiętajmy, że cukrzyca, a ściślej jej powikłania, niosą za sobą nie tylko ogromne dramaty ludzkie (pacjentów i ich rodzin), ale także bardzo poważne wydatki dla budżetu państwa. **Prawidłowa polityka w zakresie leczenia cukrzycy zdecydowanie przyczyniłaby się do wielokrotnie wyższych oszczędności od ponoszonych nakładów.** Choć tak naprawdę nie o nakładach, a o inwestycji powinniśmy mówić. Inwestycja w chorego dziś to ogromne oszczędności jutro, a przede wszystkim zdrowsze, bardziej produktywnie i szczęśliwe społeczeństwo.

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

PROFESJONALIŚCI MEDYCZNI



4.1

LEKARZE DIABETOLOGDZY

NHS 2020 - Improving Healthcare

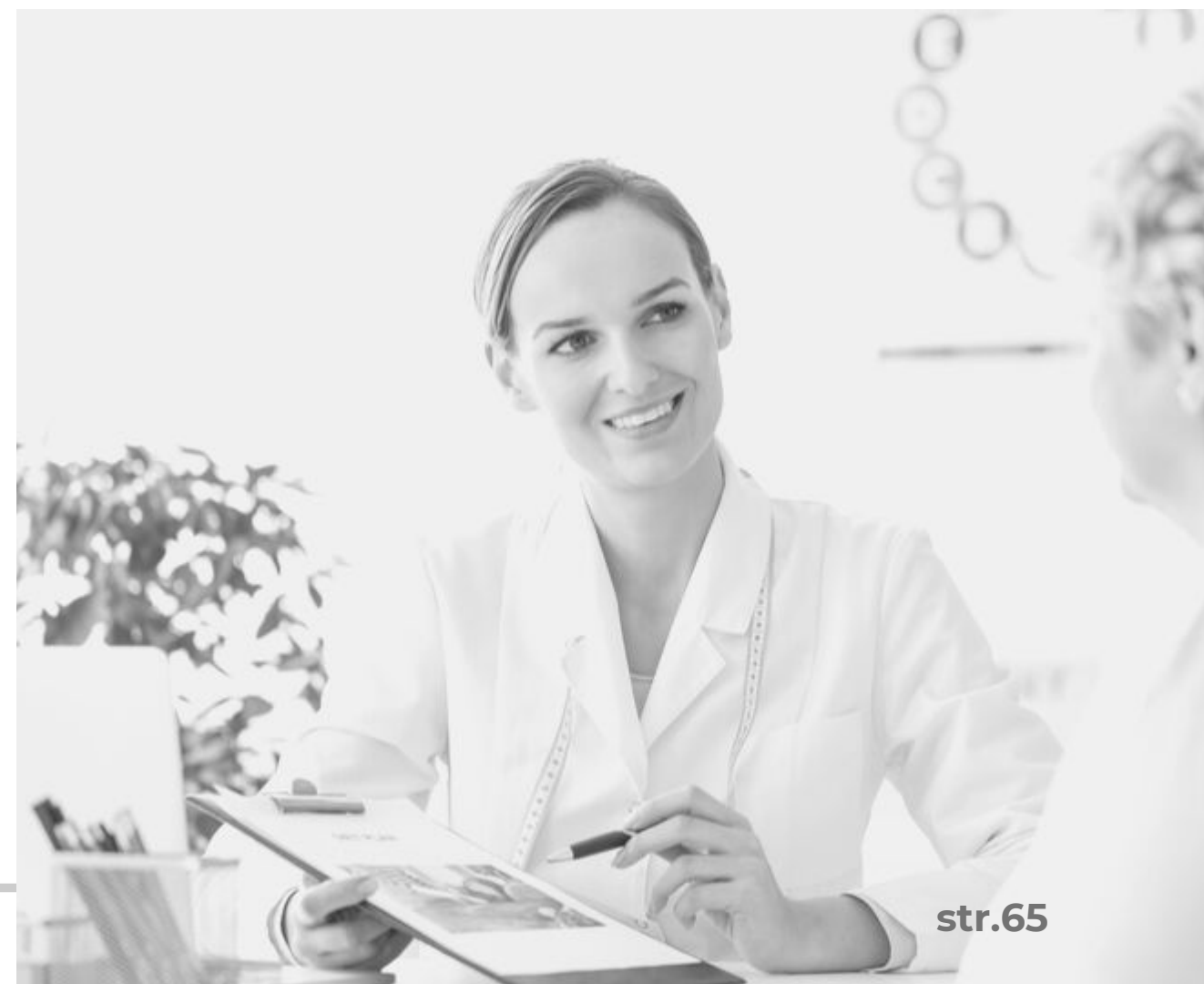


4.1.1

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

LEKARZE DIABETOLOGDZY WYNIKI

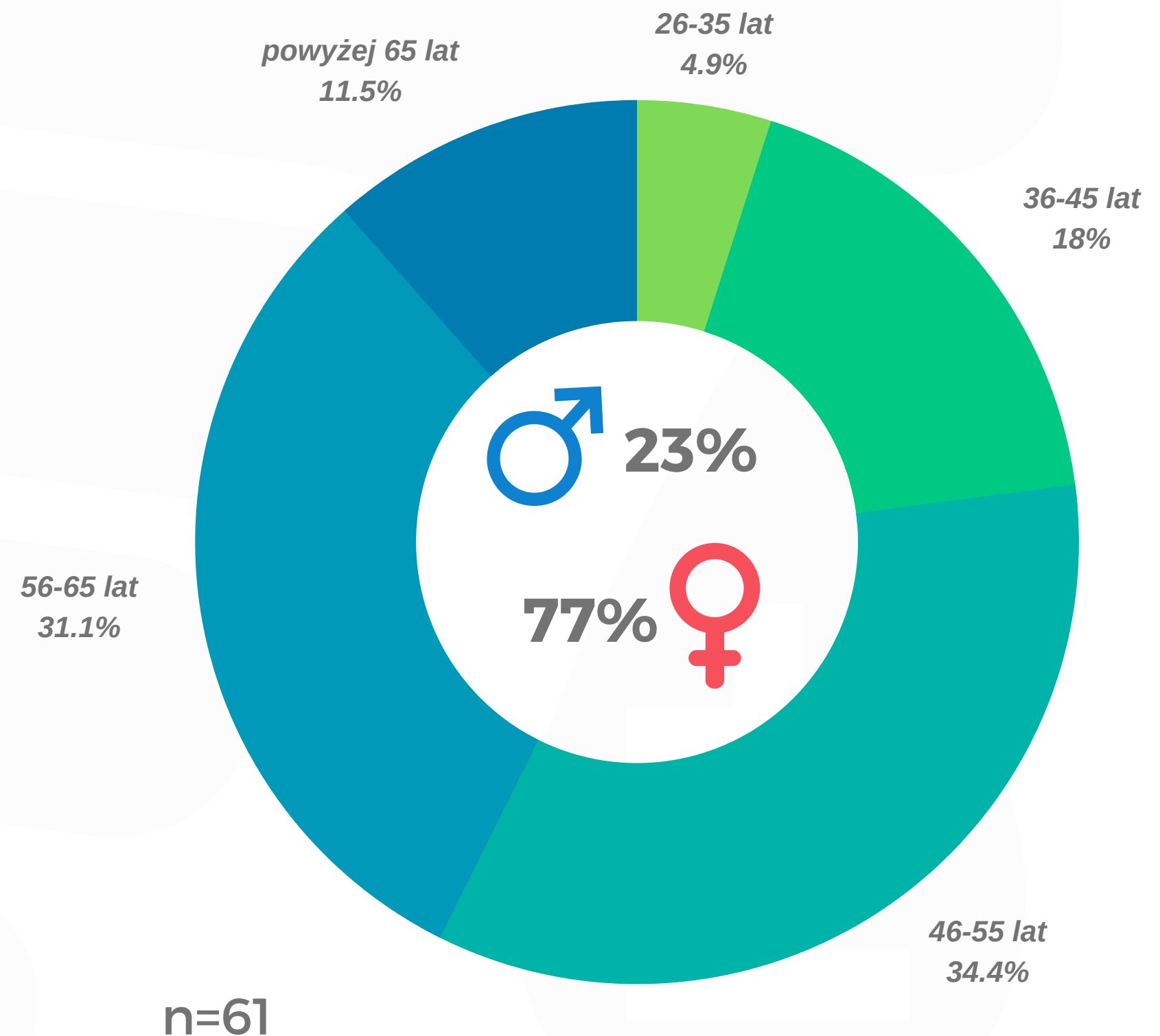
NHS 2020 - Improving Healthcare



LEKARZE DIABETOLODZY WYNIKI

Z **61** lekarzy, którzy wzięli udział w ankiecie **47** to kobiety (**77%**), a **14** lekarzy to mężczyźni (**23%** ankietowanych). Największą grupę stanowili lekarze diabetolodzy w przedziale wiekowym **46-55** lat (**34,4%**) ankietowanych. Prawie równie liczną grupą byli lekarze w przedziale wiekowym między **56** a **65** lat. Lekarze poniżej **35** lat, którzy wzięli udział w ankiecie stanowili **4,9%**.

Ankietowani lekarze diabetolodzy pochodzili z **14** województw. Najliczniejszą grupą byli lekarze z województwa małopolskiego - **12** lekarzy co stanowiło **19,7%** ankietowanych. W ankiecie nie wzięli udział żaden lekarz z województwa opolskiego i warmińsko-mazurskiego.



Wykres 64. Wiek ankietowanych lekarzy

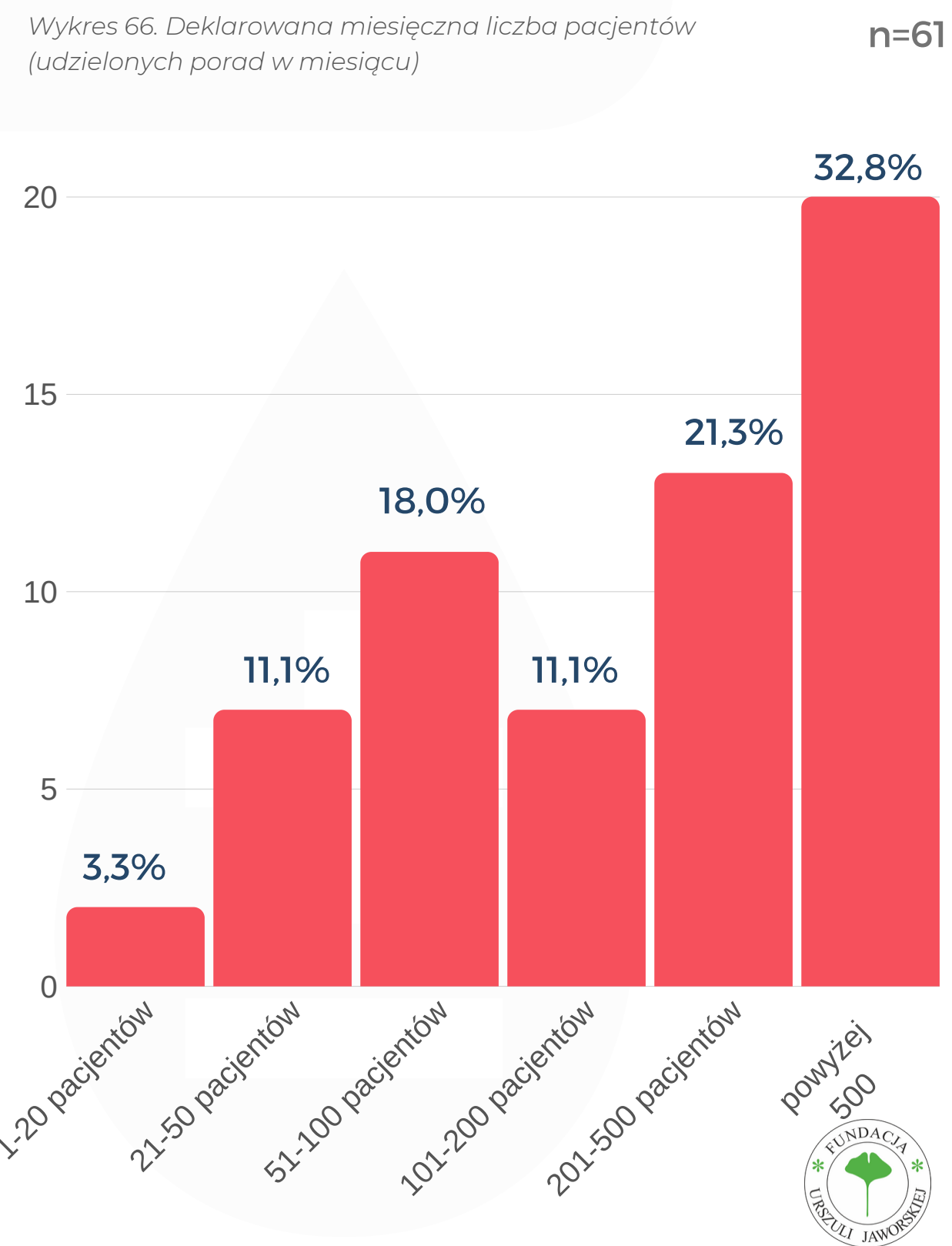
„Czy zajmuje się Pan/Pani leczeniem pacjentów diabetologicznych?”



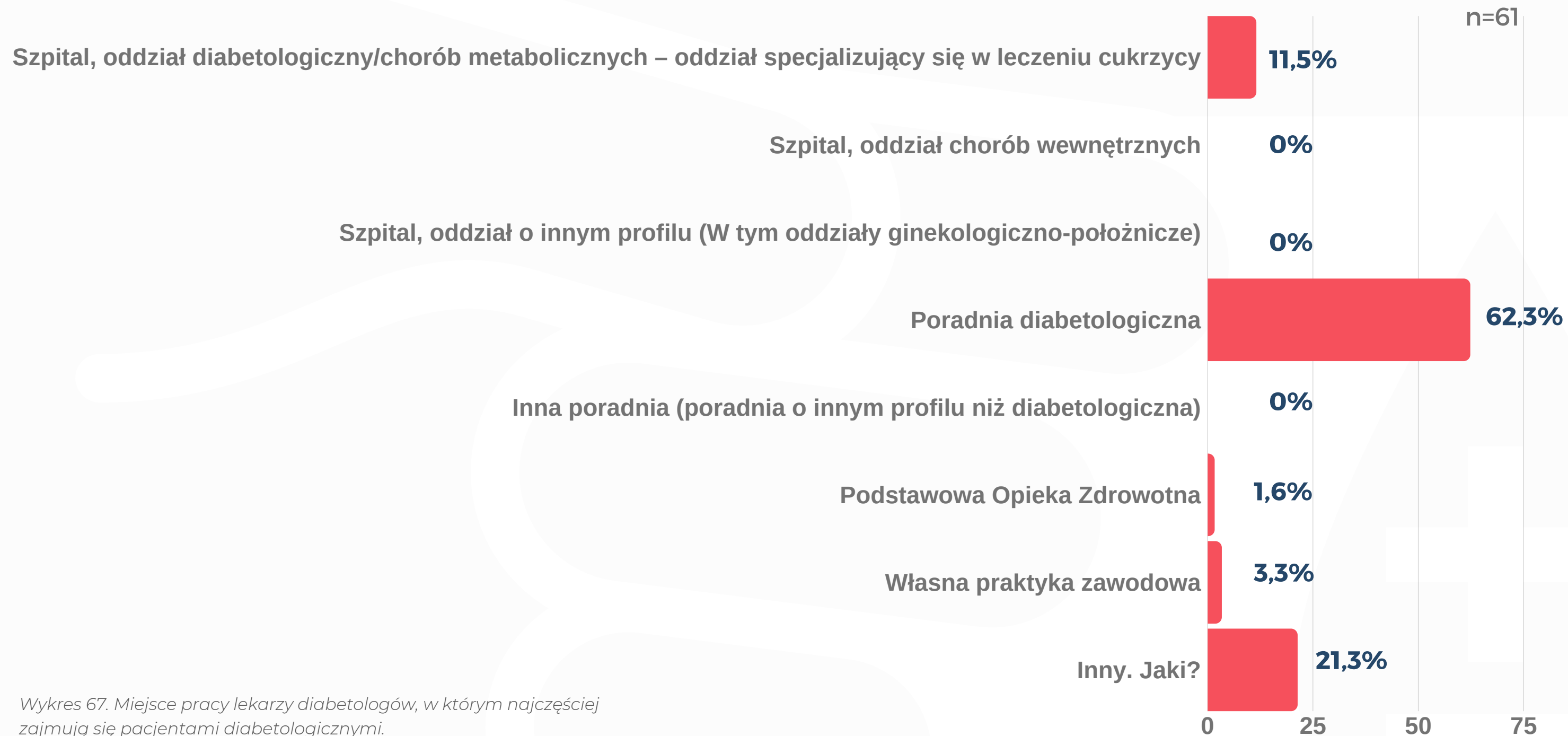
Wykres 65. Leczenie pacjentów diabetologicznych

„Ilu miesięcznie przyjmuje (udziela porady) Pan/Pani pacjentów z cukrzycą?”

Największą grupę, aż **20** respondentów (**32,8%**) stanowili lekarze, którzy szacowali liczbę udzielanych porad w miesiącu na ponad **500**,



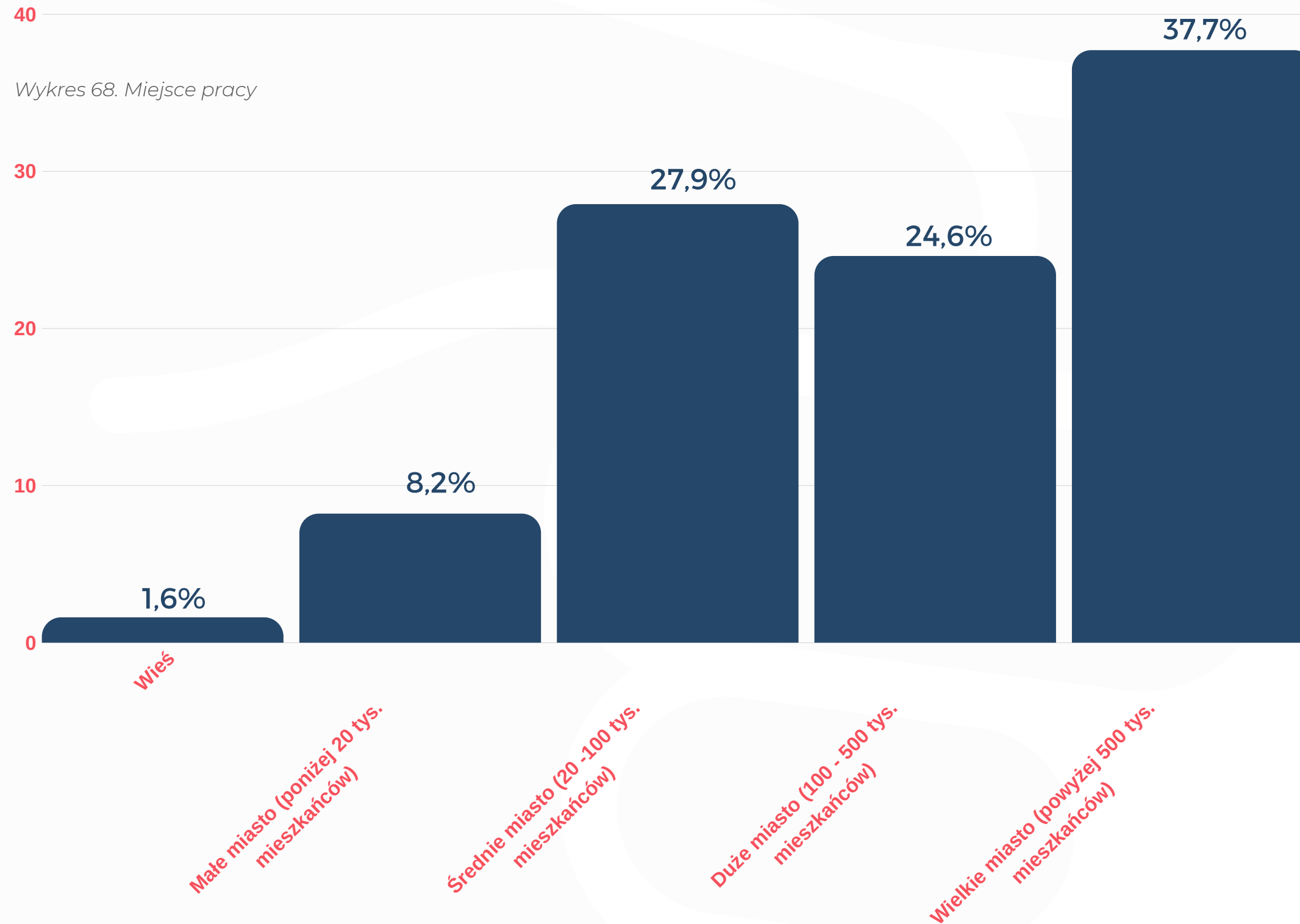
"Miejscem pracy, w którym zajmuje się Pan/Pani opieką nad pacjentem z cukrzycą jest:"



Wykres 67. Miejsce pracy lekarzy diabetologów, w którym najczęściej zajmują się pacjentami diabetologicznymi.

Dla większości lekarzy głównym miejscem pracy, w którym opiekują się pacjentem diabetologicznym jest poradnia diabetologiczna (**62,3%**). Tylko dla **11%** lekarzy jest to szpital. Ponad **21%** lekarzy wskazało, że opiekuje się pacjentami w różnych miejscach i nie są w stanie wskazać jednego.

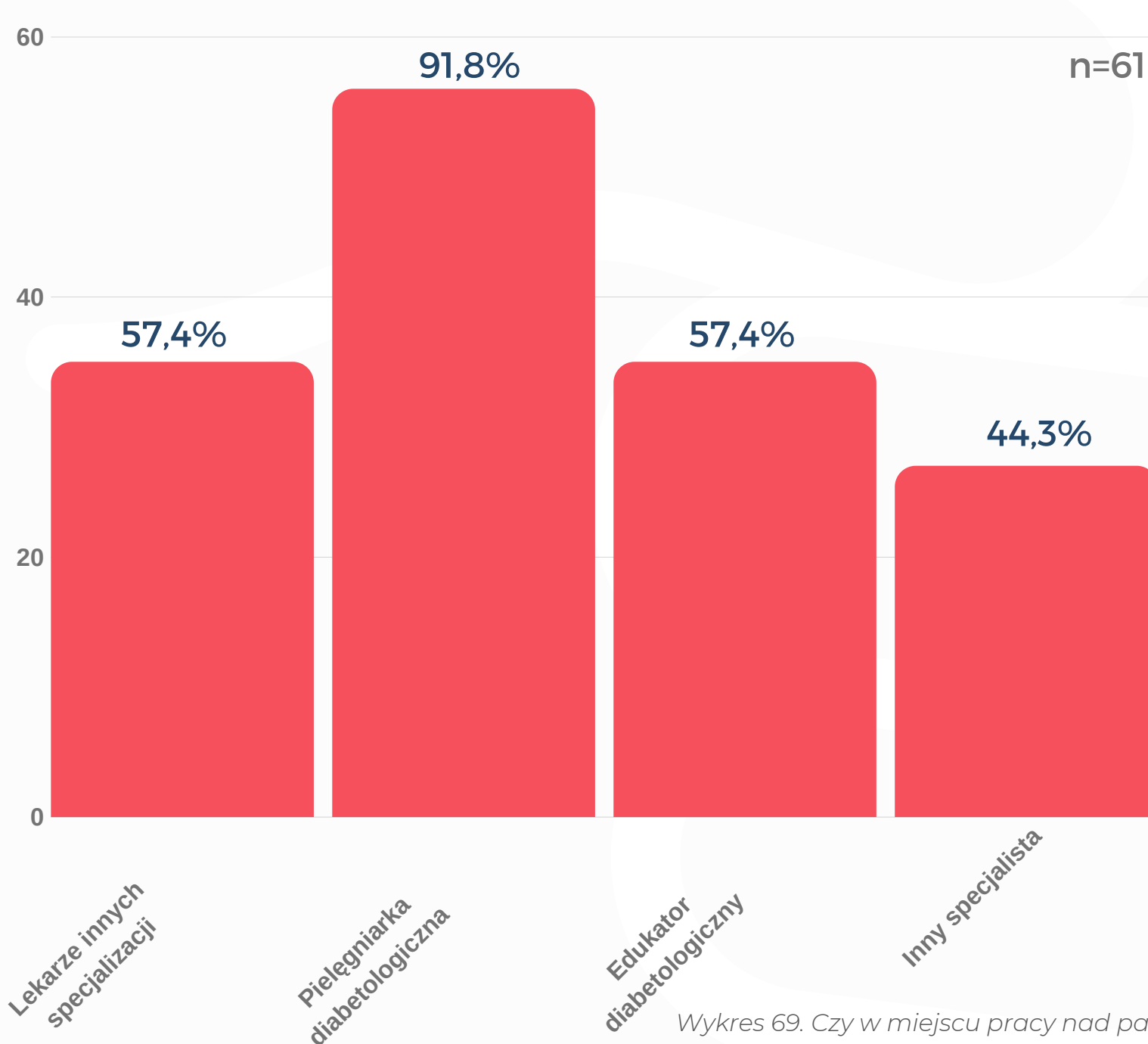
"Pana/Pani miejsce pracy związane z opieką nad pacjentami z cukrzycą znajduje się w:"



n=61

Poproszeni o wskazanie miejsca pracy lekarze diabetolodzy najczęściej odpowiadali, że jest to wielkie miasto powyżej **500 tys.** mieszkańców. Była to grupa **23** lekarzy co stanowiło **37,7%** badanych. Tylko jeden lekarz diabetolog wskazał, że zajmuje się pacjentami z cukrzycą pracując na wsi.

"Czy w miejscu pracy, w którym obecnie zajmuje się Pan/Pani leczeniem pacjentów z cukrzycą, w opiekę nad pacjentem poza lekarzem diabetologiem zaangażowane są również inne osoby (opieka kompleksowa)?" **możliwa więcej niż jedna odpowiedź**



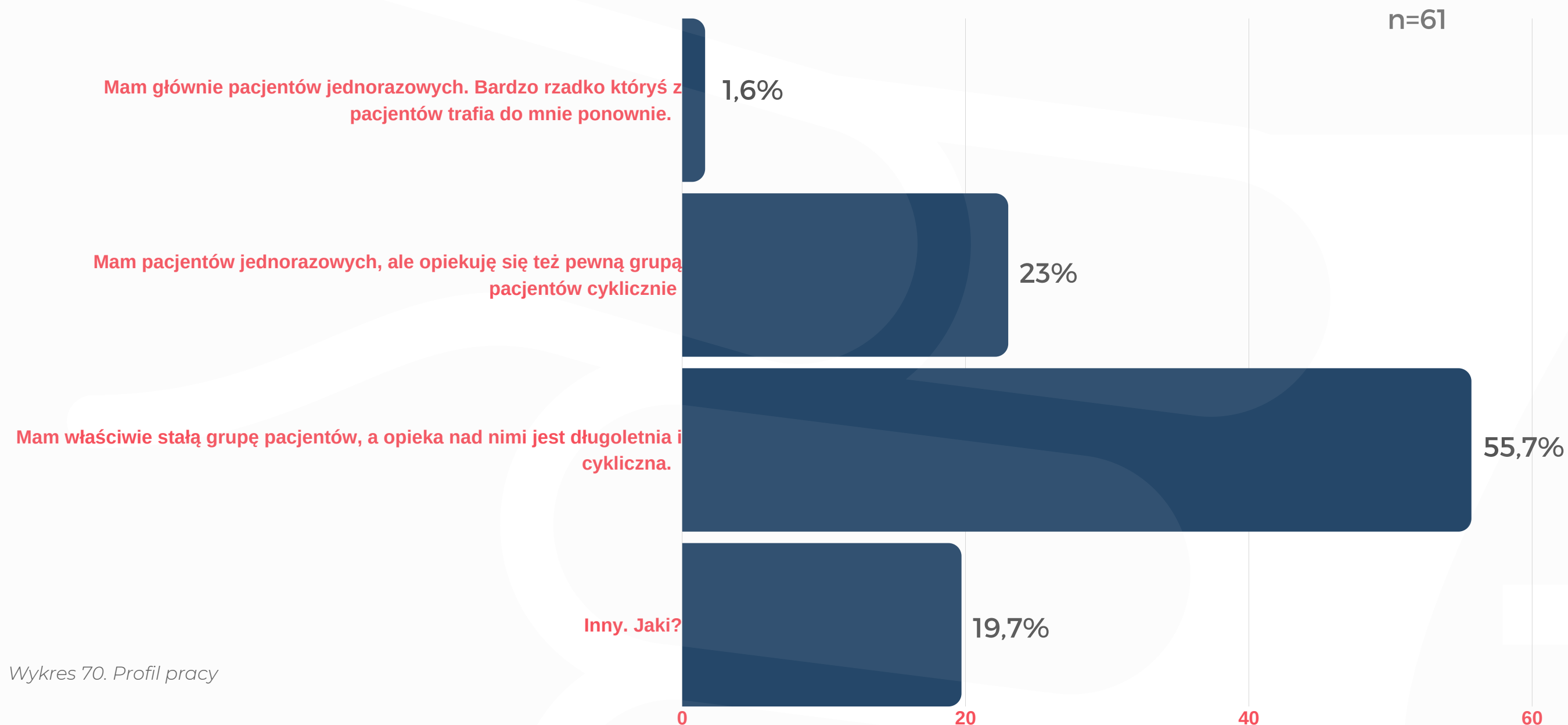
Wykres 69. Czy w miejscu pracy nad pacjentem z cukrzycą zaangażowane są inne osoby

**Inny specjalista
n=27**

Liczba odpowiedzi

Dietetyk	19
Psycholog	8
Podolog	3
Pielęgniarka chirurgiczna	0
Rehabilitant	1
Neurolog	1
Nie, tylko ja	1

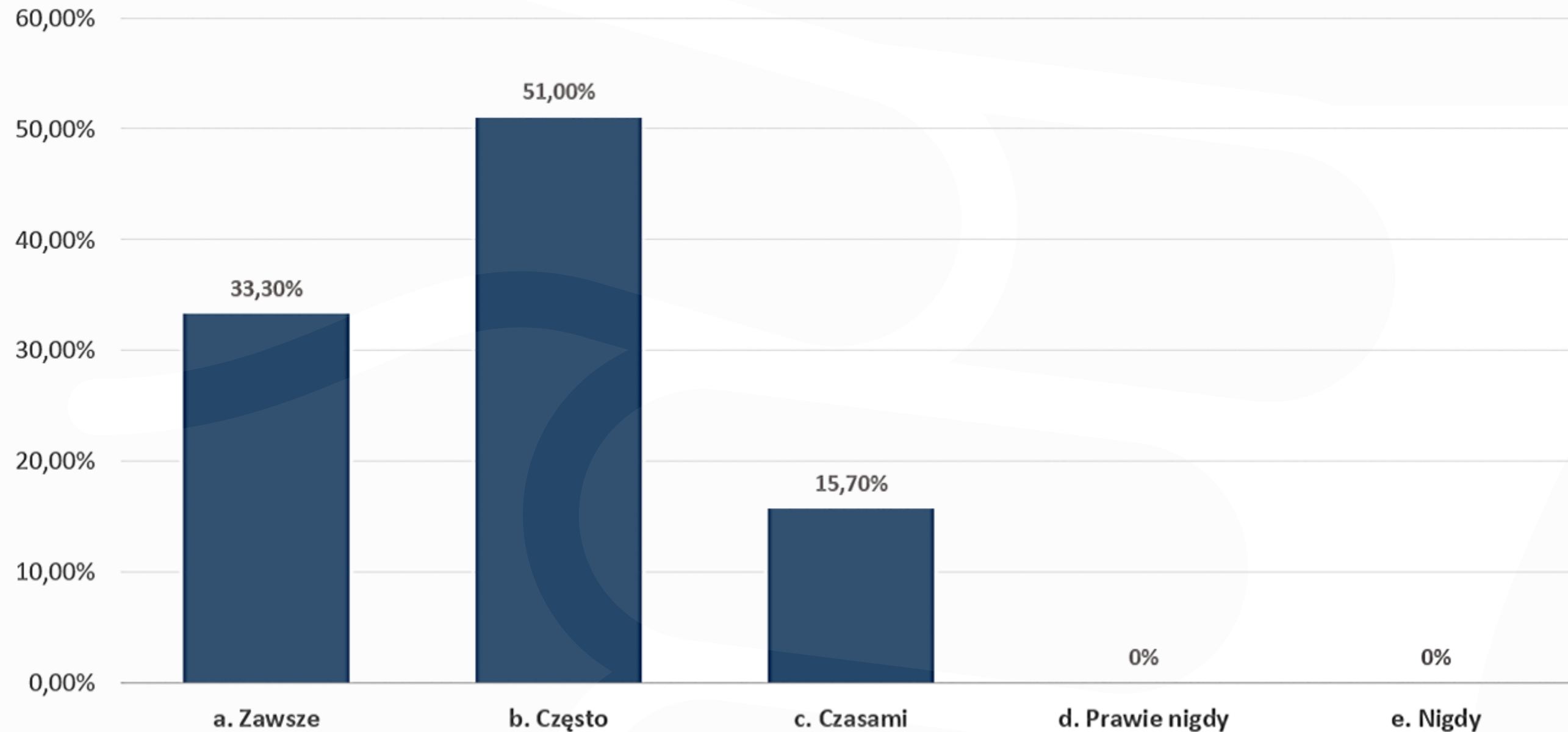
"Proszę zaznaczyć, które stwierdzenie najbardziej oddaje profil Pana/Pani pracy."



Wykres 70. Profil pracy

Większość lekarzy - prawie **56%** odpowiedziało, że ma stałą grupę pacjentów, a opieka nad nimi jest długoletnia i cykliczna. Prawie **20%** lekarzy wybrało odpowiedź „Inny” profil pracy, uszczegóławiając: główną grupę stanowią kobiety w ciąży, dorośli młodzi pacjenci z cukrzycą **typu 1** lub pacjenci świeżo zdiagnozowani.

"Jak często w doborze terapii dla pacjenta bierze Pan/Pani pod uwagę opinię pacjenta?"



Wykres 71. Opinia pacjenta w doborze terapii

84,3% ankietowanych lekarzy diabetologów odpowiedziało, że zawsze lub często bierze pod uwagę opinię pacjenta, natomiast **15,7%**, że czasami. Odpowiedzi "nigdy" i "prawie nigdy" nie udzielił żaden z pytanych lekarzy.

4.1.2

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**LEKARZE
DIABETOLOGDZY
WNIOSKI**

NHS 2020 - Improving Healthcare



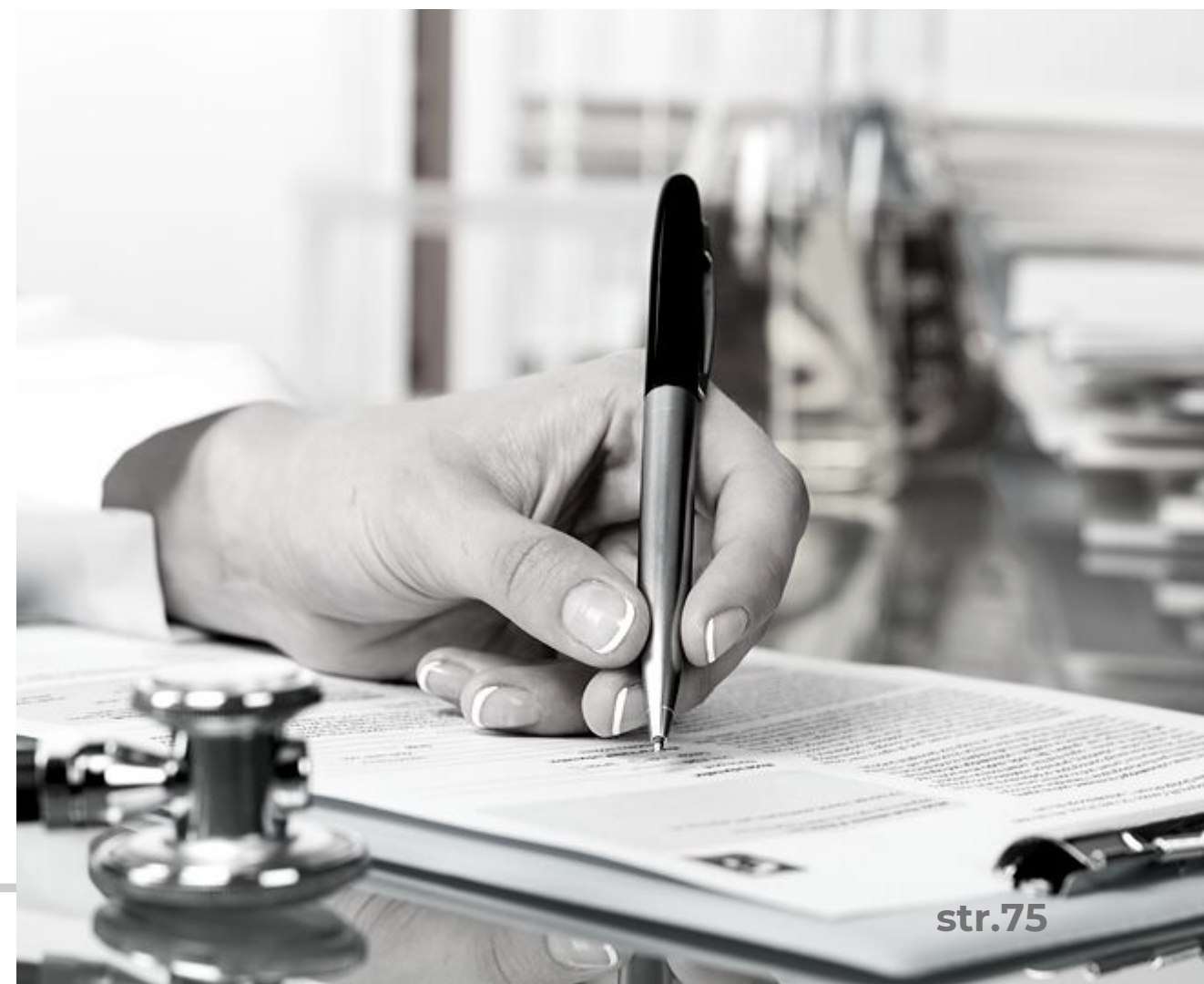
LEKARZE DIABETOLOGI WNIOSKI

- Aż **90%** lekarzy diabetologów prowadzi pacjentów diabetologicznych w w wielkich, dużych i średnich miastach.
- Ponad połowa lekarzy diabetologów oszacowała liczbę konsultowanych pacjentów z cukrzycą w miesiącu na więcej niż **200** osób.
- Większość lekarzy diabetologów potwierdza, że udział w leczeniu pacjentów z cukrzycą biorą lekarze innych specjalizacji, pielęgniarki diabetologiczne, edukatorzy oraz inni profesjonaliści, w tym najczęściej dietetyk i psycholog.
- Ponad **84%** lekarzy diabetologów w ustalaniu postępowania terapeutycznego bierze pod uwagę zdanie pacjenta.

4.2

LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

NHS 2020 - Improving Healthcare



4.2.1

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**LEKARZE
POZ
WYNIKI**

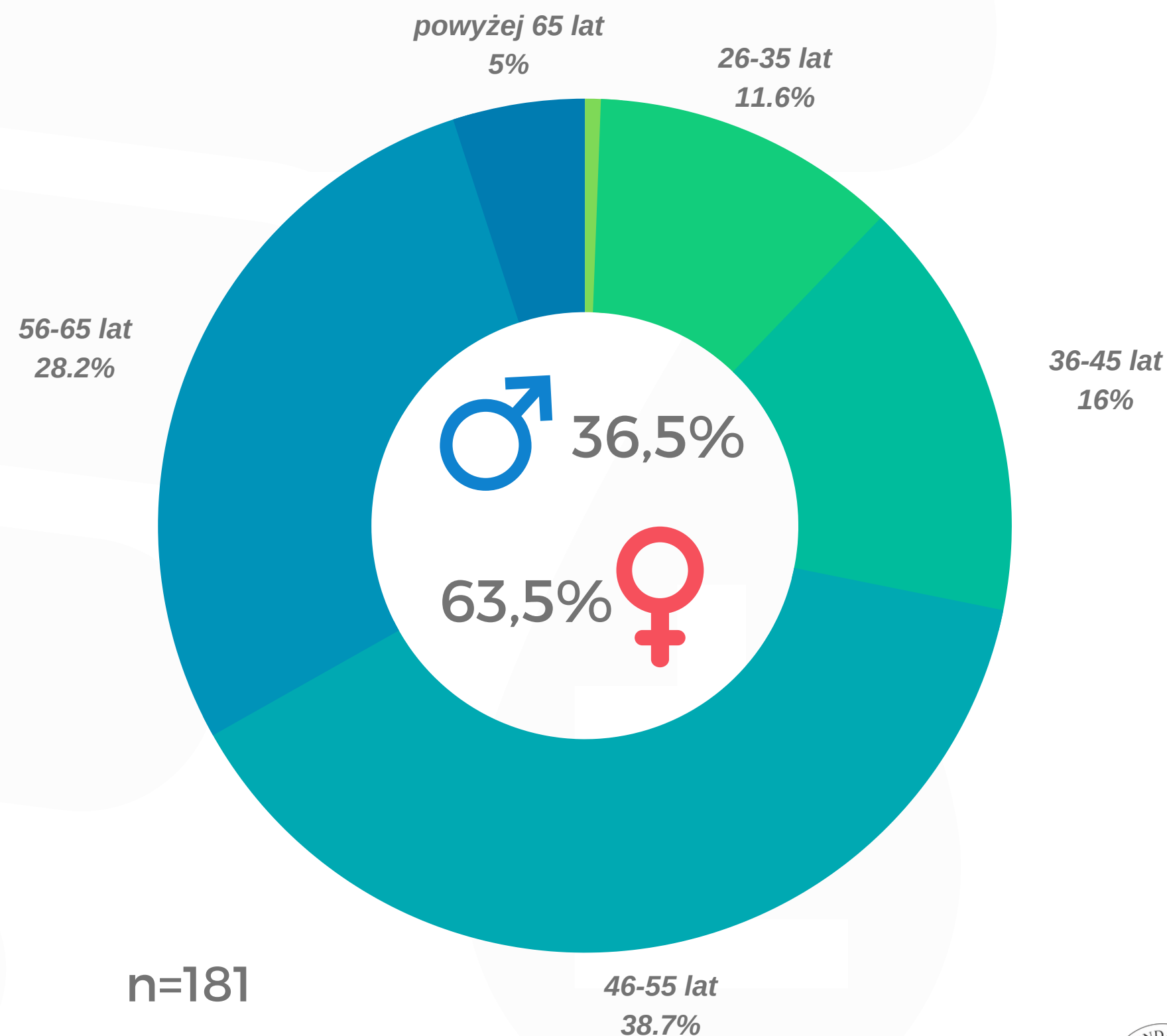
HS 2020 - Improving Healthcare



LEKARZE POZ WYNIKI

Z **181** lekarzy pracujących w POZ, którzy wzięli udział w ankiecie **115** to kobiety (**63,5%**), a **66** lekarzy to mężczyźni (**36,5%** ankietowanych). Największą grupę stanowili lekarze w przedziale wiekowym **46-55** lat (**38,7%**). Prawie równie liczna grupa lekarzy, ponad **28%** była w przedziale wiekowym między **56** a **65** lat.

Ankietowani lekarze pochodzili z **15** województw. Najliczniejszą grupę stanowili ankietowani z województwa mazowieckiego (**27,1%**) badanych lekarzy. W ankiecie nie wzięli udziału żaden lekarz z województwa opolskiego.



Wykres 72. Wiek ankietowanych lekarzy

Z **181** respondentów, którzy wzięli udział w ankiecie skierowanej do lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), **135 (74,6%)** stanowili lekarze specjaliści medycyny rodzinnej oraz **46 (25,4%)** lekarze innej specjalności. Spośród **135** lekarzy medycyny rodzinnej, którzy wskazali dodatkową specjalizację, było **67** lekarzy z jedną dodatkową specjalizacją, natomiast **5** lekarzy wskazało, że posiada dwie dodatkowe specjalizacje. Wśród pozostałych **46** lekarzy pracujących w POZ niebędących lekarzami rodzinnymi tylko **29** wskazało jaką posiadają specjalizację. **21** z nich było specjalistami chorób wewnętrznych. Posiadanie aktywnej listy pacjentów POZ wskazało **168** lekarzy, co stanowiło **92,8%** ankietowanych. Prawie **99%** ankietowanych lekarzy pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej zadeklarowało, że w swojej praktyce lekarskiej ma pacjentów diabetologicznych.

Jedna dodatkowa specjalizacja

Rodzaj specjalizacji	Ilność lekarzy danej specjalizacji
Choroby wewnętrzne	28
Pediatra	18
Interna	7
Ortopedia	2
Choroby zakaźne	2
Diabetolog	2
Otolaryngologia	1
Choroby płuc	1
Kardiologia	1
Medycyna Paliatywna	1
Ginekolog-położnik	1
Nefrologia	1
Chirurgia ogólna	1
Medycyna Pracy	1

Dwie dodatkowe specjalizacje

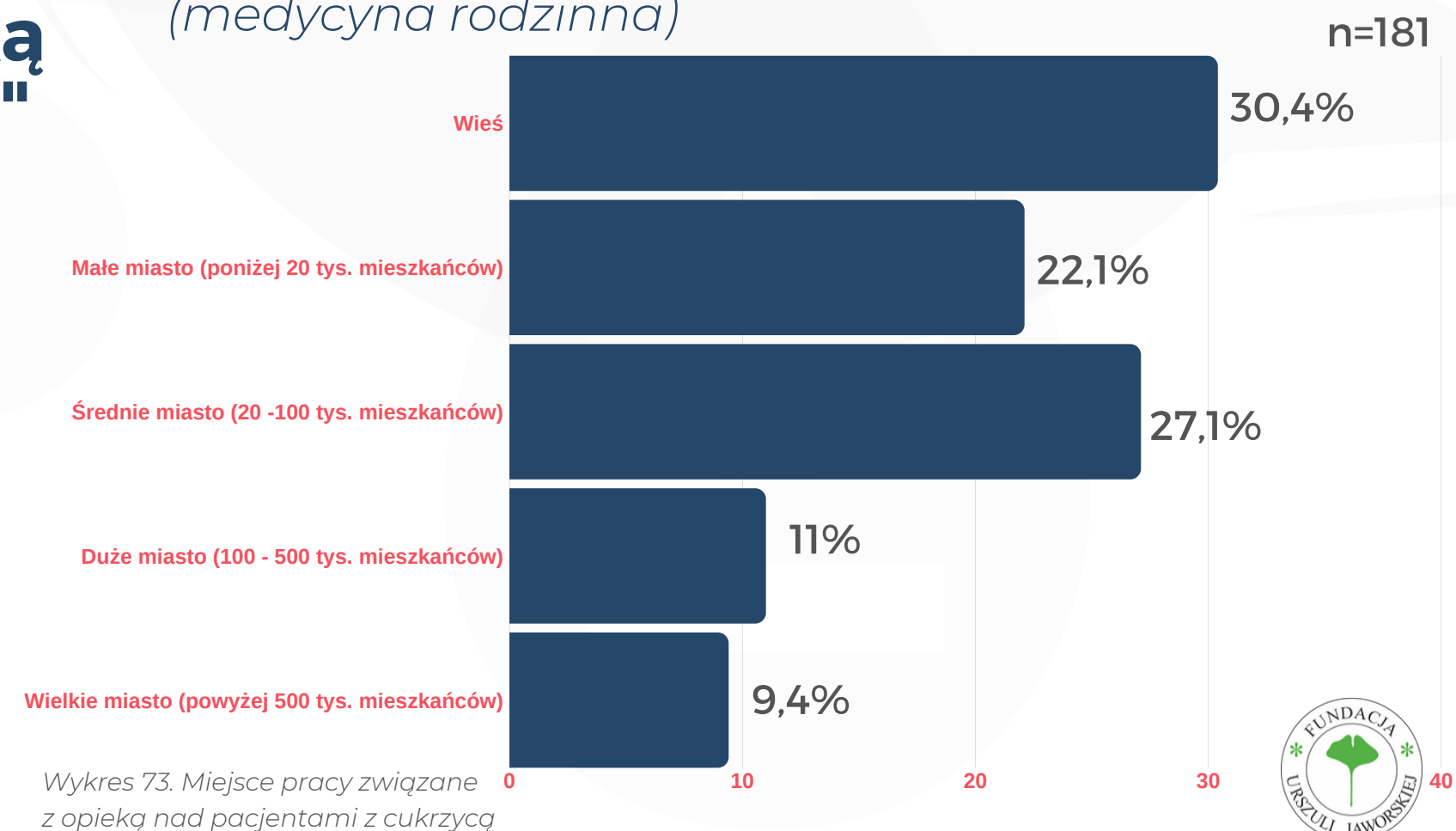
Rodzaj specjalizacji	Ilność lekarzy danej specjalizacji
Choroby wewnętrzne + geriatrya	2
Choroby wewnętrzne + interna	1
Choroby wewnętrzne + reumatologia	1
Choroby wewnętrzne + medycyna pracy	1
Interna + medycyna pracy	1
Medycyna ogólna + pediatria	1

"Pana/Pani miejsce pracy związane z opieką nad pacjentami z cukrzycą znajduje się w:"

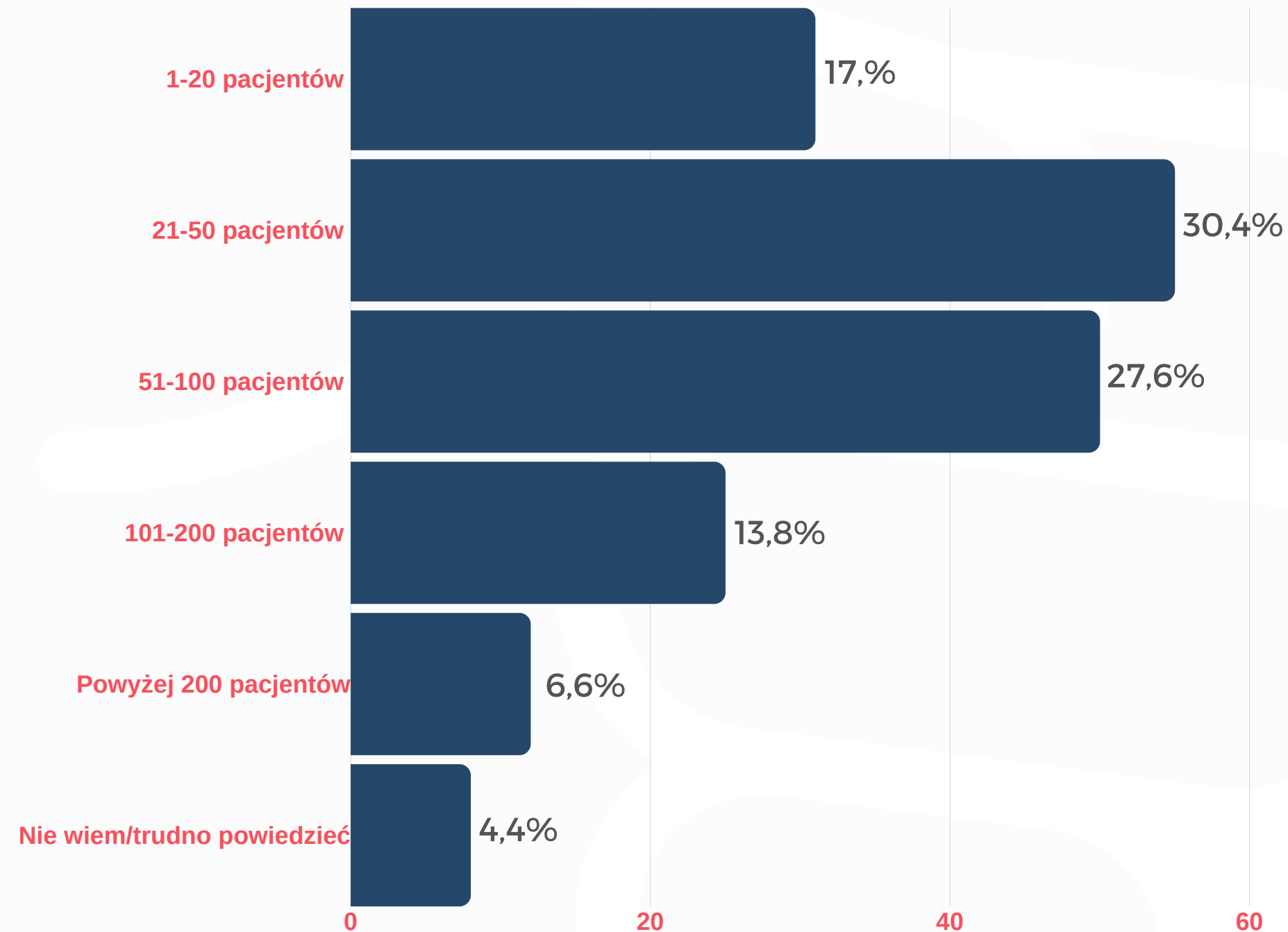
Poproszeni o wskazanie miejsca pracy, lekarze POZ najczęściej wskazywali, że jest to wieś. Odpowiedzi takiej udzieliło **55** lekarzy, co stanowiło **30,4%** badanych. Dużą grupę stanowili również lekarze POZ pracujący w małych (do **20 tys.** mieszkańców) i średnich miastach (miedzy **20-100 tys.** mieszkańców). Było to odpowiednio **22,1%** i **27,1%** respondentów. Najmniej liczną grupę stanowili lekarze POZ pracujący w wielkich miastach powyżej **500 tys.** mieszkańców (**9,4%** badanych lekarzy).

Lekarze innej specjalizacji

Rodzaj specjalizacji	Ilność lekarzy danej specjalizacji
Choroby wewnętrzne	21
Ortopedia	1
Radiologia	1
Medycyna pracy	1
Pediatria	1
Endokrynologia	1
Anestezjologia	2
W trakcie specjalizacji (medycyna rodzinna)	1



"Jeśli jest Pan/Pani w stanie oszacować ilu miesięcznie przyjmuje (udziela porady) pacjentów z cukrzycą. Prosimy o podanie przybliżonej wartości."



n=181

Wykres 74. Ilość pacjentów z cukrzycą

Największą grupę (**105** respondentów) stanowili lekarze, którzy szacowali liczbę udzielanych porad pacjentom w miesiącu w przedziale od **20** do **100** (**58%**). **25** lekarzy oceniło liczbę pacjentów diabetologicznych w miesiącu w przedziale **101-200** osób, a aż **12** lekarzy na więcej niż **200** pacjentów w miesiącu.

„Czy stosuje Pan/Pani u swoich pacjentów narzędzia do monitorowania przebiegu cukrzycy?”

W odpowiedzi na pytanie „Czy stosuje Pan/Pani u swoich pacjentów narzędzia do monitorowania przebiegu cukrzycy u pacjenta?”, aż **97,8%** badanych lekarzy odpowiedziało, że tak.

4.2.2

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**LEKARZE
POZ
WNIOSKI**

NHS 2020 - Improving Healthcare



W N I O S K I

- Ponad **50%** lekarzy POZ prowadzi pacjentów z cukrzycą w placówkach na wsiach i małych miastach.
- Około **60%** lekarzy POZ oszacowało liczbę konsultowanych pacjentów z cukrzycą w miesiącu od **20** do **100** osób.
- Aż **98%** lekarzy POZ korzysta z narzędzi do monitorowania przebiegu cukrzycy u swoich pacjentów.

4.2.3

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**LEKARZE
POZ**

KOMENTARZ



LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zespół Centrum
Medyczno-Diagnostycznego
w Siedlcach:

**dr Mateusz
Kraska** (lekarz POZ)

**Jolanta
Kalicka**
(pielęgniarka)

**Beata
Grochowska**
(edukator/
pielęgniarka)

**Teresa
Borkowska**
(dietetyk)

**Agnieszka
Godzińska**
(studentka
pielęgniarstwa)

**Iwona
Grabarczyk** (dział
rozliczeń)

Maciej Prusaczyk

W ramach komentarza przedstawiamy podsumowanie panelu fokusowego "Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ)".

Opis problemu klinicznego

Cukrzyca jest wzrastającym problemem klinicznym wśród polskich pacjentów. Szczególnie cukrzyca **typu 1** stanowi złożony problem, wymagający podejścia wielodyscyplinarnego. Choroba jest przewlekła i doprowadza do licznych powikłań wielonarządowych. Koszty rodzinne, społeczne, koszty leczenia ze strony podatnika są ogromne. Wyzwania opieki nad pacjentem z cukrzycą są kluczowe dla uzyskania poprawy wyników leczenia w innych obszarach np. onkologii, kardiologii, psychiatrii. Zmniejszenie i opóźnienie negatywnych konsekwencji przebiegu choroby wpłynęłoby na wielomiliardowe oszczędności dla systemu opieki. Środki te mogłyby być wykorzystane na zdarzenia profilaktyczno-prewencyjne, oparte głównie na edukacji i wzmocnieniu pacjenta lub wykorzystane dla rehabilitacji i leczenia powikłań u pacjentów w późnych stadiach chorobowych. W obecnym systemie opieki brak jest elastycznego programu opieki uwzględniającego specyfikę i złożoność postępowania z pacjentem z cukrzycą.

Cel

Poprawa jakości i efektywności opieki poprzez: Zbudowanie projektu kontraktu zwiększającego wartości opieki nad pacjentem diabetologicznym w mierzalny sposób (poprawa wyników- outcomes (Out)) wraz ze wzrostem doświadczenia pacjenta (PE) poprzez optymalizację nakładów/wydatków kosztowych maksymalnie w postaci inwestycji w zdrowie (część profilaktyczna) oraz minimalizację kosztów bezpośrednich i pośrednich (C) powikłań.

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

Metoda

- Dopasowanie organizacyjne modelu świadczeń Diab_OK dla pacjentów i personelu
- Zbudowanie nowoczesnych narzędzi koordynacji opieki (IT, komunikacja)
- Możliwość kooperacji personelu z AOS, POZ i Szpitalami
- Umożliwienie pacjentom diabetologicznym z innymi równoczesnymi problemami skorzystania z różnych równoległych i wieloprofilowych form opieki, np. KOSM, KONS, POZ+ itp.)
- Modułowość rozliczeń (unikanie podwójnego finansowania świadczeń z jednoczesną akceptacją integracji danych przez NFZ pochodzących z różnych źródeł – To jest wykorzystywanie wszystkich danych o pacjentach (wyników, konsultacji i badań diagnostycznych) pochodzących z różnych źródeł, a wpływających na wzrost jakości opieki.

Problemy aktualne

- Brak Dyspanseryzacji - brak trwałej identyfikacji pacjentów z Cukrzycą w POZ/AOS
- Brak Stratyfikacji - brak informacji w dokumentacji jednoznacznych kryteriów oceny st. zaawansowania klinicznego, a przez to brak możliwości ustalenia przewidywanych nakładów i kosztów na realizację opieki adekwatnej do grupy stratyfikacyjnej.

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

PROBLEM

- Brak dyspanseryzacji pacjenta w POZ.

- Niedobór środków na diagnostykę ankiety/badania przesiewowe w POZ.

- Brak planu opieki/indywidualnego planu postępowania zdrowotnego opracowanej przez lekarza/zespół prowadzący w POZ/ KAOS.

- „Szttywne interwały w KAOS-Diab.”

- Brak wzmocnienia postaw pacjentów i ich rodzin w realizacji samoopieki.

USZCZEGÓLOWIENIE

- Identyfikacja pacjentów podwyższonego ryzyka diabetologicznego i chorych.

- Możliwość wykonania tych badań w momencie podejrzenia choroby lub w trakcie badań przesiewowych co 5 lat.

- Brak zbioru podstawowych danych w 1 miejscu o wykonaniu badań przesiewowych, ich wynikach i konkluzji klinicznej co do dalszego postępowania.

- Likwidacja interwałów (cykl roczny; elastyczność interwałów).

- Pozostawienie pacjenta ze swoimi problemami - zbyt mała edukacja. Niewykorzystanie potencjałów zespołów POZ, AOS i ośrodków szpitalnych.

PROPOZYCJA ROZWIĄZANIA

- Powstanie informacji dostępnej dla uprawnionych medyków/podmiotów w systemie dostępne np. w IKP o konkretnym problemie klinicznym. Udostępniane za zgodą pacjenta.

- Wykonywanie badań przesiewowych CHUK co 5 lat oraz w momencie podjęcia takiego podejrzenia.

- Powstanie takiej informacji w e-dokumentacji pacjenta (ZIP, IKP lub podobne).

- Zamiana sztywnej ilości dni trwania interwału na proponowaną liczbę zdarzeń/rok.

- Umożliwienie współpracy przez innych profesjonalistów medycznych

METODA

- Ankiety i Badania przesiewowe wykonywane przez zespoły POZ. Maksymalne przeniesienie możliwości pracy na niższy poziom kompetencji (tam, gdzie jest to możliwe - pielęgniarka, koordynator, edukator).

- Wykonanie badania z możliwością transmisji danych z i do SIMPW wzbogacenie dzisiejszego panelu badań CHUK.

- Wprowadzanie informacji przez osoby prowadzące przypadek pacjenta.

- Dopasowanie proponowanej liczby zdarzeń do stanu klinicznego pacjenta (stratyfikacji), jego dynamiki. Sprawozdawanie zdarzeń jednostkowych do systemu.

- Koordynacja działań różnych profesjonalistów. Zbudowanie możliwości realizacji subkontraktów poprzez Podmioty POZ/ AOS lub współuczestnictwo samodzielne w łańcuchu opieki.

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

PROBLEM

- Trudności logistyczne związane z możliwością realizacji części zadań lokalnie a nadzorem kompleksowo, w skoordynowany sposób (w ośrodku koordynacji).
- Brak koordynacji - możliwości finansowych i organizacyjnych koordynacji opieki przez lekarzy POZ dla pacjentów z cukrzycą
- Brak odpowiedniego elastycznego kontraktu NFZ pozwalającego na integrację i współpracę zespołu POZ z AOS

USZCZEGÓLOWIENIE

- Brak możliwości realizacji świadczeń u różnych świadczeniodawców (ze względu na miejsce zamieszkania - proste badania, długie podróże dużym utrudnieniem dla cukrzyków, szczególnie dzieci).
- Brak finansowania zdarzeń diagnostyczno-edukacyjno-leczniczych w ramach stawki kapitałowej.
- Oddzielnie rozliczany program POZ (minus) oraz skrajnie schematyczny KAOS, oraz limitowany AOS diabetologia.

PROPOZYCJA ROZWIĄZANIA

- Możliwość realizacji części badań w lokalizacji wybranej przez pacjenta.
- Finansowanie wystandaryzowanych procedur diagnostyczno-leczniczych w zależności od kwalifikacji pacjenta do adekwatnej grupy stratyfikacyjnej.
- Nadal programy z dziedziny POZ/AOS/KAOS o różnym stopniu zaawansowania koordynacji.

METODA

- Rozliczanie kosztów badań przez zlecającego. Otrzymywanie wyników przez wszystkich uczestników opieki np. ZIP, IKP, itp.
- Dwukierunkowa transmisja danych. Od świadczeniodawcy i do świadczeniodawcy. Sprawozdawczość indywidualna.
- Opieka w ramach programu ogólnego POZ(POZ+) z jednoczesną realizacją opieki w ramach programów dziedzinowych np. KONS, KOSM.

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

Problemy - w dzisiejszym POZ, AOS i KAOS - Diabetologia:

- Brak możliwości przepływu wyników badań i diagnostyki między świadczeniodawcami a jednostką prowadzącą (czyli tam, gdzie lekarz diabetolog).
- Pytanie do kogo jest/byłby skierowany program i czy może być bardziej personalizowany szczególnie względem wieku, bo obecny odpowiada tylko osobom starszym z niedożywieniem, a młodszym skutecznie utrudnia życie.
Program nieadekwatny dla wszystkich grup wiekowych pacjentów.
- W mieście i na wsi jest inne podejście pacjentów: w mieście współpracują bardziej, na wsi nie chcą współpracować i chodzić na wizyty, nie chcą słyszeć o diecie.
- HbA1c – Zalecenia NFZ, a praktyka wykonania w POZ. Kiedy poleca je zrobić NFZ (prawdopodobnie trzecia wizyta – **dlaczego tak?**), Praktyka w Centrum Medyczno - Diagnostycznym i innych podmiotach uczestniczących w pilotażu POZ PLUS – na pierwszej i trzeciej wizycie)
- Pacjent KAOS-u edukatorki ma tyle „papierologii” przed wizytą, że nie starcza czasu na edukację i pacjent bardziej przeszkadza w gromadzeniu dokumentacji niż jest tam potrzebny - potrzebna nakładka na system generująca podsumowanie wyników badań i stanu zdrowia pacjenta od wszystkich świadczeniodawców.

- INDYWIDUALNY PLAN OPIEKI MEDYCZNEJ

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

Proponowane rozwiązania:

- Ustalenie jednostki prowadzącej pacjenta (**koordynującej proces leczenia**).
- Odejście od sztywnej liczby wizyt KAOS.
- Włączenie konsultacji dietetycznych + edukacji do wizyt KAOS – decyzja lekarza czy stan pacjenta wymaga badań przedmiotowych, czy nie (czy może je robić pielęgniarka?)
- Połączenie konsultacji dietetycznych z edukacją, żeby pacjenci nie unikali dietyka – **poprawa i utrzymanie zaleceń dietetycznych**.
- Pierwsza wizyta kwalifikująca, jeśli pozytywna to rozliczana jako KAOS, a jeśli negatywna jako AOS.
- **Wsparcie psychologa** (wzmocnienie motywacji do utrzymywania diety, zmiany nawyków, nauki sposobu życia z ograniczeniami wynikającymi z choroby – w szczególności dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 1 i będących na pompach insulinowych) – dodanie psychologa do wizyt KAOS.
- **Jednoznaczne przypisanie pacjenta do programu w systemach informatycznych**, tak by nie był leczony jednocześnie w zewnętrznej poradni i KAOS.
- **Utrzymanie efektów terapii** – jeśli brak efektów (np. redukcja wagi o 8-12% w ciągu zadanego okresu to najpierw ostrzeżenie, a po kolejnym cyklu pacjent traci możliwość bycia objętym programem).
- Zejście z wytycznych odnośnie wizyt specjalistycznych, uelastycznienie zapisów od stopnia zaawansowania choroby, potrzeb pacjenta i diagnozy lekarza, bo obecnie nie wiadomo czy trzeba je robić raz na dwa lata, a w CMD i innych podmiotach uczestniczących w pilotażu POZ PLUS robi się raz na rok dla tych, którzy potrzebują i robi się także dla tych poniżej 35 roku życia i jest to zdroworozsądkowe.
- **Ułatwić zapisy do specjalistów**, bo pierwszeństwo mają np. ci z zarządzania chorobą POZ+, więc nie opłaca im się zapis do KAOS.

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

Proponowane rozwiązania:

- **Rezygnacja z obowiązkowych wizyt u specjalistów**, bo są różne potrzeby, a niektórzy realizują je przy okazji innych programów lub prywatnie.
- Do pakietu specjalistów (ale nieobowiązkowych) należy dodać nefrologa.
- Rozliczanie obecne jest za deklarację, którą bardzo trudno utrzymać ze względu na interwały (choroby pacjentów, nieobecności, korzystanie z innych świadczeniodawców).
- Proponowane rozliczanie to traktowanie pierwszej wizyty kwalifikującej (rozliczanie na jej podstawie) jako przystąpienia do programu a wszystkie pozostałe usługi na zasadzie „**Fee for service**” i opłata dla jednostki prowadzącej za koordynację leczenia (w tym może być za wystawianie rachunków lekarzom zewnętrznym). Zaangażowani specjaliści spoza tej placówki dostają swoją dolę, o którą wartość pomniejszana jest dola jednostki koordynującej.
- w **POZ +** można obecnie bardzo dobrze zadbać o pacjenta z cukrzycą typu II – **połączenie tego modelu z KAOS** Dietetyk musi odnosić sukces – potrzebne mierzenie czy pacjent osiąga zadane cele dietetyczne – inaczej rola dietetyka nie ma sensu.
- **Integracja danych informatycznych lub nowa aplikacja KAOS2**, ale z możliwością integracji w przyszłości.
- **Pacjent powinien przynieść do jednostki koordynującej zestaw badań z placówki POZ** do której jest zapisany stanowiący jego „background” medyczny. Docelowe rozwiązanie – dane te przepływają automatycznie i są dostępne od razu w jednostce koordynującej.
- **Potrzebna likwidacja interwału** i np. rozliczenie roczne za nie do końca sztywną liczbę wizyt np. od 3 do 5 i realizowanych wg zaleceń lekarza.
- Osoby będące zapisane w poradni kardiologicznej powinny móc realizować tam część specjalistyczno-kardiologiczną z KAOSu, aby nie chodzić dwa razy i nie powielać niepotrzebnie świadczeń – analogicznie z pozostałymi specjalistami.

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

Przeszkody:

- **Cukrzyca nie boli** – pacjenci nie widzą konsekwencji braku konsultacji.
- **Pacjenci i lekarze relatywizują stopień cukrzycy i umniejszą jej wagę.**
- **Są rozbieżności między tym, co mówi dietetyk a tym, co mówi lekarz** – brak jasnych wspólnych reguł, norm między członkami zespołu.
- **Brak personelu** w placówkach małych (edukatorzy, dietetycy, specjaliści).
- **Brak kontraktów ze specjalistami.**
- **Brak zespołów i być może umiejętności ich tworzenia.**
- Przepisywanie kobiet w ciąży do CHUK, po porodzie nie mają potrzeby tam być – przypisanie „na siłę”.
- **Brak jednolitego systemu informatycznego z bazą danych o pacjentach i przypomnieniami automatycznymi o uciekającym terminie interwałów (jeśli interwały mają zostać).**
- Zbyt krótki termin interwałów (90 dni, a nie 3 miesiące, nie wiadomo, jak liczyć święta).
- **Pacjenci unikają dietetyka.**
- **KAOS jest zagmatwany i nieczytelny.**

Założenia DiaB_OK - Zmiana systemu opieki nad pacjentami z cukrzycą w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) - panel fokusowy

Casusy:

1. Znaczna część pacjentów z cukrzycą **typu I**, zapisywana jest do Poradni KAOS, jako dzieci. Gdy dorosną, najczęściej zmieniają swoje miejsce pobytu z uwagi na studia. Następuje wtedy konieczność dojazdu do przychodni KAOS i stawianie się na wizyty zgodnie z wytyczonymi przez NFZ interwałami, niestety w praktyce nie zawsze jest to możliwe i tym samym tracą deklaracje do poradni KAOS.
2. NFZ rygorystycznie kontroluje wykonanie przez pacjenta zestawu badań diagnostycznych, kontrolnych w odniesieniu do roku zgodnie z określonym programem. W przypadku gdy pacjent posiada wyniki wskazanych badań, ale zrealizowanych u innego świadczeniodawcy lub prywatnie, NFZ ich nie honoruje. To muszą być obligatoryjnie badania zlecone w ramach poradni KAOS. W praktyce dochodzi zatem do sytuacji, w której pomimo posiadania przez pacjenta aktualnych wyników diagnostyki, pacjent wykonuje badania ponownie, tylko dlatego, aby były zrealizowane w ramach zlecenia z poradni KAOS.

4.3

PIEŁĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI

NHS 2020 - Improving Healthcare



4.3.1

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

PIEŁĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI

WYNIKI

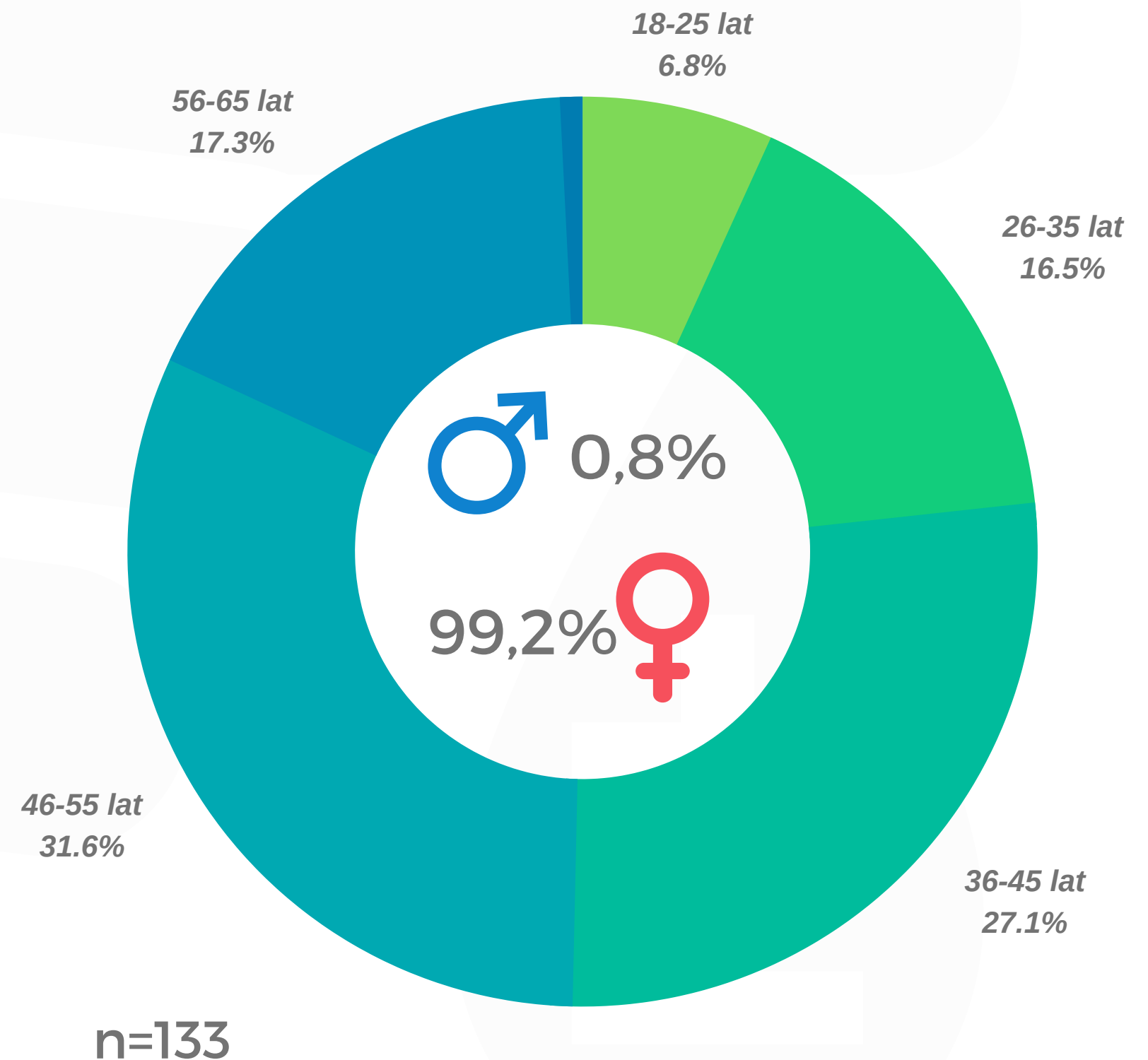
NHS 2020 - Improving Healthcare



PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI WYNIKI

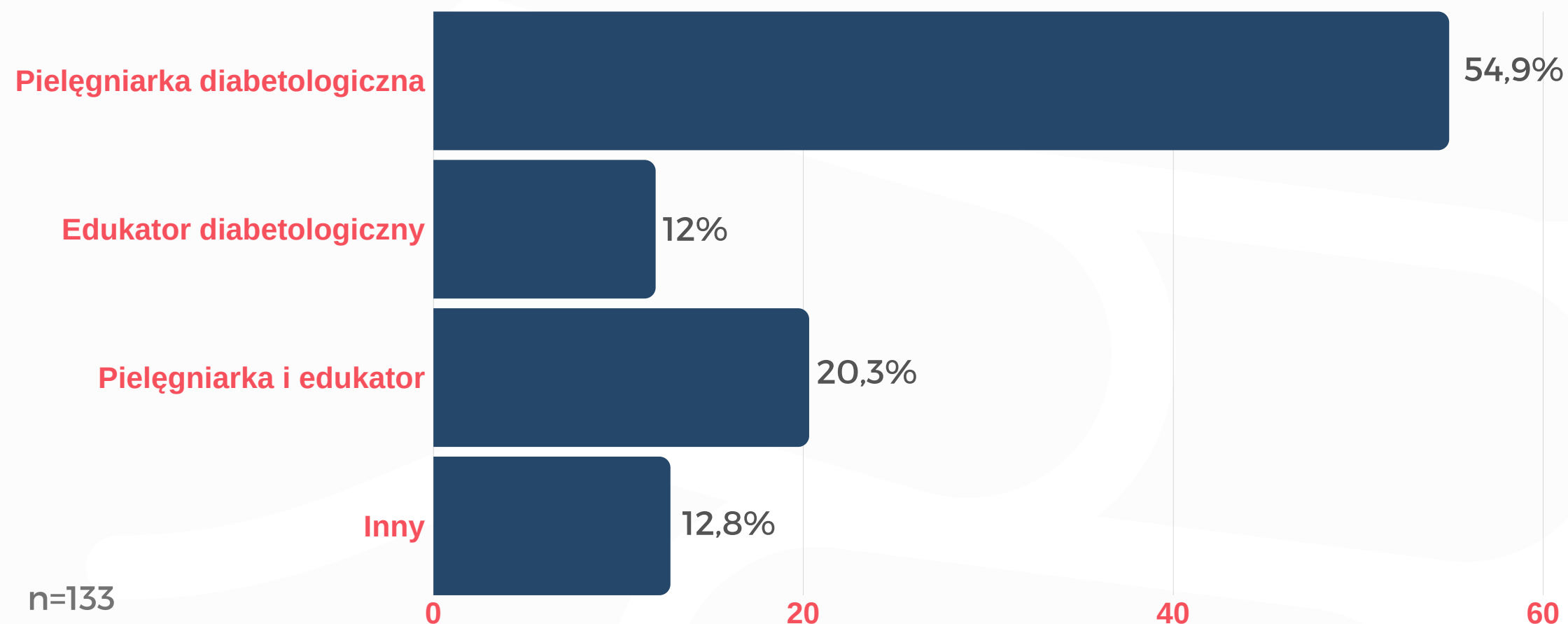
Z **133** respondentów, którzy wzięli udział w ankiecie **132** osoby to kobiety (**99,2%**). W kwestionariuszu skierowanym do tej grupy zawodowej wzięł udział tylko jeden mężczyzna. Największą grupę stanowiły osoby w przedziale wiekowym **36-45** lat oraz **46-55** lat. Było to odpowiednio **27,1%** i **31,6%** respondentów.

Ankietowane osoby mieszkały we wszystkich województwach poza województwem opolskim, z którego nie pochodziła żadna z pytanych przez nas osób. Najliczniejszą grupą respondentów były pielęgniarki i edukatorzy diabetologiczni z województwa łódzkiego - **39** osób (**29,3%** ankietowanych). Wśród badanych osób w tej grupie **93** miały wyższe wykształcenie, co stanowiło **69,9%** respondentów. Pozostałe badane osoby miały wykształcenie średnie lub niepełne wyższe.



Wykres 75. Wiek badanych pielęgniarek

"Proszę o podanie Pana/Pani specjalizacji"

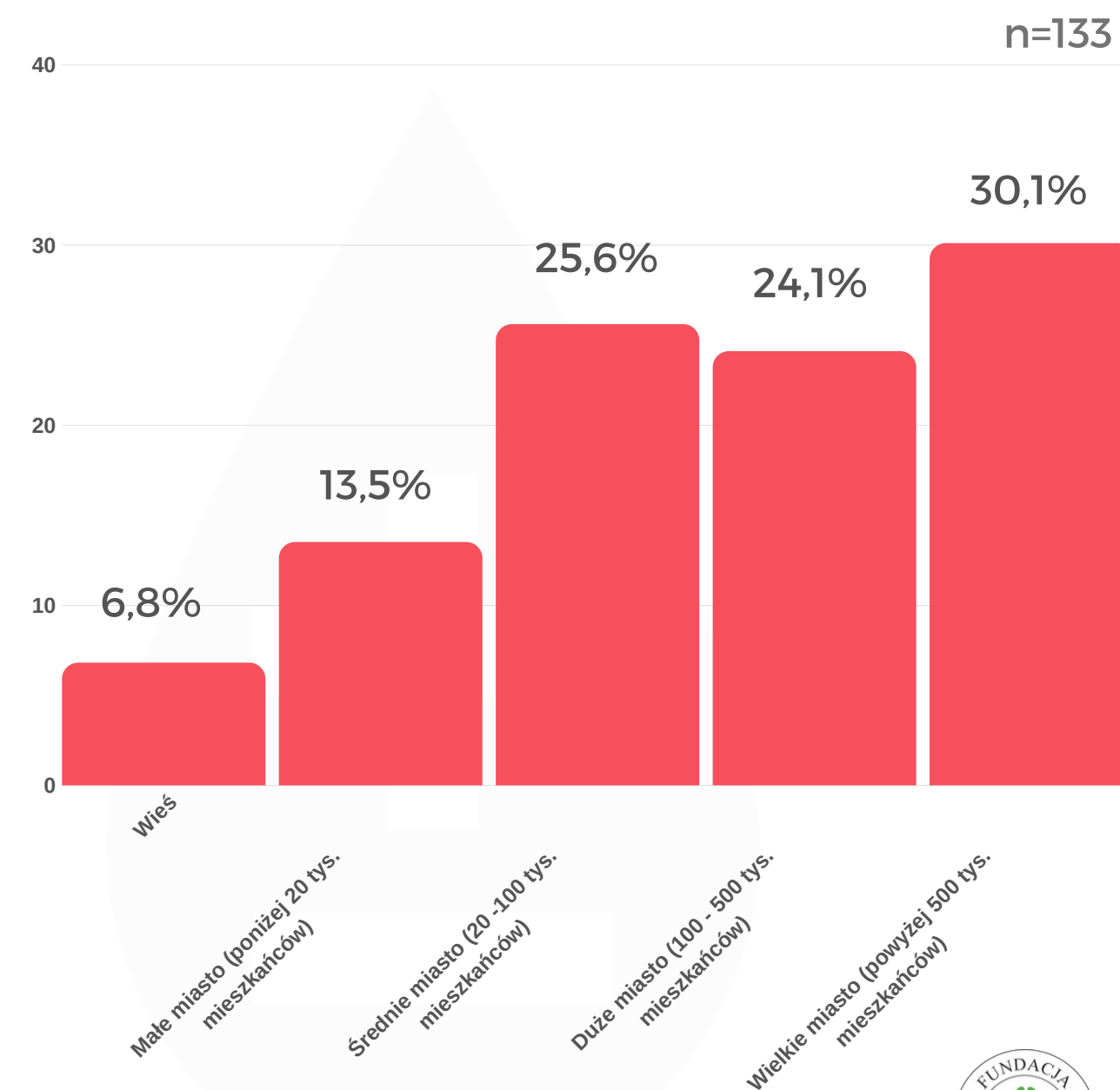


n=133

Wykres 76. Specjalizacja

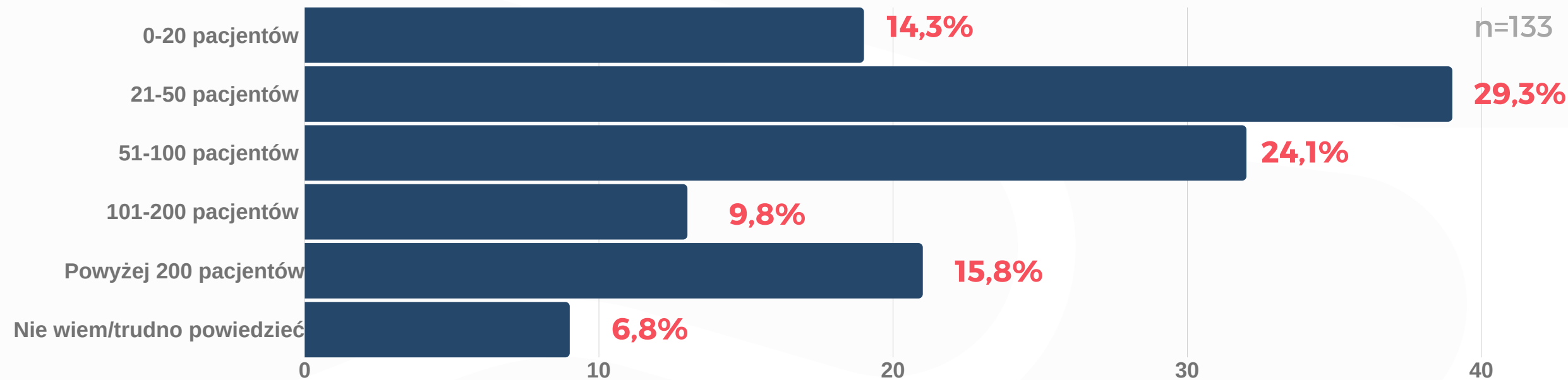
"Pana/Pani miejsce pracy związane z opieką nad pacjentami z cukrzycą znajduje się w:"

Jako miejsce pracy, w którym sprawowana jest opieka nad pacjentem z cukrzycą pielęgniarki i edukatorzy diabetologiczni odpowiedzieli, że jest to: wielkie miasto (**30,1%**), duże miasto (**24,1%**) i średnie miasto (**25,6%**). W małych miastach pracowało tylko **13,5%** ankietowanych, a na wsi niespełna **7%**.



Wykres 77. Miejsce pracy

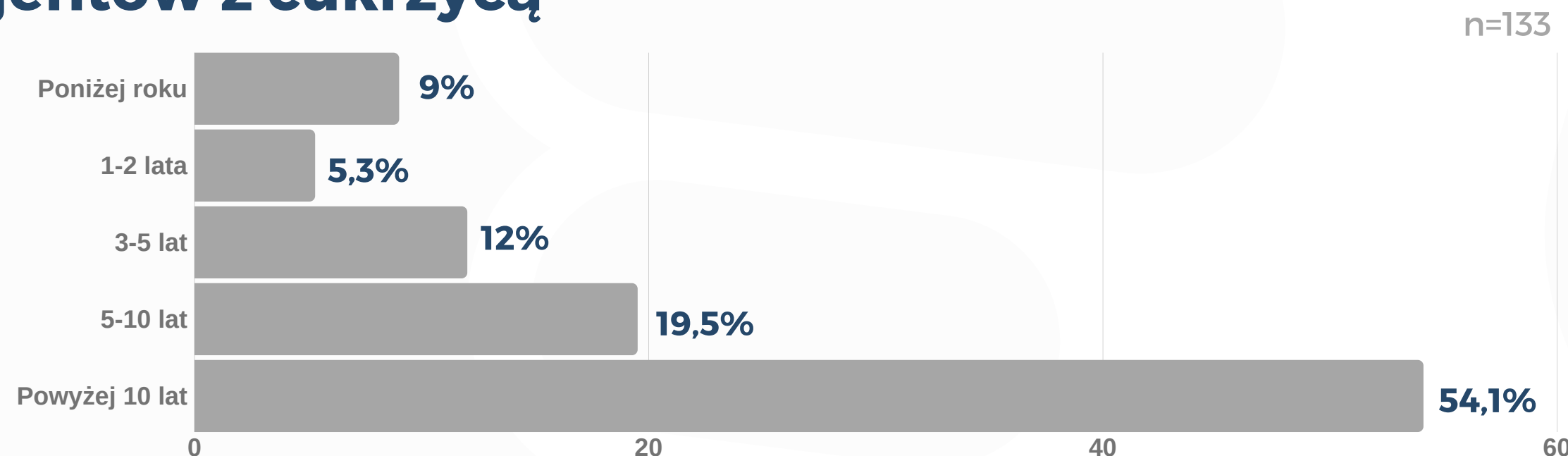
"Jeśli jest Pan/Pani w stanie oszacować ilu miesięcznie przyjmuje (udziela porady) pacjentów z cukrzycą. Prosimy o podanie przybliżonej wartości."



Wykres 78. Ilość przyjmowanych pacjentów z cukrzycą

Największą grupę (**71** badanych) stanowiły osoby, które oceniały liczbę pacjentów w miesiącu w przedziale od **20** do **100** wizyt, co stanowiło **53,4%** ankietowanych. Powyżej **200** pacjentów miesięcznie zadeklarowało **15,8%** badanych pielęgniarek i edukatorów.

"Liczba lat jaką zajmuje się Pan/Pani opieką/edukacją pacjentów z cukrzycą"



Wykres 79. Ilość lat doświadczenia w opiece nad pacjentami z cukrzycą

Ankietowane osoby miały długi staż pracy z pacjentami, aż **72** osoby (**54,1%**) zajmowały się pacjentami z cukrzycą ponad **10** lat. Prawie **50%** ankietowanych wskazało również, że „**Mam właściwie stałych pacjentów, a opieka nad nimi jest długoletnia i cykliczna**”.

4.3.2

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**PIEŁĘGNIARKI
I EDUKATORZY
DIABETOLOGICZNI
WNIOSKI**



PIEŁĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI WNIOSKI

- Około **80%** pielęgniarek/edukatorów prowadzi pacjentów w placówkach w wielkich, dużych i średnich miastach.
- Ponad **50%** pielęgniarek/edukatorów oszacowało liczbę konsultowanych pacjentów z cukrzycą w miesiącu od **20** do **100** osób.
- Prawie **50%** pielęgniarek/edukatorów stwierdziło, że ma stałych pacjentów, a opieka nad nimi jest długoletnia i cykliczna.

4.3.3

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**PIEŁĘGNIARKI
I EDUKATORZY
DIABETOLOGICZNI**

KOMENTARZ



PIEŁĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE / EDUKATORZY

Dr n. med. Iwona Pietrzak **Edukatorzy diabetologiczni/personel pielęgniarski**

W badaniu wzięły udział 523 osoby, którym przekazano do wypełnienia ankietę opracowaną przez autorów badania, 133 osoby zwróciły wypełnione ankiety. Ankieta zawierała 31 pytań otwartych i zamkniętych dotyczących udziału badanych w systemie opieki diabetologicznej oraz ich opinii nt. organizacji opieki nad chorymi na cukrzycę w Polsce; 4 pytania służyły charakterystyce badanej grupy. Wśród badanych dominowały kobiety (n=132; 99,2%). Najliczniej reprezentowane były osoby w przedziale wieku 46-55 lat (n=42; 31,6%) oraz 36-45 lat (n=36; 27,1%). Ponad 2/3 badanych legitymizowało się wyższym wykształceniem (n=93; 69,9%). Badani pochodzili z 15 województw – największe grupy z województwa łódzkiego, mazowieckiego i śląskiego. Większość badanych stanowiły osoby wykonujące zawód pielęgniarki/pielęgniarsza (n=77; 54,9%); 12% badanych określiło swój status jako edukatorzy diabetologiczni (n=17; 12%). Ponad połowa ankietowanych (n=72; 54,1%) deklarowała staż pracy dłuższy niż 10 lat.

Wśród badanych dominowali pracownicy poradni diabetologicznych (n=45; 33,8%) oraz oddziałów szpitalnych o profilu diabetologicznym (n=31; 23,3%). Osoby pracujące w Podstawowej Opiece Zdrowotnej stanowiły 20,3% badanych (n=27). Przeważająca większość respondentów pracowała w miastach (n=124; 93,2%), najwięcej - w miastach liczących ponad 500 tys. mieszkańców (n=40; 30,1%). Największa grupa badanych zajmowała się przede wszystkim chorymi na cukrzycę typu 2 (n=51, 38,3%). 41 osób (30,8%) sprawowało opiekę przede wszystkim nad pacjentami z cukrzycą typu 1, a 36 osób (27,1%) deklarowało, że ma pod opieką podobną liczbę pacjentów z typem 1 co z typem 2 choroby. Tylko 5 (3,8%) respondentów zajmowało się pacjentami z innymi typami cukrzycy (w tym z cukrzycą ciążową). Deklarowana liczba pacjentów przyjmowana w ciągu miesiąca przez ankietowanych najczęściej wynosiła 21-50 osób (n=39; 29,3%) lub 51-100 osób (n=32; 24,1%). 21 badanych (15,8%) udzielało porad ponad 200 pacjentom diabetologicznym w miesiącu.

PIELĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE / EDUKATORZY

Dr n. med. Iwona Pietrzak

Blisko połowa respondentów (n=66; 49,6%) deklaruje, że sprawuje długoletnią i cykliczną opiekę nad pacjentami (tzw. pacjenci stali), a 12% badanych (n=16) ma głównie pacjentów jednorazowych. Warto byłoby ocenić jaki wpływ na charakter opieki i liczbę udzielanych porad ma miejsce pracy (np. wielkie miasto vs małe miasto/wieś, poradnia diabetologiczna vs POZ) oraz profil pacjentów (cukrzyca typu 1 vs cukrzyca typu 2). W pytaniu dotyczącym opinii badanych na temat systemu opieki nad chorymi na cukrzycę typu 1 i chorymi na cukrzycę typu 2 w Polsce. W odpowiedziach przeważająca większość respondentów odpowiedziała, że obecne leczenie pacjentów diabetologicznych jest zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną, może być skuteczne i zindywidualizowane. Większość badanych ocenia też pozytywnie współpracę między pielęgniarką/edukatorem a lekarzem diabetologiem i lekarzem POZ. Natomiast blisko 60% respondentów ocenia, że ilość czasu, jaki mogą poświęcić swoim pacjentom diabetologicznym jest niewystarczająca.

Co do oceny systemu leczenia cukrzycy typu 1 i typu 2 w Polsce, to więcej badanych wyraża się o nim pozytywnie, a mniej – negatywnie. W kwestii oceny systemu leczenia powikłań cukrzycy w Polsce ankietowani są bardziej krytyczni – więcej badanych wyraża się negatywnie o systemie leczenia powikłań cukrzycy typu 2. Kolejne dwa pytania służą wyrażeniu opinii badanych na temat podopiecznych – pacjentów z cukrzycą typu 1 i chorych na cukrzycę typu 2. Ponad 30% ankietowanych uważa, że chorzy na cukrzycę typu 1 przestrzegają zaleceń terapeutycznych, a ok. 20% jest przeciwnego zdania. Gorzej oceniane jest przez badanych przestrzeganie przez pacjentów zaleceń dietetycznych. Blisko 40% ankietowanych uważa, że poziom wiedzy chorych na cukrzycę typu 1 na temat profilaktyki i leczenia choroby jest słaby. Podobnie oceniana jest wiedza opiekunów chorych. Przy tym więcej niż 1/3 ankietowanych uważa, że nie posiadają wystarczających narzędzi, by wspomagać leczenie i monitorować pacjentów z cukrzycą typu 1.

PIELĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE / EDUKATORZY

Dr n. med. Iwona Pietrzak

Znacznie więcej ankietowanych ma zastrzeżenia co do wiedzy i stosowania się do zaleceń terapeutycznych chorych na cukrzycę typu 2. Ponad 60% badanych uważa, że chorzy na cukrzycę typu 2 w początkowym okresie wręcz bagatelizują swoją chorobę. I tym razem wielu ankietowanych (ponad 40%) skarży się na zbyt małe możliwości („mało narzędzi”) udzielania pomocy chorym w procesie monitorowania choroby i leczenia. 38% badanych (n=51) uważa, że posiadane przez nich informacje o pacjencie są niewystarczające, by mogli prawidłowo wspomagać proces leczenia. Za niezbędną w swojej pracy uważają wiedzę nt. dotychczasowego przebiegu choroby, procesu leczenia i odbytych przez pacjenta szkoleń zdrowotnych. Istotne są również informacje o stylu życia, aktywności fizycznej, potrzeb dietetycznych, dodatkowych problemów zdrowotnych pacjenta. Ankietowani skarżą się na brak wystarczającej ilości czasu na pracę z pojedynczym pacjentem. Oczekują też większej pomocy ze strony lekarza diabetologa.

Zdaniem respondentów lekarzem prowadzącym/koordynującym proces leczenia pacjenta diabetologicznego powinien być specjalista diabetolog (n=61, 45,9%). 51,9% badanych (n=69) uważa, że prowadzeniem terapii diabetologicznej powinien zajmować się diabetolog lub lekarz POZ - w zależności od stanu pacjenta. Kolejne pytania dotyczą opinii na temat zakresu obowiązków pielęgniarki/edukatora diabetologicznego nad chorym na cukrzycę. Badani uważają, że zakres w/w obowiązków powinien pozostać na dotychczasowym poziomie (n=65; 48,9%) lub być rozszerzony (n=67; 50,4%). Ankietowani, udzielając odpowiedzi na pytania o ewentualne zmiany w zakresie obowiązków, piszą, że „problemem nie są same obowiązki, lecz struktura i system opieki oraz jego dopasowanie do profilu i wymagań, jakie stawia ta choroba”. Ankietowani postulują potrzebę opracowania standardów pracy edukatora diabetologicznego i konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji przez edukatorów. Wskazują na brak wystarczającej ilości czasu na szkolenie chorych i brak należytego finansowania porad edukacyjnych przez NFZ.

PIELĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE / EDUKATORZY

Dr n. med. Iwona Pietrzak

Większość ankietowanych (n=118; 88,7%) monitoruje przebieg cukrzycy u pacjentów, stosując najprostsze narzędzie, jakim jest dzienniczek samokontroli (n=96; 81,4%). 71,2% (n=84) badanych dokonuje przeglądu danych z glikometru, a 55,9% (n=66) wykorzystuje w tym celu specjalne programy komputerowe. Warto byłoby sprawdzić, jak wygląda wykorzystanie narzędzi monitorowania glikemii w grupie chorych na cukrzycę typu 1, a zwłaszcza jak często wykorzystywany jest system ciągłego monitorowania glikemii. Badani, którzy nie stosowali w swojej pracy z chorym na cukrzycę żadnych narzędzi monitorowania przebiegu choroby (n=15; 11,3%) wymieniali wśród przyczyn brak czasu i stosownego oprzyrządowania. Pytani o polski system leczenia chorych na cukrzycę badani w większości (n=100; 75,2%) potwierdzali zawartą w treści pyt. 20. sugestię, że jest on skoncentrowany na regulowaniu glikemii.

Spośród wachlarza propozycji zmian w systemie leczenia pacjentów diabetologicznych ankietowani najczęściej wybierali zwiększenie liczby szkoleń dla edukatorów, zwłaszcza w zakresie nowych zaleceń i nowoczesnych technologii stosowanych w terapii cukrzycy (n=101; 75,9%). Ponad połowa badanych oczekuje także możliwości konsultowania pacjentów na odległość (np. telefon, e-mail) oraz korzystania przez chorych z metod edukacji własnej z użyciem tzw. mediów społecznościowych. Spośród proponowanych przez autorów ankiety innowacyjnych rozwiązań, jakie powinny powstać, by poprawić opiekę nad pacjentem diabetologicznym w Polsce, badani wybierali najczęściej: większy dostęp pacjentów do nowoczesnego/innovacyjnego leczenia (n=109; 82%) oraz stworzenie wyspecjalizowanych centrów całościowej holistycznej opieki diabetologicznej (n=90; 67,7%).

PIEŁĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE / EDUKATORZY

Dr n. med. Iwona Pietrzak

Wśród narzędzi potrzebnych pielęgniarce/edukatorowi diabetologicznemu do sprawowania kompleksowej opieki nad pacjentem diabetologicznym wymieniano: uznanie zawodu edukatora zdrowotnego i uczynienie z edukatora diabetologicznego stałego członka zespołu terapeutycznego, zwiększenia liczby etatów edukatorów diabetologicznych, zapewnienie edukatorom możliwości systematycznego kształcenia zawodowego i korzystania z ujednoliconych programów i materiałów edukacyjnych, zwiększenie ilości czasu poświęcanego na szkolenie zdrowotne pacjentów, dostęp do nowoczesnych technologii służących monitorowaniu i terapii cukrzycy. Oczywiście poprawa systemu opieki nad pacjentem diabetologicznym w Polsce w wielu aspektach wymaga zmian legislacyjnych i organizacyjnych. Badani najczęściej pisali o potrzebie zmian w systemie refundacji leczenia hipoglikemizującego, tak by stało się ono łatwo dostępne dla wszystkich potrzebujących pacjentów.

Wskazywano także na konieczność usankcjonowania zawodu edukatora zdrowotnego/diabetologicznego i osobnego kontraktowania porad/wizyt edukacyjnych przez NFZ. Wśród największych wyzwań w obszarze diabetologii ankietowani wymieniali m.in. edukację społeczeństwa w kierunku zachowań prozdrowotnych, aby zmniejszyć zapadalność na cukrzycę typu 2, działania na rzecz uleczalności cukrzycy typu 1, zapewnienie chorym holistycznej opieki diabetologicznej, łatwiejszy (także pod względem finansowym) dostęp pacjentów do nowych technologii związanych z terapią cukrzycy. I wreszcie – last but not least – EDUKACJA pacjentów (by zapobiec powikłaniom i poprawić jakość życia) i społeczeństwa (by zapobiec epidemii cukrzycy i poprawić jakość życia osobom chorym).

PIELĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE / EDUKATORZY

**mgr Barbara
Kucharska**
Prezes Fundacji
Diabeciaki

Interaktywne systemy do współpracy z pacjentem, specjalistyczne programy komputerowe, ciągłe podnoszenie kompetencji poprzez edukację, zarówno własną, jak i pacjentów, a przede wszystkim czas – to najważniejsze elementy wymienione przez ankietowanych jako niezbędne do zapewnienia dalszej, prawidłowej opieki nad pacjentem diabetologicznym.

Niezbędne są także ujednolicenia prawne w zakresie nie tylko orzecznictwa o niepełnosprawności dla pacjentów diabetologicznych, ale przede wszystkim w zakresie refundacji leczenia i systemów typu CGM dla pacjentów dorosłych (powyżej 26 roku życia). Równie ważne dla ankietowanych pielęgniarek i edukatorów był dostęp do nowoczesnego leczenia i powstanie holistycznych centrów opieki nad pacjentem z cukrzycą.

Jednocześnie, wielokrotnie podkreślana jest, nie tylko sama konieczność, ale i znaczenie wprowadzenia do obowiązującego systemu nowego stanowiska/funkcji: Edukatora Zdrowotnego, co, jak wynika z ankiet, w znacznym stopniu poprawi pacjentowi dostęp do edukacji i poradnictwa diabetologicznego, które niekoniecznie musi być świadczone przez samych tylko lekarzy specjalistów.

Cukrzyca to temat tak rozległy i zahacza o tak wiele jednostek chorobowych, że tylko właściwa edukacja w szkołach, placówkach POZ i szpitalach prowadzona przez wykształconych specjalistów - Edukatorów Zdrowotnych jest jedyną metodą, która pozwoli wcześniej rozpoznać cukrzycę, a następnie skutecznie ją monitorować, a w konsekwencji przeciwdziałać powikłaniom.

PIELĘGNIARKI DIABETOLOGICZNE/EDUKATORZY

**mgr Barbara
Kucharska**
Prezes Fundacji
Diabeciaki

Bezwzględnie potrzebne jest refundowanie nowoczesnych metod leczenia cukrzycy i monitoringu poziomu glukozy we krwi dla wszystkich chorych oraz edukowanie o tym społeczeństwa. Upatruje się w tym wszystkim dużą rolę Edukatora Zdrowotnego, który odbarczy pielęgniarki od nadmiaru obowiązków przy pacjencie poprzez wykorzystanie swojej wiedzy edukacyjnej nabytej podczas studiów podyplomowych na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Ważnym więc pozostaje wprowadzenie Edukatora Zdrowotnego do zawodów medycznych/lub pokrewnych, co wobec wyników ankiet, wydaje się wystarczającym czynnikiem, który w znaczny sposób może przyczynić się do poprawy jakości opieki nad pacjentem z cukrzycą, a tym samym – przyczynić się do poprawy jakości życia samego pacjenta.

DEFINICJA

EDUKATOR ZDROWOTNY – Dyplomowany specjalista w zakresie chorób przewlekłych oraz zachowań prozdrowotnych redukujących lęk, budujących motywację do podjęcia leczenia i prawidłowego postępowania.

5.

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**PROFESJONALIŚCI
MEDYCZNI
ANALIZA PORÓWNAWCZA**



5.1

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

PROFESJONALIŚCI MEDYCZNI ANALIZA PORÓWNAWCZA

WYNIKI

NHS 2020 - Improving Healthcare

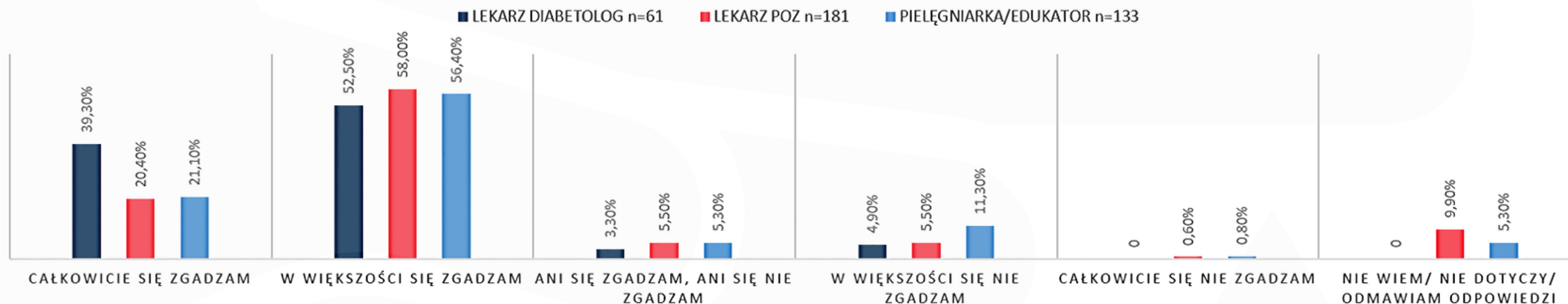


Proszę zaznaczyć na ile zgadza się Pan/Pani z opinią wyrażoną poniżej. Własna opinia.
Zbiorcze wyniki dla trzech grup respondentów - lekarze diabetolodzy, lekarze POZ oraz pielęgniarki i edukatorzy diabetologiczni.

STWIERDZENIE	GRUPA RESPONDENTÓW	OPINIA					
		Całkowicie się zgadzam	W większości się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	W większości się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam	Nie wiem/ nie dotyczy/ odmawiam odpowiedzi
Obecne leczenie pacjentów z cukrzycą typu 1 w Polsce jest zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną.	LEKARZ DIABETOLOG n=61	39,3%	52,5%	3,3%	4,9%	0	0
	LEKARZ POZ n=181	20,4%	58,0%	5,5%	5,5%	0,6%	9,9%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	21,1%	56,4%	5,3%	11,3%	0,8%	5,3%
Obecne leczenie pacjentów z cukrzycą typu 2 w Polsce jest zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną.	LEKARZ DIABETOLOG n=61	21,3%	26,2%	9,8%	29,5%	8,2%	4,9%
	LEKARZ POZ n=181	11,6%	58,6%	9,9%	13,3%	4,4%	2,2%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	18,0%	48,9%	10,5%	12,0%	3,0%	7,5%
Obecnie w Polsce można skutecznie i w zindywidualizowany sposób leczyć cukrzycę typu 1	LEKARZ DIABETOLOG n=61	39,3%	50,8%	4,9%	3,3%	1,6%	0
	LEKARZ POZ n=181	24,9%	50,3%	11,0%	6,6%	0,6%	6,6%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	36,8%	32,3%	12,8%	9,0%	1,5%	7,5%
Obecnie w Polsce można skutecznie i w zindywidualizowany sposób leczyć cukrzycę typu 2	LEKARZ DIABETOLOG n=61	19,7%	34,4%	11,5%	26,2%	3,3%	4,9%
	LEKARZ POZ n=181	21,5%	49,2%	9,9%	12,2%	5,0%	2,2%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	29,3%	30,1%	16,5%	13,5%	1,5%	9,0%
W mojej pracy ilość czasu jaką mam dla pacjenta diabetologicznego jest wystarczająca.	LEKARZ DIABETOLOG n=61	9,8%	21,3%	11,5%	18,0%	37,7%	1,6%
	LEKARZ POZ n=181	3,3%	18,2%	6,1%	36,5%	35,4%	0,6%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	5,3%	20,3%	11,3%	27,8%	30,1%	5,3%
W procesie leczenia cukrzycy istnieje dobra współpraca między lekarzem diabetologiem, a lekarzem medycyny rodzinnej	LEKARZ DIABETOLOG n=61	3,3%	19,7%	39,3%	21,3%	16,4%	0
	LEKARZ RODZINNY n=181	5,5%	28,7%	19,9%	29,3%	15,5%	1,1%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR	14,3%	40,6%	20,3%	11,3%	9,8%	3,8%
System leczenia cukrzycy typu 1 w Polsce działa prawidłowo (choroba podstawowa)	LEKARZ DIABETOLOG n=61	19,7%	41,0%	26,2%	9,8%	1,6%	1,6%
	LEKARZ POZ n=181	7,7%	36,5%	23,2%	14,4%	6,1%	12,2%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	11,3%	35,3%	27,8%	15,0%	3,8%	6,8%
System leczenia cukrzycy typu 2 w Polsce działa prawidłowo (choroba podstawowa)	LEKARZ DIABETOLOG n=61	9,8%	13,1%	32,8%	24,6%	13,1%	6,6%
	LEKARZ POZ n=181	3,3%	39,2%	25,4%	21,5%	8,3%	2,2%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	4,5%	29,3%	28,6%	20,3%	7,5%	9,8%
U pacjentów z cukrzycą typu 1 system leczenia powikłań cukrzycy działa w Polsce prawidłowo	LEKARZ DIABETOLOG n=61	6,6%	39,3%	24,6%	24,6%	3,3%	1,6%
	LEKARZ POZ n=181	2,2%	32,4%	28,7%	21,5%	15,5%	11,6%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	2,3%	29,3%	27,8%	18,0%	12,8%	9,8%
U pacjentów z cukrzycą typu 2 system leczenia powikłań cukrzycy działa w Polsce prawidłowo	LEKARZ DIABETOLOG n=61	4,9%	19,7%	26,2%	32,8%	8,2%	8,2%
	LEKARZ POZ n=181	2,2%	17,1%	24,9%	31,5%	21,5%	2,8%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	0,8%	24,8%	25,6%	21,1%	16,5%	11,3%

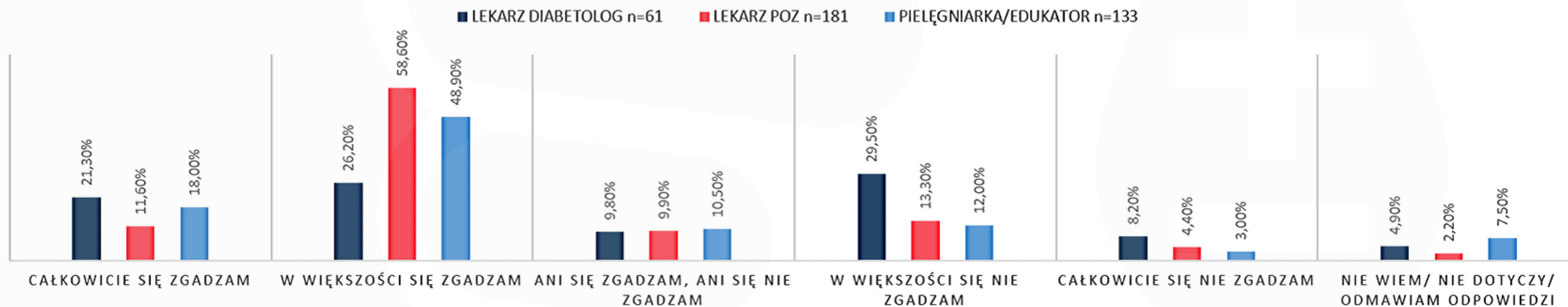
Tabela 1. Proszę zaznaczyć na ile zgadza się Pan/Pani z opinią wyrażoną poniżej. Własna opinia.

Obecne leczenie pacjentów z cukrzycą typu 1 w Polsce jest zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną.



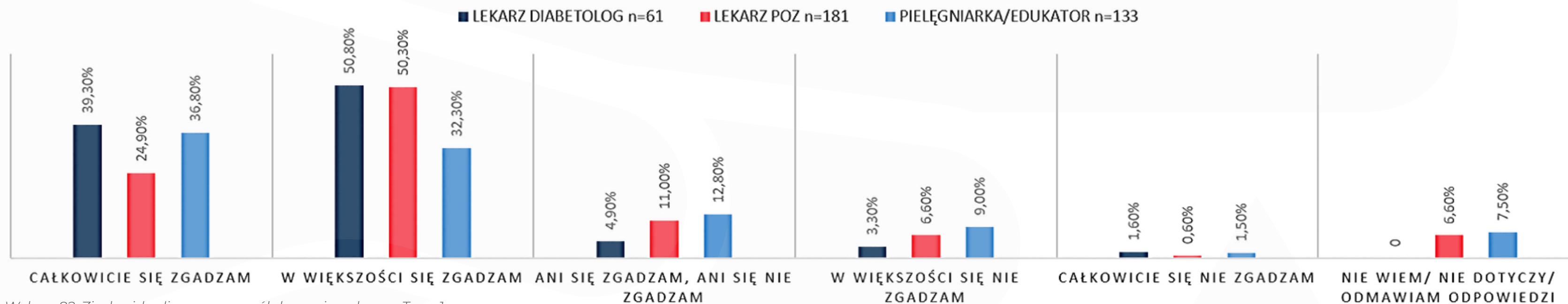
Wykres 80. Leczenie pacjentów z cukrzycą typu 1 zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną

Obecne leczenie pacjentów z cukrzycą typu 2 w Polsce jest zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną.



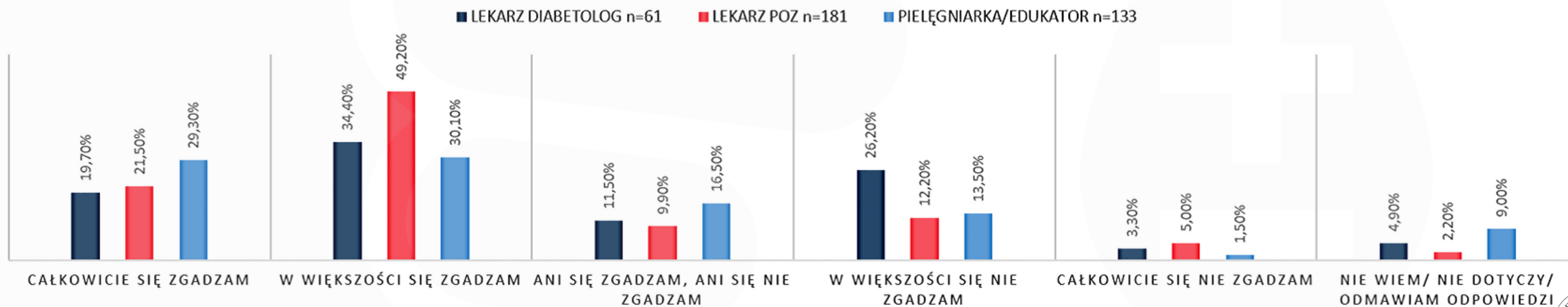
Wykres 81. Leczenie pacjentów z cukrzycą typu 2 zgodne z obowiązującą wiedzą medyczną

Obecnie w Polsce można skutecznie i w zindywidualizowany sposób leczyć cukrzycę typu 1.



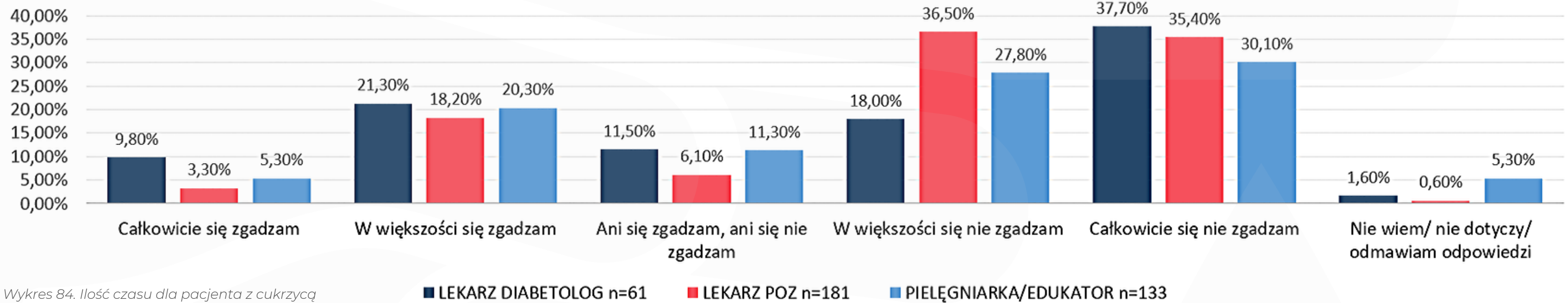
Wykres 82. Zindywidualizowany sposób leczenia cukrzycy Typu 1

Obecnie w Polsce można skutecznie i w zindywidualizowany sposób leczyć cukrzycę typu 2.



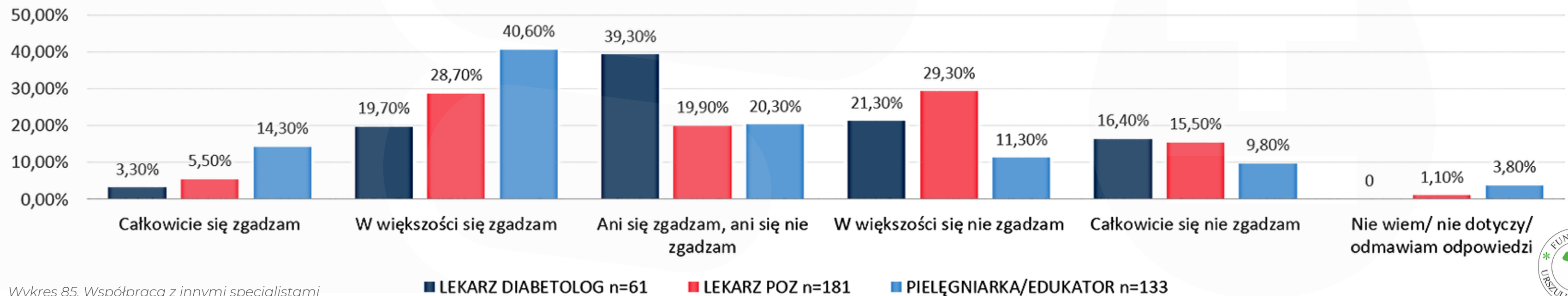
Wykres 83. Zindywidualizowany sposób leczenia cukrzycy Typu 2

W mojej pracy ilość czasu jaką mam dla pacjenta diabetologicznego jest wystarczająca.



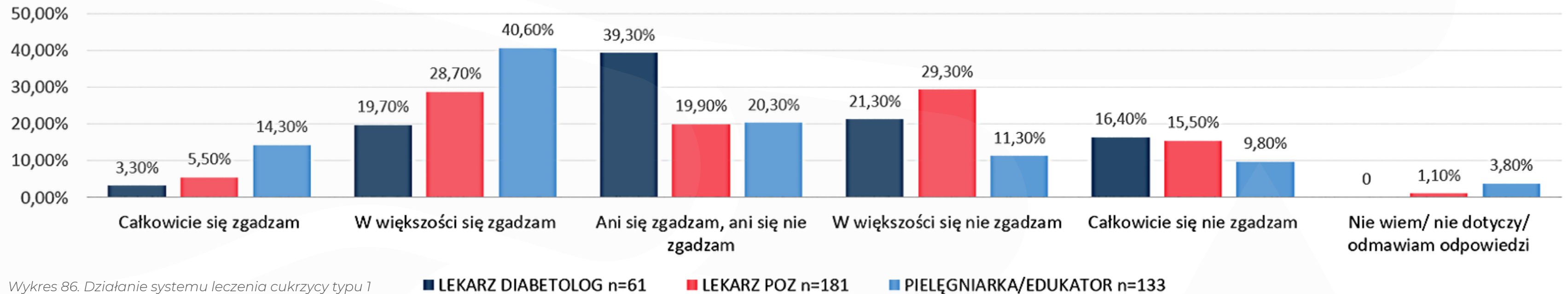
Wykres 84. Ilość czasu dla pacjenta z cukrzycą

W procesie leczenia cukrzycy istnieje dobra współpraca między lekarzem diabetologiem, a lekarzem medycyny rodzinnej.



Wykres 85. Współpraca z innymi specjalistami

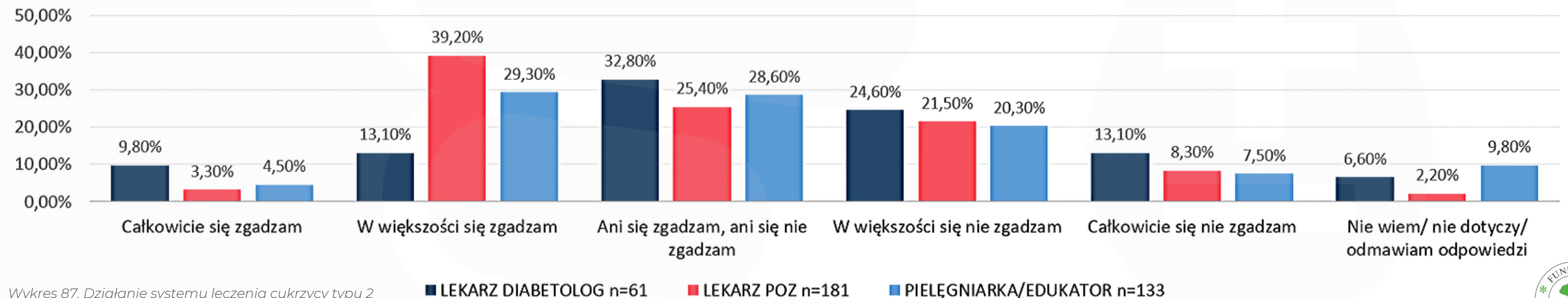
System leczenia cukrzycy typu 1 w Polsce działa prawidłowo (choroba podstawowa)



Wykres 86. Działanie systemu leczenia cukrzycy typu 1

■ LEKARZ DIABETOLOG n=61 ■ LEKARZ POZ n=181 ■ PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133

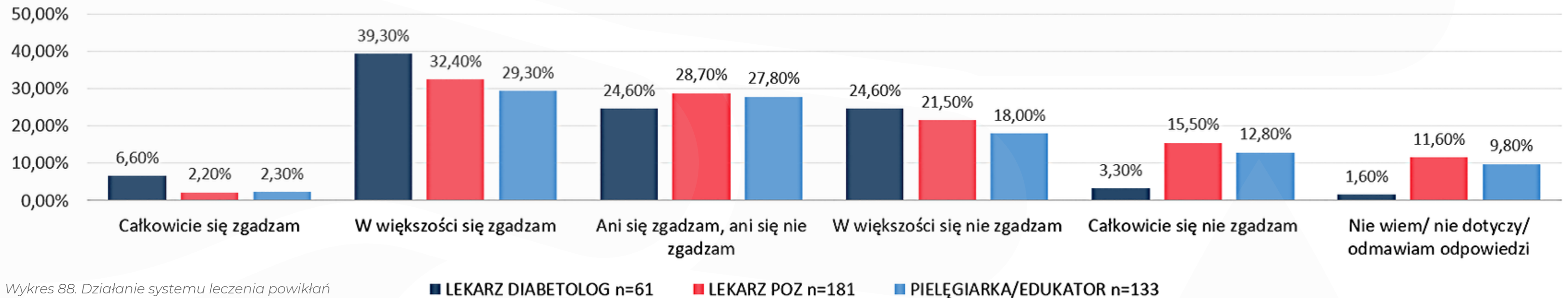
System leczenia cukrzycy typu 2 w Polsce działa prawidłowo (choroba podstawowa)



Wykres 87. Działanie systemu leczenia cukrzycy typu 2

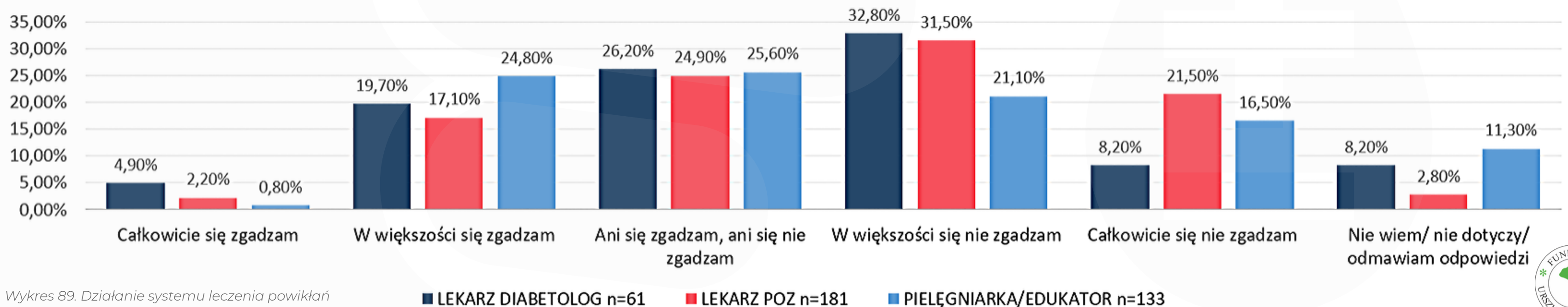
■ LEKARZ DIABETOLOG n=61 ■ LEKARZ POZ n=181 ■ PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133

U pacjentów z cukrzycą typu 1 system leczenia powikłań cukrzycy działa w Polsce prawidłowo.



Wykres 88. Działanie systemu leczenia powikłań cukrzycy typu 1

U pacjentów z cukrzycą typu 2 system leczenia powikłań cukrzycy działa w Polsce prawidłowo.



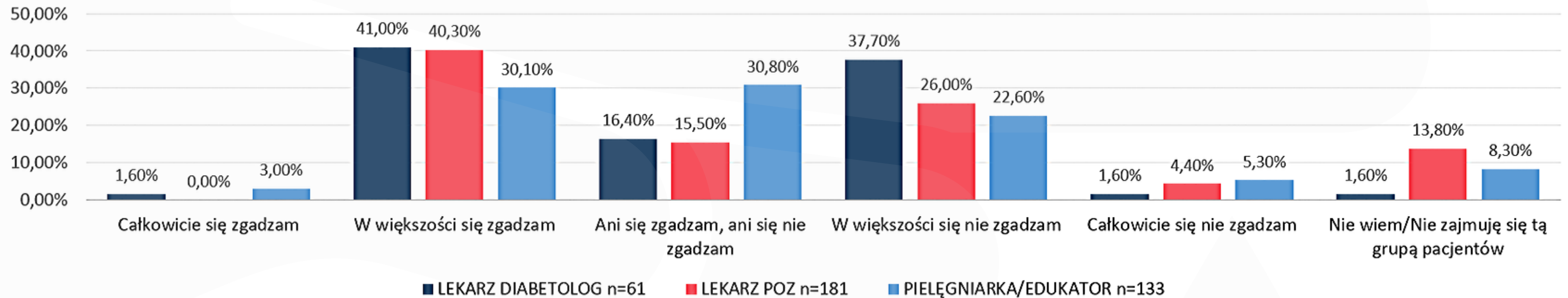
Wykres 89. Działanie systemu leczenia powikłań cukrzycy typu 2

Proszę zaznaczyć na ile zgadza się Pan/Pani z opinią wyrażoną poniżej. Dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 1. Zbiorcze wyniki dla trzech grup respondentów (Lekarzy diabetologów, Lekarzy POZ oraz pielęgniarek/edukatorów diabetologicznych).

STWIERDZENIE	GRUPA RESPONDENTÓW	OPINIA					
		Całkowicie się zgadzam	W większości się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	W większości się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam	Nie wiem/Nie zajmuję się tą grupą pacjentów
Pacjenci z cukrzycą typu 1 przestrzegają zaleceń dietetycznych	LEKARZ DIABETOLOG n=61	1,60%	41,00%	16,40%	37,70%	1,60%	1,60%
	LEKARZ POZ n=181	0,00%	40,30%	15,50%	26,00%	4,40%	13,80%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	3,00%	30,10%	30,80%	22,60%	5,30%	8,30%
Pacjenci z cukrzycą typu 1 przestrzegają zaleceń terapeutycznych	LEKARZ DIABETOLOG n=61	1,60%	57,40%	24,60%	14,80%	0,00%	1,60%
	LEKARZ POZ n=181	2,80%	47,50%	16,60%	16,60%	2,80%	13,80%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	3,00%	33,10%	34,60%	18,00%	2,30%	9,00%
Pacjenci z cukrzycą typu 1 niewłaściwie monitorują glikemię	LEKARZ DIABETOLOG n=61	3,30%	34,40%	19,70%	37,70%	3,30%	1,60%
	LEKARZ POZ n=181	3,30%	22,10%	21,50%	29,30%	9,40%	14,40%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	4,50%	30,80%	30,10%	19,50%	6,00%	9,00%
Poziom wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 1 jest słaby	LEKARZ DIABETOLOG n=61	3,30%	23,00%	18,00%	47,50%	6,60%	1,60%
	LEKARZ POZ n=181	6,10%	30,40%	14,40%	27,60%	8,30%	13,30%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	9,80%	33,80%	23,30%	19,50%	7,50%	6,00%
Poziom wiedzy pacjentów/opiekunów na temat leczenia cukrzycy typu 1 jest słaby	LEKARZ DIABETOLOG n=61	1,60%	23,00%	18,00%	49,20%	6,60%	1,60%
	LEKARZ POZ n=181	6,60%	27,60%	14,90%	29,80%	7,70%	13,30%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	11,30%	27,80%	21,10%	24,10%	9,00%	6,80%
Mam zbyt mało narzędzi, by wspomagać leczenie i monitorowanie pacjenta z cukrzycą typu 1	LEKARZ DIABETOLOG n=61	8,20%	27,90%	14,80%	32,80%	14,80%	1,60%
	LEKARZ RODZINNY n=181	17,10%	34,30%	18,20%	13,80%	2,20%	14,40%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	12,00%	24,80%	18,80%	21,10%	14,30%	9,00%
Mam zbyt mało możliwości zapobiegania rozwojowi u pacjentów z cukrzycą typu 1 powikłań, w tym w szczególności powikłań sercowo-naczyniowych	LEKARZ DIABETOLOG n=61	6,60%	21,30%	24,60%	31,10%	14,80%	1,60%
	LEKARZ POZ n=181	16,60%	29,30%	21,50%	14,40%	4,40%	13,80%

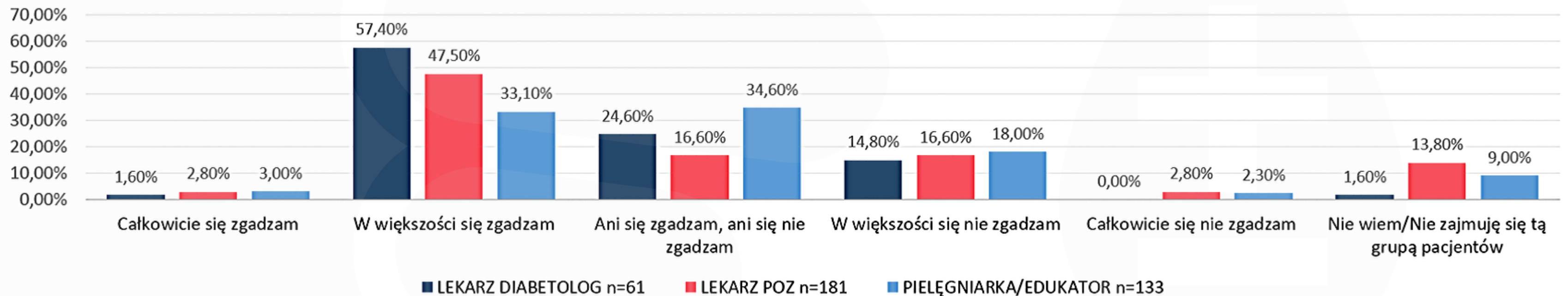
Tabela 2. Proszę zaznaczyć na ile zgadza się Pan/Pani z opinią wyrażoną poniżej. Dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 1

Pacjenci z cukrzycą typu 1 przestrzegają zaleceń dietetycznych.



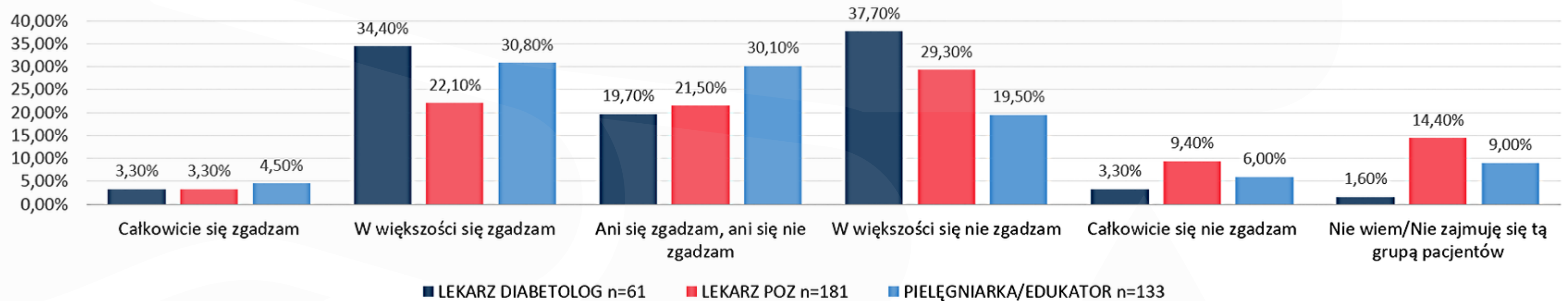
Wykres 90. Przestrzeganie zaleceń dietetycznych - pacjenci z cukrzycą typu 1

Pacjenci z cukrzycą typu 1 przestrzegają zaleceń terapeutycznych.



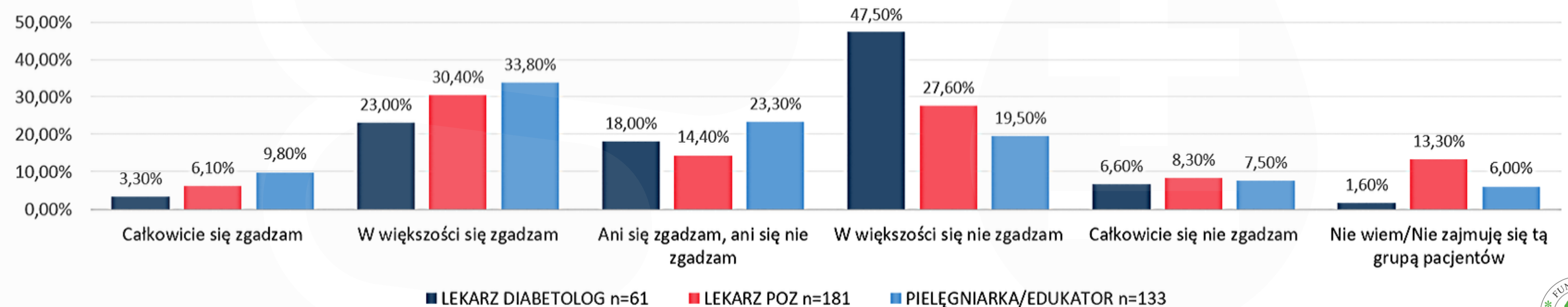
Wykres 91. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych - pacjenci z cukrzycą typu 1

Pacjenci z cukrzycą typu 1 niewłaściwie monitorują glikemię.



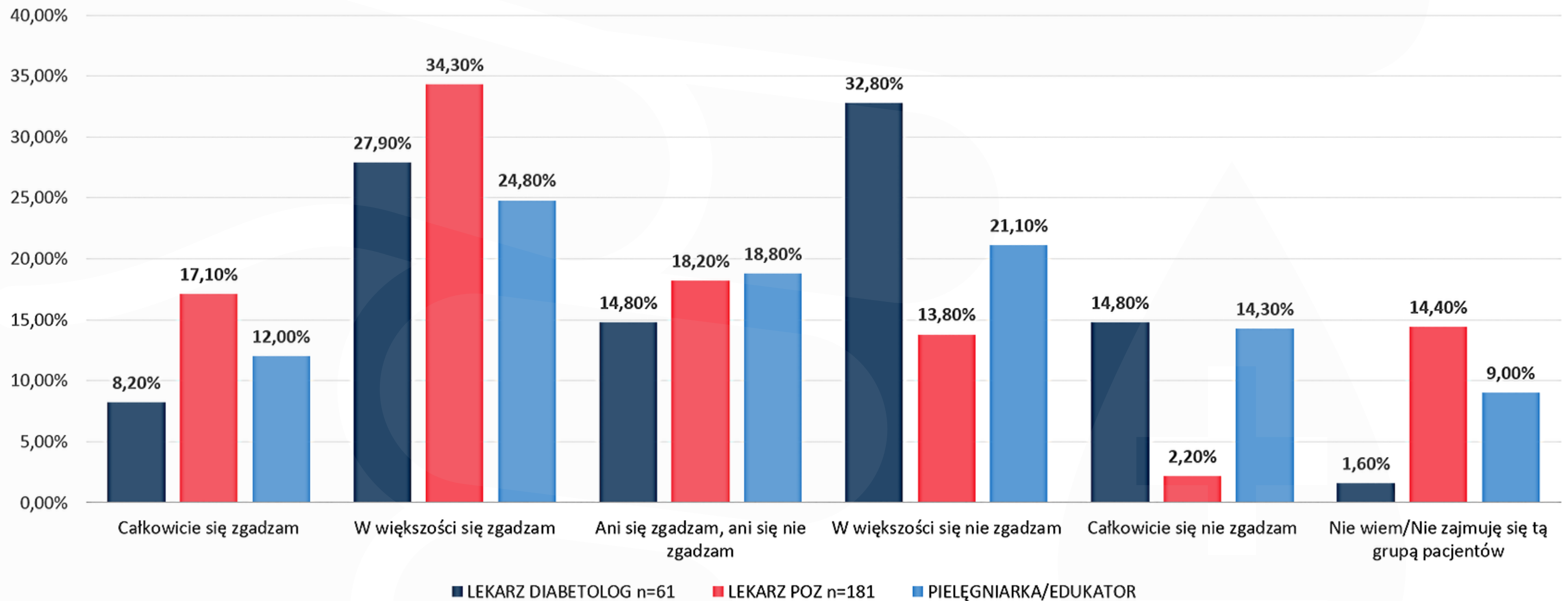
Wykres 92. Monitorowanie glikemii - pacjenci z cukrzycą typu 1

Poziom wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 1 jest słaby.



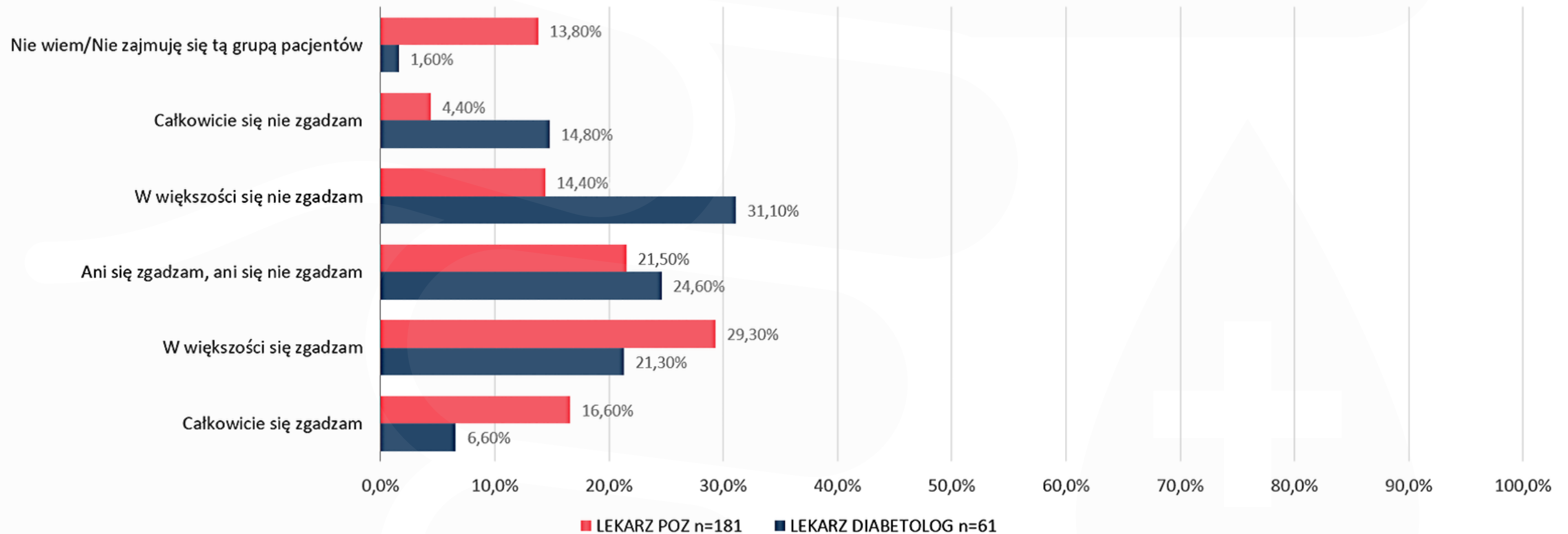
Wykres 93. Wiedza pacjentów na temat leczenia i profilaktyki - pacjenci z cukrzycą typu 1

Mam zbyt mało narzędzi, by wspomagać leczenie i monitorowanie pacjenta z cukrzycą typu 1.



Wykres 94. Narzędzia do monitorowania pacjenta - pacjenci z cukrzycą typu 1

Mam zbyt mało możliwości zapobiegania rozwojowi u pacjentów z cukrzycą typu 1 powikłań, w tym w szczególności powikłań sercowo-naczyniowych.



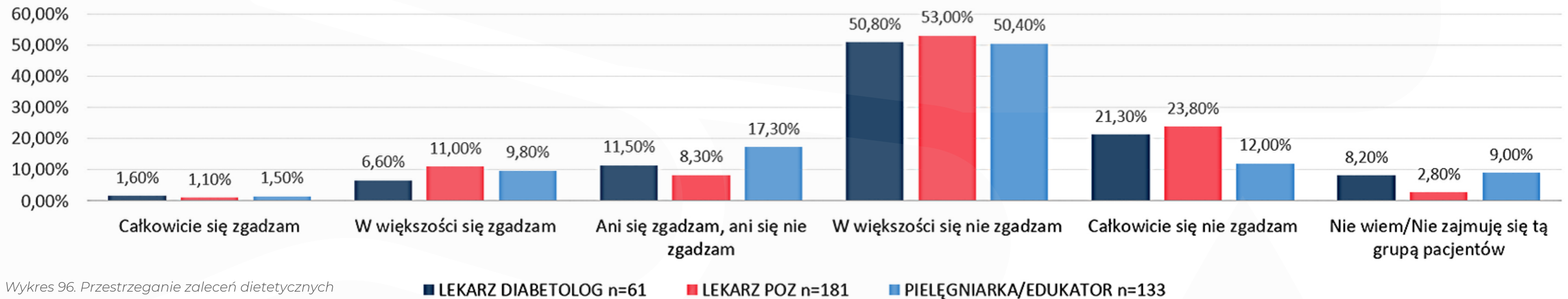
Wykres 95. Możliwości do zapobiegania rozwojowi powikłań - pacjenci z cukrzycą typu 1

Proszę zaznaczyć na ile zgadza się Pan/Pani z opinią wyrażoną poniżej. Dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 2. Zbiorcze wyniki dla trzech grup respondentów (Lekarzy diabetologów, Lekarzy POZ oraz pielęgniarek/edukatorów diabetologicznych).

STWIERDZENIE	GRUPA RESPONDENTÓW	OPINIA					
		Całkowicie się zgadzam	W większości się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	W większości się nie zgadzam	Całkowicie się nie zgadzam	Nie wiem/Nie zajmuję się tą grupą pacjentów
Pacjenci z cukrzycą typu 2 przestrzegają zaleceń dietetycznych	LEKARZ DIABETOLOG n=61	1,60%	6,60%	11,50%	50,80%	21,30%	8,20%
	LEKARZ POZ n=181	1,10%	11,00%	8,30%	53,00%	23,80%	2,80%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	1,50%	9,80%	17,30%	50,40%	12,00%	9,00%
Pacjenci z cukrzycą typu 2 przestrzegają zaleceń terapeutycznych	LEKARZ DIABETOLOG n=61	1,60%	29,50%	14,80%	39,30%	6,60%	8,20%
	LEKARZ POZ n=181	1,10%	28,70%	19,30%	39,20%	9,40%	2,20%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	0,80%	15,00%	22,60%	41,40%	10,50%	9,80%
Pacjenci z cukrzycą typu 2 niewłaściwie monitorują glikemię	LEKARZ DIABETOLOG n=61	6,60%	29,50%	23,00%	32,80%	0,00%	8,20%
	LEKARZ POZ n=181	4,40%	39,80%	23,80%	24,90%	5,50%	1,70%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	3,80%	34,60%	27,80%	18,80%	5,30%	9,80%
Poziom wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2 jest słaby	LEKARZ DIABETOLOG n=61	11,50%	49,20%	16,40%	14,80%	0,00%	8,20%
	LEKARZ POZ n=181	11,60%	53,60%	15,50%	13,30%	5,00%	1,10%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	21,80%	40,60%	13,50%	10,50%	5,30%	8,30%
Poziom wiedzy pacjentów/opiekunów na temat leczenia cukrzycy typu 2 jest słaby	LEKARZ DIABETOLOG n=61	14,80%	45,90%	13,10%	18,00%	0,00%	8,20%
	LEKARZ POZ n=181	12,20%	54,10%	16,60%	11,00%	5,00%	1,10%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	21,10%	45,10%	14,30%	7,50%	3,00%	9,00%
Mam zbyt mało narzędzi, by wspomagać leczenie i monitorowanie pacjenta z cukrzycą typu 2	LEKARZ DIABETOLOG n=61	13,10%	29,50%	13,10%	27,90%	8,20%	8,20%
	LEKARZ RODZINNY n=181	13,80%	35,40%	20,40%	20,40%	8,80%	1,10%
	PIELĘGNIARKA/EDUKATOR n=133	16,50%	24,10%	19,50%	14,30%	14,30%	11,30%
Mam zbyt mało możliwości zapobiegania rozwojowi u pacjentów z cukrzycą typu 2 powikłań, w tym w szczególności powikłań sercowo-naczyniowych	LEKARZ DIABETOLOG n=61	14,80%	31,10%	18,00%	19,70%	8,20%	8,20%
	LEKARZ POZ n=181	14,40%	38,70%	20,40%	18,20%	7,20%	1,10%

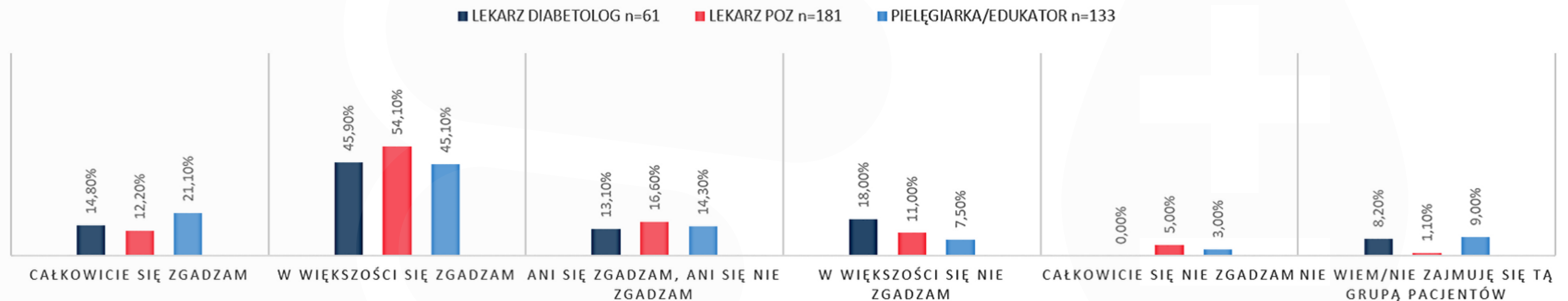
Tabela 3. Proszę zaznaczyć na ile zgadza się Pan/Pani z opinią wyrażoną poniżej. Dotyczy pacjentów z cukrzycą typu 2.

Pacjenci z cukrzycą typu 2 przestrzegają zaleceń dietetycznych.



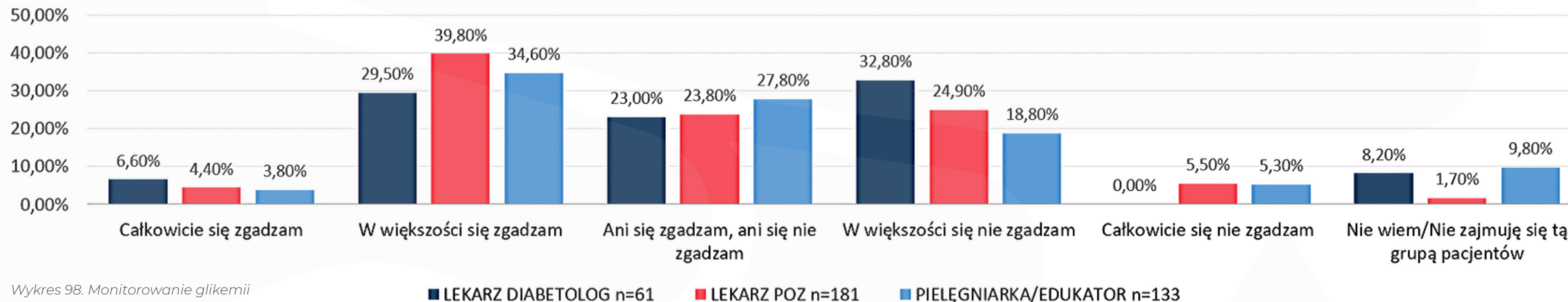
Wykres 96. Przestrzeganie zaleceń dietetycznych - pacjenci z cukrzycą typu 2

Pacjenci z cukrzycą typu 2 przestrzegają zaleceń terapeutycznych.



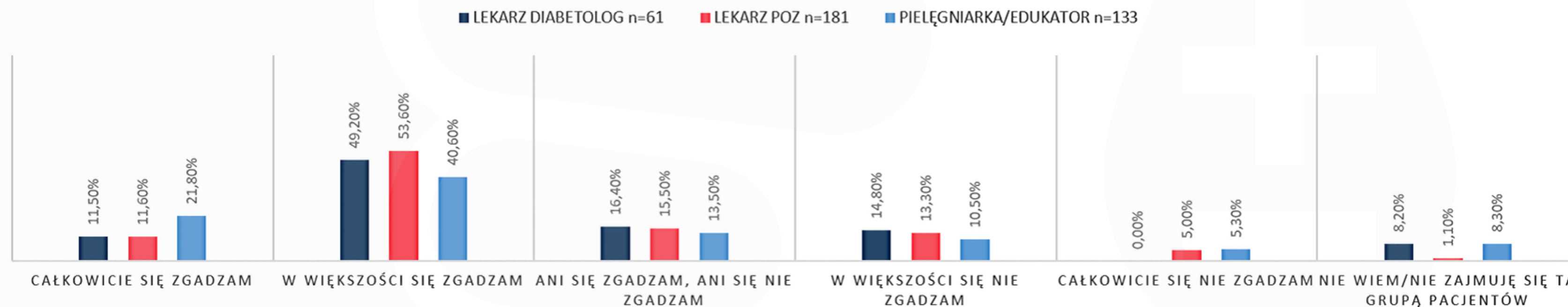
Wykres 97. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych - pacjenci z cukrzycą typu 2

Pacjenci z cukrzycą typu 2 niewłaściwie monitorują glikemię.



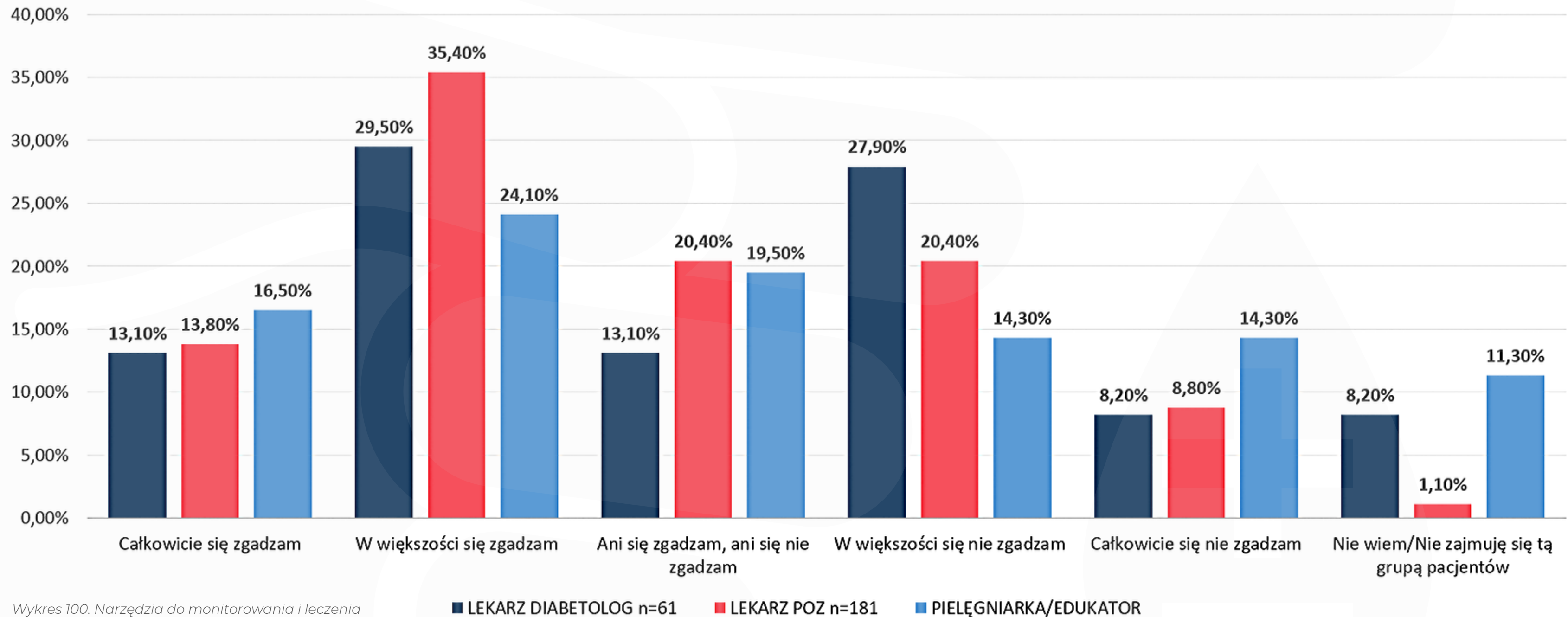
Wykres 98. Monitorowanie glikemii
- pacjenci z cukrzycą typu 2

Poziom wiedzy pacjentów na temat profilaktyki i leczenia cukrzycy typu 2 jest słaby.



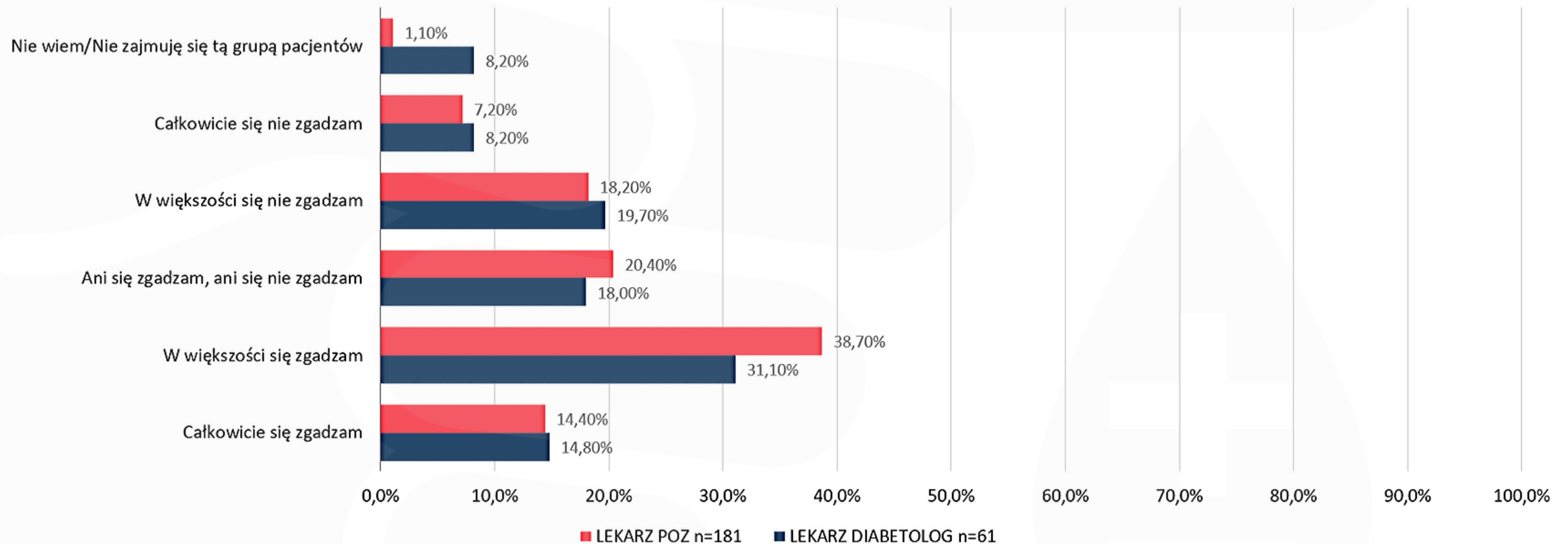
Wykres 99. Wiedza pacjentów na temat leczenia i profilaktyki - pacjenci z cukrzycą typu 2

Mam zbyt mało narzędzi, by wspomagać leczenie i monitorowanie pacjenta z cukrzycą typu 2.



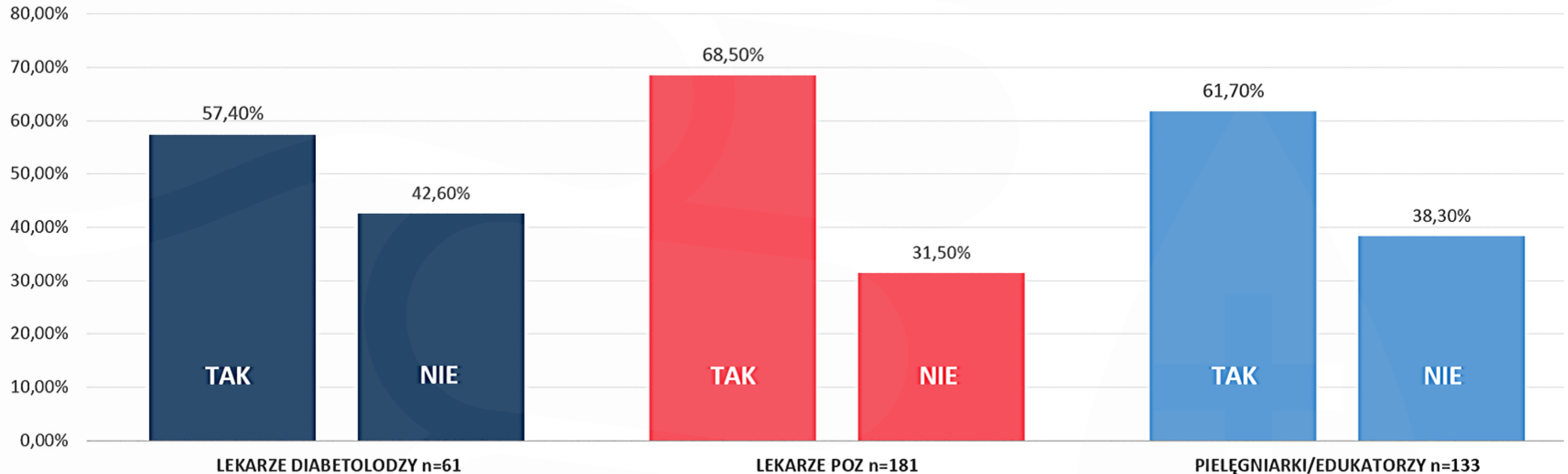
Wykres 100. Narzędzia do monitorowania i leczenia - pacjenci z cukrzycą typu 2

Mam zbyt mało możliwości zapobiegania rozwojowi u pacjentów z cukrzycą typu 2 powikłań, w tym w szczególności powikłań sercowo-naczyniowych.



Wykres 101. Możliwość zapobiegania rozwojowi powikłań - pacjenci z cukrzycą typu 2

Czy ma Pan/Pani poczucie, że ma wystarczającą informację o pacjencie (każdym), aby móc prawidłowo prowadzić pacjenta z cukrzycą?



Wykres 102. Poczucie posiadania wystarczających informacji o pacjencie, aby móc prawidłowo go prowadzić.



Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

- Pytanie otwarte pogłębione. Respondenci z trzech badanych grup mieli możliwość szerokiego wypowiedzenia się na temat tego jakich informacji potrzebują, by prawidłowo móc prowadzić lub wspomagać proces leczenia pacjentów z cukrzycą. Odpowiedzi często są szersze niż zakres pytania. W pytaniu tym wypowiedziało się 26 lekarzy diabetologów, 56 lekarzy POZ oraz 51 pielęgniarek i edukatorów.

1. DOKUMENTACJA MEDYCZNA

LEKARZE DIABETOLOGI N=26

Wypisy szpitalne i historia choroby – najlepiej dostępna w formie elektronicznej - pacjent często nie dostarcza na wizytę, np. w IKP (Internetowym Koncie Pacjenta)

Dostęp do informacji medycznej o pacjencie w POZ.

Informacje o chorobach współistniejących, w szczególności o powikłaniach cukrzycy i innych chorobach metabolicznych lub autoimmunologicznych

Informacja o obciążeniach genetycznych pacjenta lub członków rodziny

LEKARZE POZ N=56

Wypisy szpitalne i historia choroby – najlepiej dostępna w formie elektronicznej - pacjent często nie dostarcza na wizytę, np. w IKP (Internetowym Koncie Pacjenta)

Uwarunkowania psychologiczne

Uwarunkowania genetyczne

Wymiana informacji między lekarzem med. rodzinnej, a diabetologiem. Dane medyczne o leczeniu w poradni diabetologicznej. Wymiana informacji z innymi lekarzami (dostęp do całościowej dokumentacji pacjenta i możliwość konsultacji z diabetologiem a także innymi specjalistami (kardiolog, chirurg naczyniowy)

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=51

Przebieg choroby i leczenia pacjenta

Historia edukacyjna

Ogólny wywiad pacjenta wykonany u lekarza diabetologa

Edukator często ma żadną lub znikomą wiedzę o pacjencie i przebiegu jego cukrzycy

Dotychczasowy przebieg choroby

Dane od lekarzy o dotychczasowym sposobie leczenia i samokontroli pacjenta

Od kiedy choruje na cukrzycę - Nie otrzymuje często tych informacji od lekarza - **BRAK PRZEPIYU INFORMACJI OD LEKARZY DO PIELĘGNIAREK I EDUKATORÓW**

Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

2.KONSULTACJE U INNYCH SPECJALISTÓW

LEKARZE DIABETOLOGI N=26

Jakich i jak często, jakie są zalecenia i przepisane leki

Czy korzysta z porad dietetyka, psychologa itp.

LEKARZE POZ N=56

Jakich i jak często, jakie są zalecenia i przepisane leki

Czy korzysta z porad dietetyka, psychologa itp.

Wsparcia dietetyka przy konstruowaniu diety dla pacjenta - **POTRZEBA KONSULTACJI W TRAKCIE PROCESU PROWADZENIA PACJENTA**

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=51

Informacja o przebiegu leczenia u innych specjalistów

3.WYNIKI BADAŃ LABORATORYJNYCH I OBRAZOWYCH ORAZ MONITOROWANIE GLIKEMII

Wyniki dostępne w formie elektronicznej, pełen zakres jaki był zlecany tak, by można było porównać zmiany w czasie. Szczególnie o wynikach badań w chorobach, które są powikłaniami cukrzycy (badania kardiologiczne, urologiczne, okulistyczne itp.)

Stały dostęp do wyników monitorowania glikemii przez pacjenta, najlepiej niezależnych od tych, które pacjent podaje

Wyniki dostępne w formie elektronicznej, pełen zakres jaki był zlecany tak by można było porównać zmiany w czasie. Szczególnie o wynikach badań w chorobach, które są powikłaniami cukrzycy (badania kardiologiczne, urologiczne, okulistyczne itp.)

Profil glikemii dobowej, czy właściwie wykonuje pomiar, profil w skojarzeniu z ćwiczeniami fizycznymi i dietą

Informacja o glikemii i jej przebiegu

Informacje o użytkowanym sprzęcie, (szczególnie rodzaju glukometru, ale także pompy insulinowej i systemów do monitorowania glikemii, penów do podawania insuliny, itp.) – Pacjent często tego nie pamięta

Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

4. DANE APTECZNE I LISTA LEKÓW

LEKARZE DIABETOLOGI N=26

Lista leków szczególnie stosowanych stale lub długotrwale - ważne w przypadku osób starszych lub zażywających wiele leków - unikanie możliwych interakcji i działań niepożądanych

Informacja o tym, czy pacjent wykupił lek i czy wykupił lek przepisany czy zamiennik jeśli jest dostępny.

Informacja o lekach które mogą modyfikować przebieg leczenia cukrzycy

LEKARZE POZ N=56

Wiedzy na temat interakcji lekowych i wszystkich przyjmowanych leków

Wiedzy na temat pojawiających się działań niepożądanych leczenia - możliwości ich konsultacji z farmaceutą

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=51

Informacja o lekach, które pacjent zażywa

Podanie wszystkich nazw leków - pacjenci często dublują podawanie jednej substancji czynnej pod różnymi nazwami

5. NAWYKI ŻYWIENIOWE

Poziom wiedzy pacjent w zakresie sposobu żywienia w cukrzycy

Obecnym rodzaju diety

BMI dane obecne i historia zmian

Informacji, czy pacjent jest w stanie utrzymać zaleconą dietę

Wiedza o rzeczywistej, a nie deklaratywnej diecie pacjenta

BMI dane obecne i historia zmian

Informacji czy pacjent jest w stanie utrzymać zaleconą dietę

Sposób odżywiania

Wiarygodna informacja czy pacjent przestrzega diety, czy nie podjada

Czy potrafi dobrze zbilansować dietę

Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

6. PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ LEKARSKICH PRZEZ PACJENTA - EDUKACJA I COMPLIANCE

LEKARZE DIABETOLOGI N=26

Regularność zażywania przepisanych leków doustnych

Aplikowanie insuliny – czy aplikacja przebiega prawidłowo

Informacja o sposobie mierzenia poziomu glikemii – ocena czy pomiar jest dokonywany prawidłowo

Ogólnej wiedzy pacjenta na temat cukrzycy i życia z chorobą

LEKARZE POZ N=56

Regularność zażywania przepisanych leków doustnych

Aplikowanie insuliny – czy aplikacja przebiega prawidłowo

Sposobie mierzenia poziomu glikemii – ocena czy pomiar jest dokonywany prawidłowo

Rzetelność pomiarów glikemii, brak możliwości monitorowania pacjenta w domu. Konfrontacji wyników z innymi źródłami z podawanymi przez pacjenta podczas wizyt

Edukacja pacjenta oraz materiały edukacyjne napisany w sposób przystępny i zrozumiały dla każdego pacjenta

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=51

Jak przebiega proces leczenia - wyrównanie cukrzycy

Czy pacjent przestrzega zaleceń lekarskich

Bardzo przydałaby się wiarygodna informacja o tym, czy pacjent przestrzega zaleceń dietetycznych i jakie stosuje preparaty (suplementy diety)

Aplikowanie insuliny – czy aplikacja przebiega prawidłowo

Regularność zażywania przepisanych leków doustnych

Sposób mierzenia poziomu glikemii – ocena czy pomiar jest dokonywany prawidłowo

Ogólnej wiedzy pacjenta na temat cukrzycy i życia z chorobą.

Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

7. OCENA STANU PSYCHICZNEGO PACJENTA

LEKARZE DIABETOLOGI N=26

Wiedza o chorobach psychicznych

Czy była stwierdzona depresja lub inne zaburzenia

LEKARZE POZ N=56

Wiedza o chorobach psychicznych

Czy była stwierdzona depresja lub inne zaburzenia u pacjenta i w rodzinie

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=51

Jaki jest poziom akceptacji choroby i nastawienia pacjenta do leczenia

8. MATERIAŁY POMOCNICZE I EDUKACJA WŁASNA

Algorytmu postępowania z pacjentem

Zrozumiałe wytyczne

Brak wiedzy jak prowadzić pacjenta na insulinie - niezbędne szkolenia

Broszury, ulotki, kursy doszkalające dla edukatorów i pielęgniarek diabetologicznych

Zmianie wytycznych na temat leczenia cukrzycy

Nowych terapiach lekowych i innych innowacjach w cukrzycy

Tabele produktów z niskim IG, glukometry i peny do demonstracji i edukacji pacjentów

Wiedzy na temat interakcji i przeciwwskazań do przyjmowania pewnych leków przez pacjentów

Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

7.SYTUACJA ŚRODOWISKOWA I TRYB ŻYCIA

LEKARZE DIABETOLOGI N=26

Sytuacja rodzinna

Sytuacja materialna

Sytuacja socjalna pacjenta

Informacja o aktywności fizycznej pacjenta

LEKARZE POZ N=56

Sytuacja rodzinna

Sytuacja materialna

Profil aktywności fizycznej – rzeczywisty i miarodajny

Sposób codziennego funkcjonowania pacjenta - praca, żywienie, aktywności, osoby, które współuczestniczą w żywieniu i terapii

Czy ktoś z rodziny może wspomagać pacjenta w procesie leczenia

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=51

Sytuacja rodzinna

Sytuacja materialna

Sytuacja socjalna pacjenta - informacja potrzebna do pracy holistycznej z pacjentem

Sytuacja materialna

Aktywność fizyczna pacjenta, jak pacjenci spędzają wolny czas

Poziom sprawności pacjenta

Z jakich używek korzysta i jak często

Czy ktoś z rodziny może wspomagać pacjenta w procesie leczenia

Jaki rodzaj pracy wykonuje pacjent

Jakie informacje są dla Pana/Pani niezbędne by prawidłowo prowadzić (wspomagać proces leczenia) pacjenta diabetologicznego?

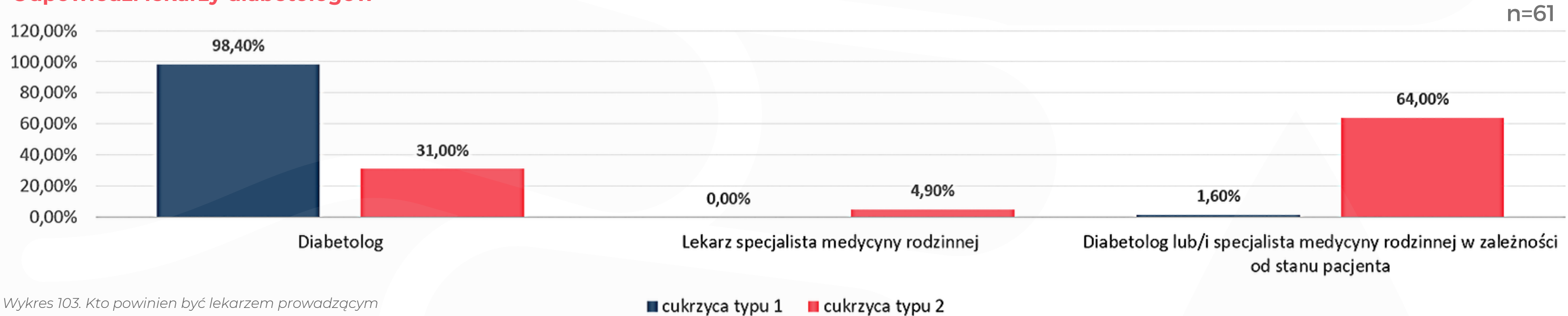
PODSUMOWANIE PYTANIA

W odpowiedziach badanych osób wyraźnie przebiega się potrzeba posiadania bardziej kompleksowej i bardzo konkretnej informacji o pacjencie. Ankietowani zwracają uwagę, że wiedza o pacjencie często jest rozproszona i nie ma jednego miejsca, gdzie jest gromadzona i przetwarzana, a dostęp do pełnej informacji o pacjencie jest trudny. Praktycznie wszyscy ankietowani uważali, że tego typu narzędzie (baza danych) bardzo pomogłoby w ich pracy z pacjentem. Cześć ankietowanych wskazywała, że takim miejscem mogłoby być IKP (Internetowe Konto Pacjenta). Lekarzom diabetologom i lekarzom POZ najbardziej potrzebna jest wiedza o historii choroby wraz z całościową informacją o wcześniejszych poradach u wszystkich specjalistów i zastosowanych terapiach. Równie ważna jest informacja o zażywanych lekach i ewentualnych interakcjach lekowych. Dla lekarzy ważny jest też kontekst społeczno-ekonomiczny pacjenta, sytuacja rodzinna, tryb życia, dieta i aktywność fizyczna. Istotne jest to, by dane te lekarz miał już na początku leczenia, tak by można było opisać szczegółowo stan wyjściowy pacjenta i później monitorować przebieg leczenia, stan pacjenta i zmiany w czasie.

Lekarze POZ wyraźnie wskazują, na potrzebę zastosowania nowoczesnych narzędzi do monitorowania pacjenta tak by lekarz mógł zweryfikować dane medyczne z wywiadem uzyskanym od pacjenta. Dla lekarzy ważnym aspektem jest również posiadanie wiedzy, jaki tryb życia prowadzi pacjent, gdyż od tego zależy czy uda się dobrze poprowadzić pacjenta w procesie leczenia, czy pacjent będzie stosował się do zaleceń lekarskich. Pielęgniarki i edukatorzy diabetologiczni, większy nacisk kładą na potrzebę posiadania również pozamedycznej informacji o pacjencie. W szczególności Jego sytuacji materialnej i społecznej, miejscu pracy i sytuacji rodzinnej. Poziomie jego sprawności fizycznej i intelektualnej. Ta grupa ankietowanych również najczęściej odpowiadała o potrzebie samokształcenia się w kierunku opieki nad pacjentem z cukrzycą i o potrzebie dostępu do materiałów informacyjnych i sprzętu, który pomógłby im w codziennej pracy z pacjentami.

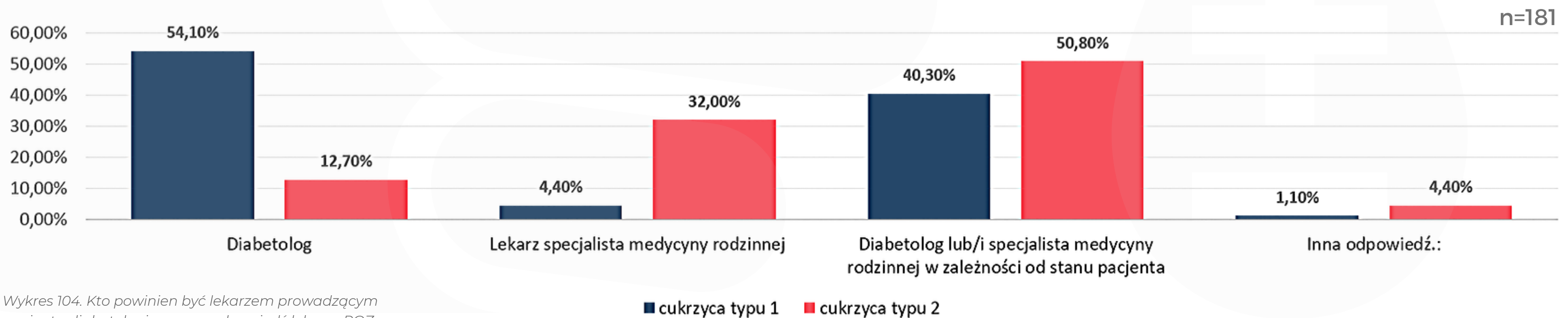
W Pana/Pani opinii, jaki lekarz powinien być lekarzem prowadzącym (koordynującym proces leczenia) dla pacjenta diabetologicznego?

Odpowiedzi lekarzy diabetologów



Wykres 103. Kto powinien być lekarzem prowadzącym pacjenta diabetologicznego - odpowiedź lekarzy diabetologów

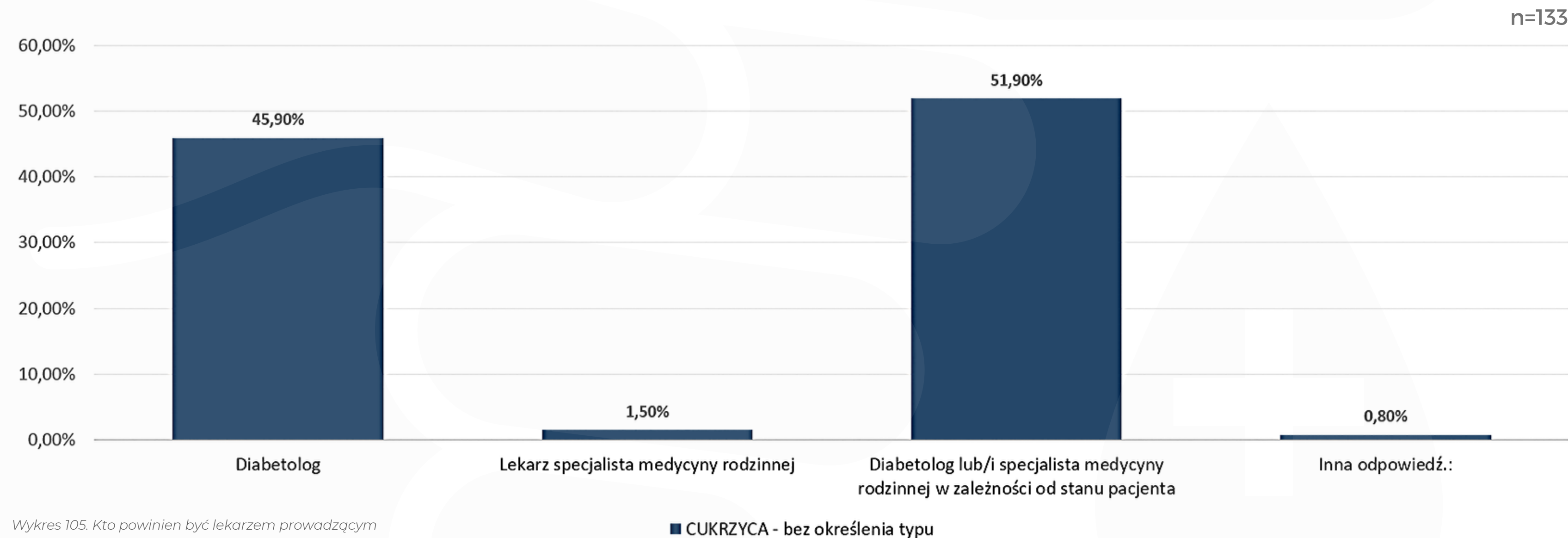
Odpowiedzi lekarzy POZ



Wykres 104. Kto powinien być lekarzem prowadzącym pacjenta diabetologicznego - odpowiedź lekarzy POZ

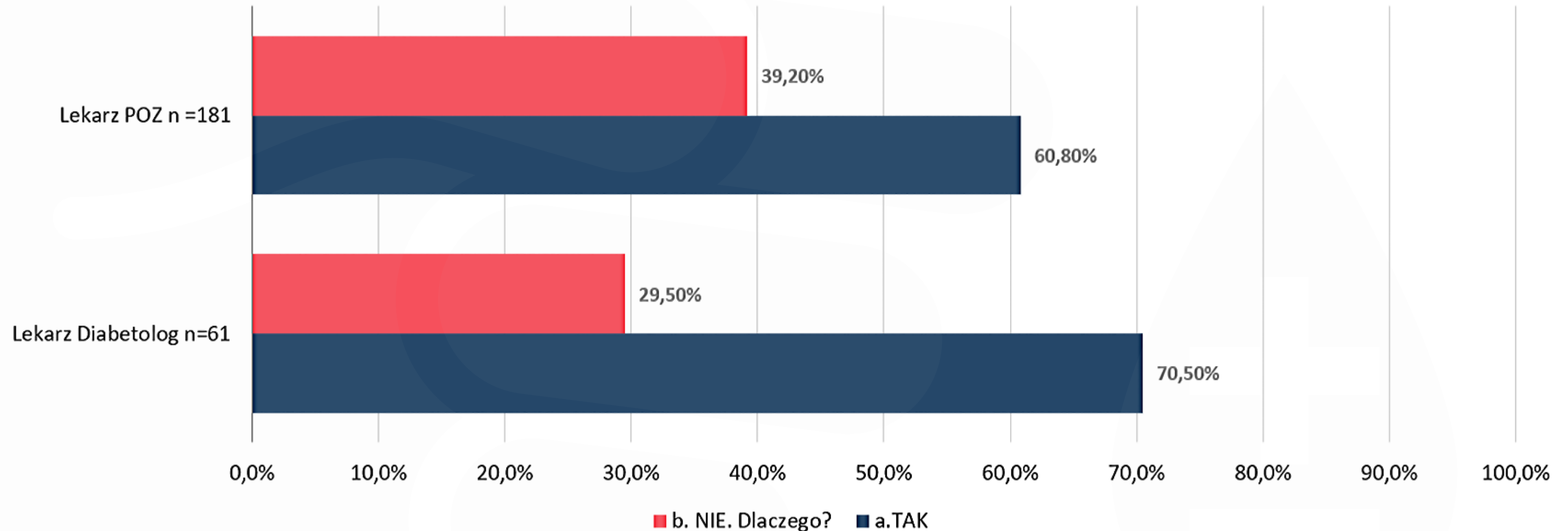
W Pana/Pani opinii, jaki lekarz powinien być lekarzem prowadzącym (koordynującym proces leczenia) dla pacjenta diabetologicznego? Odpowiedzi bez podziału na typy cukrzycy.

Odpowiedzi pielęgniarek/edukatorów



Wykres 105. Kto powinien być lekarzem prowadzącym pacjenta diabetologicznego - odpowiedź pielęgniarek i edukatorów

Czy uważa Pan/Pani, że część obowiązków związanych z leczeniem pacjenta diabetologicznego powinno zostać przekazane w kompetencje lekarza specjalisty medycyny rodzinnej – (poza tymi, które są obecnie w jego kompetencji)? (Pytanie skierowano do lekarzy diabetologów i lekarzy POZ).



Wykres 106. Czy uważa Pan/Pani, że część obowiązków związanych z leczeniem pacjenta diabetologicznego powinno zostać przekazane w kompetencje lekarza specjalisty medycyny rodzinnej



Czy uważa Pan/Pani, że część obowiązków związanych z leczeniem pacjenta diabetologicznego powinno zostać przekazane w kompetencje lekarza specjalisty medycyny rodzinnej - (poza tymi, które są obecnie w jego kompetencji)?
(Pytanie skierowano do lekarzy diabetologów i lekarzy POZ).

ODPOWIEDŹ: Nie, dlaczego? wybrane i zagregowane odpowiedzi

LEKARZ DIABETOLOG n=18

- Brak wiedzy i doświadczenia - Nie mają odpowiednich kompetencji
- Brak możliwości opieki specjalistycznej
- Już mają zbyt dużo obowiązków
- Cukrzyca typu 1 tylko u diabetologa, typ 2 w zależności od stanu
- lekarze rodzinni nie podejmą się dodatkowych obowiązków
- Brak możliwości leczenia kompleksowego
- Mają zbyt mało czasu
- Mechaniczne powielanie leków, nie ma właściwego nadzoru nad leczeniem
- Część pacjentów przestanie się wówczas kontrolować w poradniach diabetologicznych
- Już mają duże kompetencje i się nie wywiązują
- Lekarz rodzinny nie może być specjalistą w wielu dziedzinach
- To powrót do czasów, które doskonale pamiętam - cukrzyka leczą wszyscy - rośnie liczba powikłań

LEKARZ POZ n=71

- Obecny podział kompetencji jest dobry
- Brak czasu, musielibyśmy mieć dodatkowy personel pomocniczy, Mniejsze listy, diabetocy to tylko jeden z wielu rodzajów pacjentów. Zbyt duże obciążenia administracyjne.
- Brak lekarzowi rodzinnemu odpowiednich narzędzi
- Diabetolog ma większe doświadczenie
- Brak doświadczenia i wiedzy na temat prowadzenia cukrzycy typ I
- Brak zasobów ludzkich i finansowych - zbyt małe środki na profilaktykę i leczenie
- Przy obecnym obciążeniu lekarzy rodzinnych brak czasu na właściwe zajęcie się pacjentem z cukrzycą
- Pacjent i tak najczęściej porad ma w ramach POZ, okresowo kontrola u lekarza diabetologa - obecny podział jest OK
- Brak możliwości dobrej konsultacji takiego pacjenta
- Polski pacjent bardziej stosuje się do zaleceń specjalistów

Czy uważa Pan/Pani, że część obowiązków związanych z leczeniem pacjenta diabetologicznego powinno zostać przekazane w kompetencje lekarza specjalisty medycyny rodzinnej - (poza tymi, które są obecnie w jego kompetencji)?
(Pytanie skierowano do lekarzy diabetologów i lekarzy POZ).

ODPOWIEDŹ: Tak: Jakie to kompetencje według Pana/Pani? wybrane i zagregowane odpowiedzi

LEKARZ DIABETOLOG n=18

- Diagnostyka powikłań odległych, zaopatrywanie stopy cukrzycowej wg zaleceń diabetologa
- Coroczne badania krwi i moczu, kierowanie do okulisty
- Koordynowanie i kierowanie na badania oceniające obecność i progresję powikłań, zwłaszcza u pacjentów dorosłych, którzy zmieniają poradnie specjalistyczne
- W czasie wizyt w poradni lekarza rodzinnego - także kontrola realizacji zaleceń zespołu terapeutycznego, chociażby ocena glikemii, częstości pomiarów itp.
- Monitorowanie systematyczne wagi, ciśnienia i lipidogramu, glikemii, parametrów nerkowych, elektrolitów, hba1c, itp., badane pod kątem przewlekłych powikłań pacjenta wg ustalonego sztywnego schematu, zlecenie konsultacji okulistycznych kontrolnych u pacjentów bez powikłań, co roczne badania jak w zleceniach Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego
- oceniane stopnia prowadzonej samokontroli i kontrola glukometrów - może być w kompetencjach pielęgniarki środowiskowej

LEKARZ POZ n=71

- Monitoring leczenia. Edukacja. Modyfikacja leczenia, kontrola obecności powikłań
- Ocena glikemii, utraty lub wzrostu masy ciała, ocena stop i ewentualnego gojenia ran, ocena stosowania diety przez pacjenta oraz wysiłku fizycznego, ocena stosowanego leczenia lub ewentualnego występowania działań niepożądanych
- Ocena poziomu stosowania się do zaleceń
- Możliwość zlecenia badań oceniających wydolność wieńcową pacjenta/echo, próba wysiłkowa/ocena tętnic domózgowych USG, Doppler tt. kończyn dolnych
- Żywność, samokontrola leczenie doustnymi lekami cukrzycowymi
- Pod opieką diabetologa powinni znajdować się tylko pacjenci, którzy tego wymagają, ich jednostka chorobowa
- diagnostyka np. LADA
- Kontrola prowadzonego leczenia, wg. aktualnych wytycznych
- Kontrola ew. powikłań cukrzycy, szczególnie neuropatii
- Zalecenia insulinoterapii, większy panel badań

Czy uważa Pan/Pani, że część obowiązków związanych z leczeniem pacjenta diabetologicznego powinno zostać przekazane w kompetencje lekarza specjalisty medycyny rodzinnej - (poza tymi, które są obecnie w jego kompetencji)? (Pytanie skierowano do lekarzy diabetologów i lekarzy POZ).

ODPOWIEDŹ: Tak: Jakie to kompetencje według Pana/Pani?

wybrane i zagregowane odpowiedzi

LEKARZ DIABETOLOG n=18

- Bilanse diabetologiczne - powinny zostać stworzone osobne godziny w grafiku POZ, w których konsultowani są wyłącznie pacjenci z cukrzycą t.2 przez zespół pielęgniarka - lekarz POZ, w czasie których wyłącznie czas zostanie poświęcony cukrzycy (zlecenie badań, edukacja, modyfikacja leczenia itp.)
- Edukacja terapeutyczna, okresowa kontrola czynników ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych, kontrola zaleceń terapeutycznych {wg. Zaleceń PTD} okresowa {np. 1 x w roku} konsultacja diabetologa
- Edukacja pacjenta, edukacja rodziny dotycząca leczenia (dieta, leki, podawanie insuliny) i zapobiegania przewlekłym powikłania i powikłaniom hipoglikemii, porady reedukacyjne
- Kontynuacja leczenia i kontrola koniecznych badań kontrolnych w przypadku stabilnego przebiegu choroby i wyrównania cukrzycy zgodnego z zaleceniami PTD
- Badania oceniające ew. powikłania cukrzycy-wg zaleceń PTD, monitorowanie chorób współistniejących gł. nadciśnienia tętniczego, czynności nerek, zaburzeń gospodarki lipidowej, w razie wskazań kierowanie na konsultacje specjalistyczne w tym kardiologiczne, okulistyczne, neurologiczne itp.

LEKARZ POZ n=71

- Możliwość zlecenia badań lab - przeciwciała, hormony. Ułatwienie dostępu dla pacjentów do konsultacji okulistycznej, neurologicznej, nefrologicznej/
- Edukacja, systematyczne badania i interpretacja pomiarów przez pacjenta, szkolenie najbliższej rodziny. Okresowe badania parametrów cukrzycowych - profil uwzględniający ewentualne powikłania sercowe i nerkowe.
- Prowadzenie porad dietetycznych w oparciu o zespół POZ w składzie, którego powinien być dietetyk
- Możliwość pisania leków na refundację bez konsultacji z diabetologiem, możliwość wykonywania specjalistycznych badań w celu monitorowania np. pomiar insuliny, przeciwciał trzustkowych
- Konsultacje dietetyczne, wzmacnianie psychologiczne w długotrwałej chorobie i motywowanie do zmiany stylu życia, rehabilitacja ruchowa
- Uważam, że obecne obowiązki lekarza rodzinnego są wystarczające - prowadzę chorych z cukrzycą typu 2, monitoruję CTK, glikemię, gospodarkę lipidową, funkcję nerek, poziom HbA1c, kieruję do okulisty. Pacjentów z licznymi powikłaniami kieruję do specjalisty diabetologa

Czy uważa Pan/Pani, że część obowiązków związanych z leczeniem pacjenta diabetologicznego powinno zostać przekazane w kompetencje lekarza specjalisty medycyny rodzinnej - (poza tymi, które są obecnie w jego kompetencji)? (Pytanie skierowano do lekarzy diabetologów i lekarzy POZ).

ODPOWIEDŹ: Tak: Jakie to kompetencje według Pana/Pani?

wybrane i zagregowane odpowiedzi

LEKARZ DIABETOLOG n=18

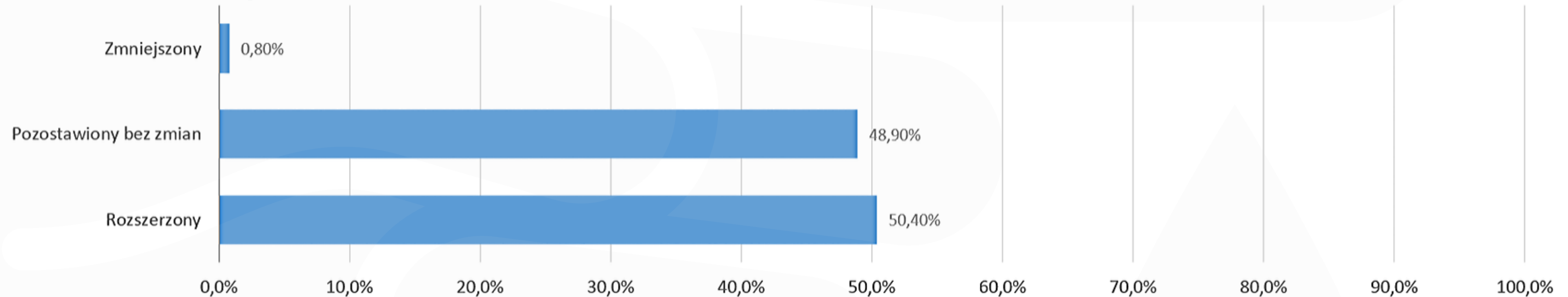
- Prowadzenie pacjenta na lekach doustnych - po uprzedniej konsultacji diabetologicznej, leczenie nadciśnienia tętniczego
- Wykonywanie podstawowych badań laboratoryjnych, badanie dna oka, sprawdzanie dzienniczka samokontroli
- Systematyczne wykonywanie badań (lipidogram, poziom kreat) - wg zaleceń PTD, zapoznawanie się z wartościami glikemii w samokontroli również na podstawie odczytu glukometru, mierzenie ciśnienia tętniczego, antropometria, EDUKACJA chorych w zakresie prawidłowego odżywiania i wysiłku fizycznego
- Prowadzenie pacjentów na monoterapii lekami doustnymi
- Leczenie pacjentów z cukrzycą typu 2, leczonych lekami doustnymi bez przewlekłych powikłań cukrzycy
- Coroczne badania oceniające wyrównanie metaboliczne pacjenta z cukrzycą typu 2 na leczeniu doustnym oraz na leczeniu doustnym z insuliną bazową, wraz z konsultacją okulistyczną i EKG - wg PTD. Tak przygotowany pacjent powinien być kompleksowo konsultowany diabetologicznie tylko jeden raz w roku. Komplet powyższych badań powinien być przeprowadzony w krótkim czasie przed planowaną konsultacją

LEKARZ POZ n=71

- Prowadzenie pacjentów stabilnych, już uregulowanych w poradni z systematycznymi konsultacjami ustalonymi wspólnie z lek. diabetologiem co do ilości w roku oraz pomocy doraźnej lekarza diabetologa w przypadku zaistniałej potrzeby. Lekarz diabetolog powinien prowadzić ciężkie i trudne i niestabilne przypadki, pozostałe powinny być prowadzone w ramach poradni lekarza rodzinnego po ustalonym planie leczenia w poradni diabetologicznej
- Nadzór nad prawidłowością leczenia, monitorowanie, a konsultacje diabetologa w razie potrzeby w cukrzycy t. II, w typie I odwrotnie - głównym prowadzącym powinien być diabetolog, a lek. rodzinny konsultacje w razie potrzeby
- Udostępnienie glukometrów, weryfikacja wyników, pomiarów glikemii, dieta, znaczenie wysiłku fizycznego, udział farmakoterapii. Najważniejszym wydaje się być szeroko rozumiana edukacja pacjenta i rodziny
- Prowadzenie pacjentów z cukrzycą t. 2



Czy uważa Pan/Pani, że zakres obowiązków pielęgniarki/edukatora diabetologicznego związany z opieką i edukacją nad pacjentem diabetologicznym powinien zostać: (Pytanie skierowano do pielęgniarek i edukatorów)



Wykres 107. Jak powinien zostać zmieniony zakres obowiązków pielęgniarki/edukatora diabetologicznego związany z opieką i edukacją nad pacjentem diabetologicznym

Co według Pani/Pana powinno zostać zmienione w zakresie obowiązków?

wybrane i zagregowane odpowiedzi

- Ciągłość w spotkaniach z pacjentem.
- Większy i dłuższy zakres edukacji.
- Możliwość kursów, doszkalania się. Więcej czasu dla pacjenta.
- Każdy oddział powinien mieć edukatora,
- Zawód edukator w cukrzycy.
- Problemem nie są same obowiązki, lecz struktura i system opieki oraz jego dopasowanie do profilu i wymagań, jakie stawia ta choroba. A właściwie choroby. Uważam, że dużym błędem jest częste łączenie cukrzycy typ I i II. Wymagają one bowiem innej strategii działania i podejścia.



Co według Pani/Pana powinno zostać zmienione w zakresie obowiązków?

wybrane i zagregowane odpowiedzi

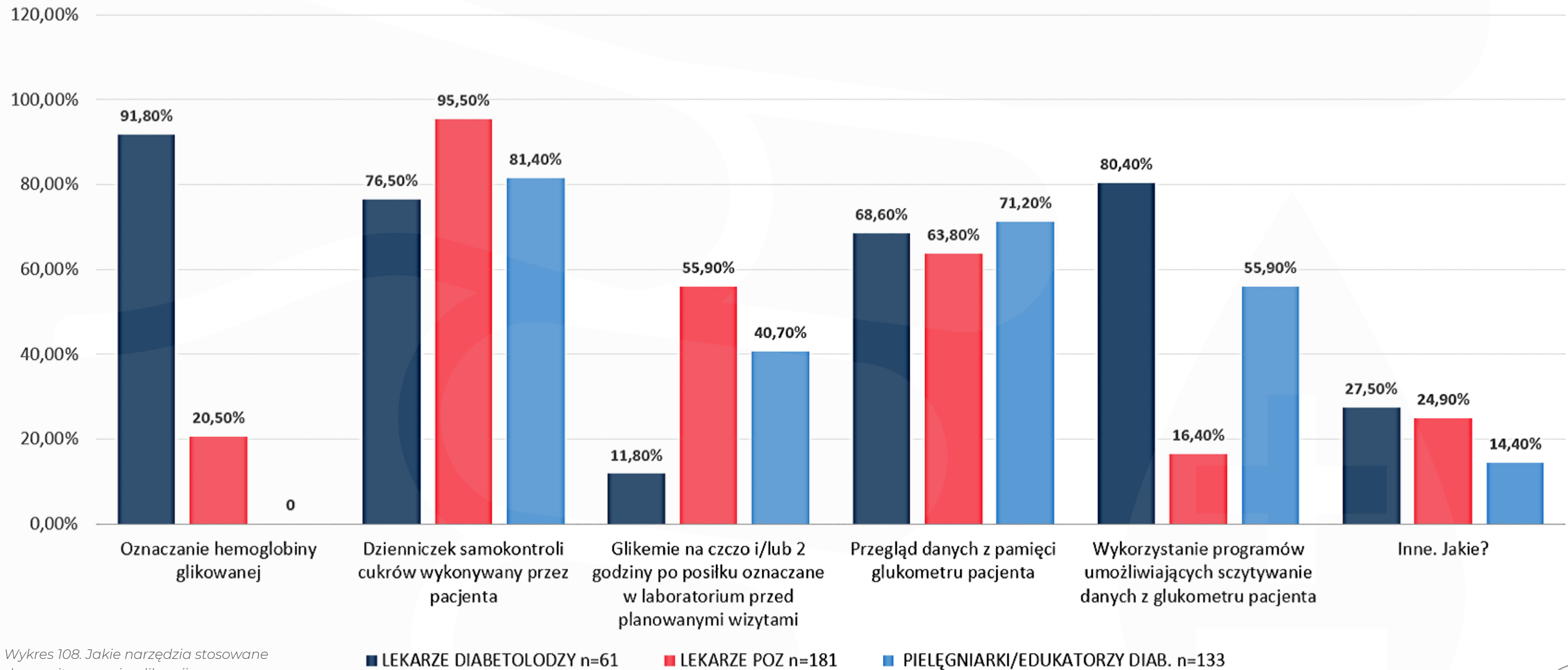
- Ustrukturyzowanie i podejście systemowe do pracy z pacjentem diabetologicznym. Możliwość decydowania o modyfikacji leczenia pacjenta z cukrzycą przez pielęgniarkę diabetologiczną. Przy czym istotne wydaje się rozgraniczenia roli i obowiązków oraz uprawnień pielęgniarki diabetologicznej, a edukatora, który nie zawsze powinien mieć w swoich kompetencjach w/w możliwości.
- Dokładne wytyczne dla edukatorów - schemat postępowania.
- Współpraca między członkami zespołu terapeutycznego, większa samodzielność edukatorów oraz opłacanie ich przez NFZ.
- Możliwość rozliczania wizyt z NFZ, również wizyt telefonicznych, możliwość podejmowania decyzji terapeutycznych (wprowadzania zmian w bazie, w kalkulatorze bolusa), możliwość rozliczania wizyt dot. porad dietetycznych z NFZ, możliwość samodzielnej analizy glikemii i wprowadzanie zmian w dawkowaniu insuliny.
- W każdej poradni diabetologicznej powinno pracować dwóch, trzech edukatorów diabetologicznych przypadających w przeliczeniu na jednego przyjmującego lekarza i realizować potrzebny program powtarzanej edukacji również niezależnie od wizyt lekarskich, bo to stanowi podstawę leczenia schorzeń metabolicznych. Bez edukacji nie ma skutecznego leczenia. Jest tylko ratowanie życia i "hodowanie" powikłań. Edukatorów i edukacji dramatycznie brakuje, bo edukacja formalnie nie jest wycenioną procedurą medyczną i ZOZ-y nie otrzymują za to punktów z NFZ więc bardzo często w tym samym czasie ta pielęgniarka/edukator ściąga szwy, wykonuje EKG, spirometrię na potrzeby innych poradni AOS, jest jednocześnie rejestratorką.
- Opracowanie procedur edukacyjnych i nadzór nad ich realizacją. Szacowanie potrzeb edukacyjnych oraz pielęgniarstwo kliniczne.
- Zwiększone możliwości edukacji pacjentów uwzględnione w systemie procedur NFZ.

Co według Pani/Pana powinno zostać zmienione w zakresie obowiązków?

wybrane i zagregowane odpowiedzi

- Edukator powinien mieć możliwość samodzielnego dostosowywania dawek insuliny, wrażliwości, wartości docelowych, aktywności insuliny dla pacjenta na wizytach kontrolnych, ponieważ przy sczytywaniu pompy, systemów CGM to edukator poświęca pacjentowi od 20 min. do 2 godzin analizując dane ze sczytania. Lekarz nie ma na to czasu. Powinna być możliwość przeprowadzania płatnych wizyt przez edukatorów, ponieważ obecnie, mimo że edukacja jest najdłuższą częścią wizyty pacjenta, jest nieopłacana. Edukator często też dzwoni do pacjenta celem kontroli glikemii i zastosowania zaleceń zleconych przez lekarza, zdalne sczytanie pompy – i również to jest wizyta niepłatna, która zajmuje czas edukatora i lekarza.
- Możliwość samodzielnej modyfikacji dawki insuliny - większa samodzielność w edukacji.
- Powinna zostać wprowadzona porada pielęgniarki POZ w zakresie leczenia i profilaktyki w cukrzycy, która obejmowałaby kontrole glikemii, HbA1C, dietę, pomiary antropometryczne, leczenie oraz działania zapobiegające powstaniu stopy cukrzycowej.
- Pielęgniarki i dietetycy powinni być zatrudniani na określone stanowiska – tylko kontakt z pacjentem. Sprawami organizacyjnymi poradni powinni zajmować się inni pracownicy. Skutkiem dużej ilości obowiązków (przygotowanie pacjenta do wizyty, umawianie wizyt, szkolenie pacjenta, branie udziału np. w przetargach, pilnowanie tego, czy działa sprzęt w poradni, wypełnianie dokumentacji) jest niewystarczająca ilość czasu dla pacjenta. Jako dietetyk również zajmuję się organizacją działania poradni. Ponadto nie mam osobnego swojego gabinetu, a w takim wypadku mogłabym całkowicie poświęcić swój czas pracy na pracę z pacjentami. Stąd uważam, że zespół sprawujący opiekę nad pacjentami z cukrzycą powinien być duży, a każdy w nim ma mieć swoje zadanie. Rzeczywistość wygląda tak, że wszyscy się wszystkim zajmują. A edukacja pacjentów to mniejsze koszty leczenia.
- Zakres obowiązków jest dobry, ale moim zdaniem potrzebne są gabinety pielęgniarskie - edukatora czynne 5 dni w tygodniu.

Jakie narzędzia stosuje Pan/Pani, aby monitorować glikemię?



Wykres 108. Jakimi narzędziami stosowanymi do monitorowania glikemii

Jakie narzędzia stosuje Pan/Pani, aby monitorować glikemię?

PODSUMOWANIE PYTANIA

Lekarze diabetolodzy wskazali, że rutynowym narzędziem monitorowania cukrzycy jest badanie poziomu hemoglobiny glikowanej - odpowiedziało tak **91,8%** diabetologów. Bardzo często we wszystkich grupach stosowanym narzędziem był „Dzienniczek samokontroli uzupełniany przez pacjenta”. Wskazało tak **76,5%** diabetologów, aż **95,5%** lekarzy POZ, oraz **81,4%** pielęgniarek i edukatorów diabetologicznych. Większość ankietowanych wykorzystuje również w pracy przeglądanie pamięci glukometrów, którymi pacjenci dokonują pomiarów poziomu glukozy we krwi, lekarze diabetolodzy bardzo często zaczytują dane z glukometrów przy pomocy specjalnych programów komputerowych. Odpowiedź taką dało aż **80%** diabetologów. Z narzędzia tego korzysta również prawie **56%** pielęgniarek i edukatorów. W odpowiedzi „Inne” ankietowani z każdej grupy udzielali podobnych odpowiedzi, przede wszystkim nowoczesne narzędzie typu - Ciągłe monitorowanie glikemii (CGM), systemów typu „Flash” - FGM, jak również odczyty z systemów pomp insulinowych czy LIBRE. Są to jednak nadal system używane rutynowo tylko przez niewielką część pacjentów. Pielęgniarki i edukatorzy często zwracają uwagę, iż osoby starsze często źle korzystają z narzędzi, które mają do dyspozycji, dlatego monitorowanie pacjentów w szczególności z cukrzycą **typu 2** jest trudne.



Jakie narzędzia stosuje Pan/Pani, aby monitorować rozwój powikłań cukrzycowych? Pytanie otwarte

wybrane i zagregowane odpowiedzi

LEKARZ DIABETOLOG n=61

Badania zgodne z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (PTD) tj.:

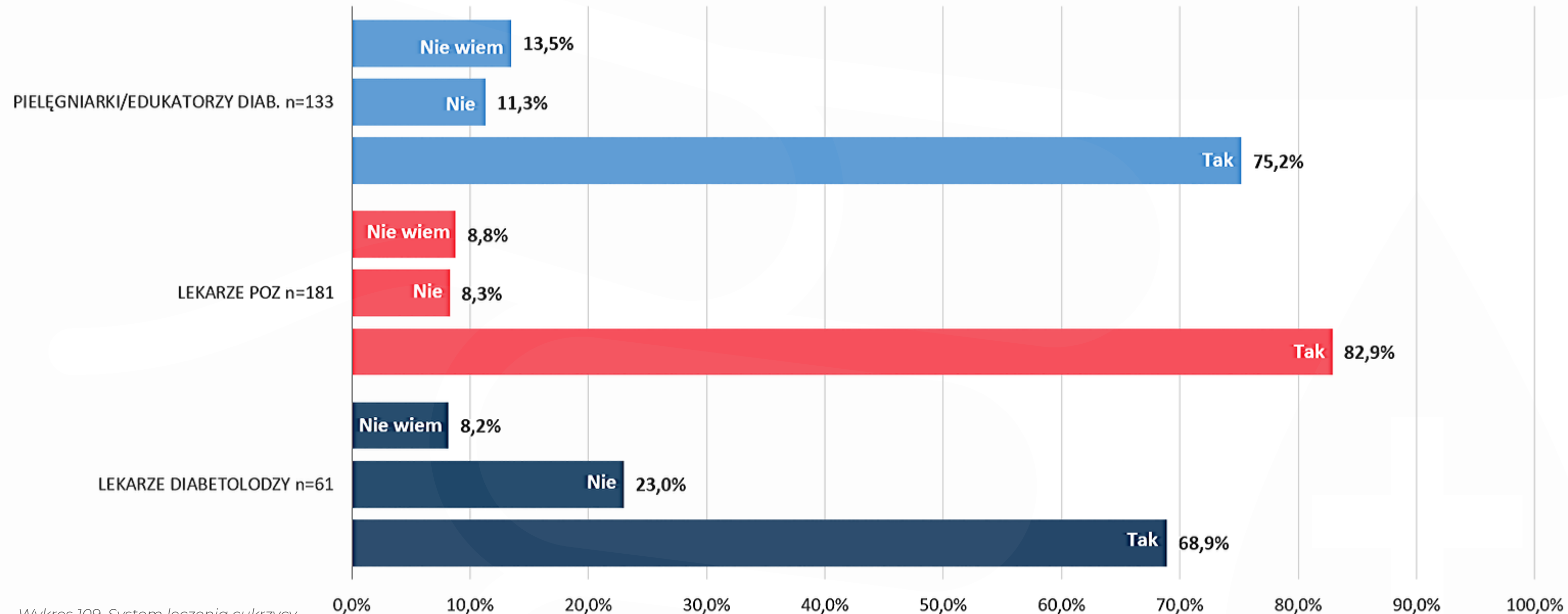
- Badanie czucia kończyn dolnych. Badanie w kierunku polineuropatii. Konsultacja neurologiczna
- Konsultację okulistyczną i badanie dna oka, diagnostyka w kierunku retinopatii cukrzycowej
- Badanie USG Dopplera kończyn dolnych
- Wskaźnik kostkowo-ramienny (ABI)
- **Badanie serca:** EKG, Holter, ECHO, próba wysiłkowa i skierowanie na konsultację kardiologiczną
- Badania biochemiczne określające funkcje nerek, konsultacje nefrologiczne
- Badanie wątroby
- Specyficzne badania laboratoryjne
- Mikroalbuminuria, wskaźnik alb/kreatynina
- INNE w zależności od przypadku klinicznego

LEKARZ POZ n=116

- Badania fizykalne i laboratoryjne, które można zlecić w POZ w szczególności morfologia i badanie ogólne moczu
- Systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego (RR), kontrola stóp i naczyń, ocena skóry pacjenta
- Wywiad z pacjentem
- Okresowa kontrola EKG, gospodarki lipidowej
- Okresowa kontrola kreatyniny, eGFR
- Skierowania na konsultacje – diabetologiczną, okulistyczną, kardiologiczną
- Rzadko inne badania specjalistyczne



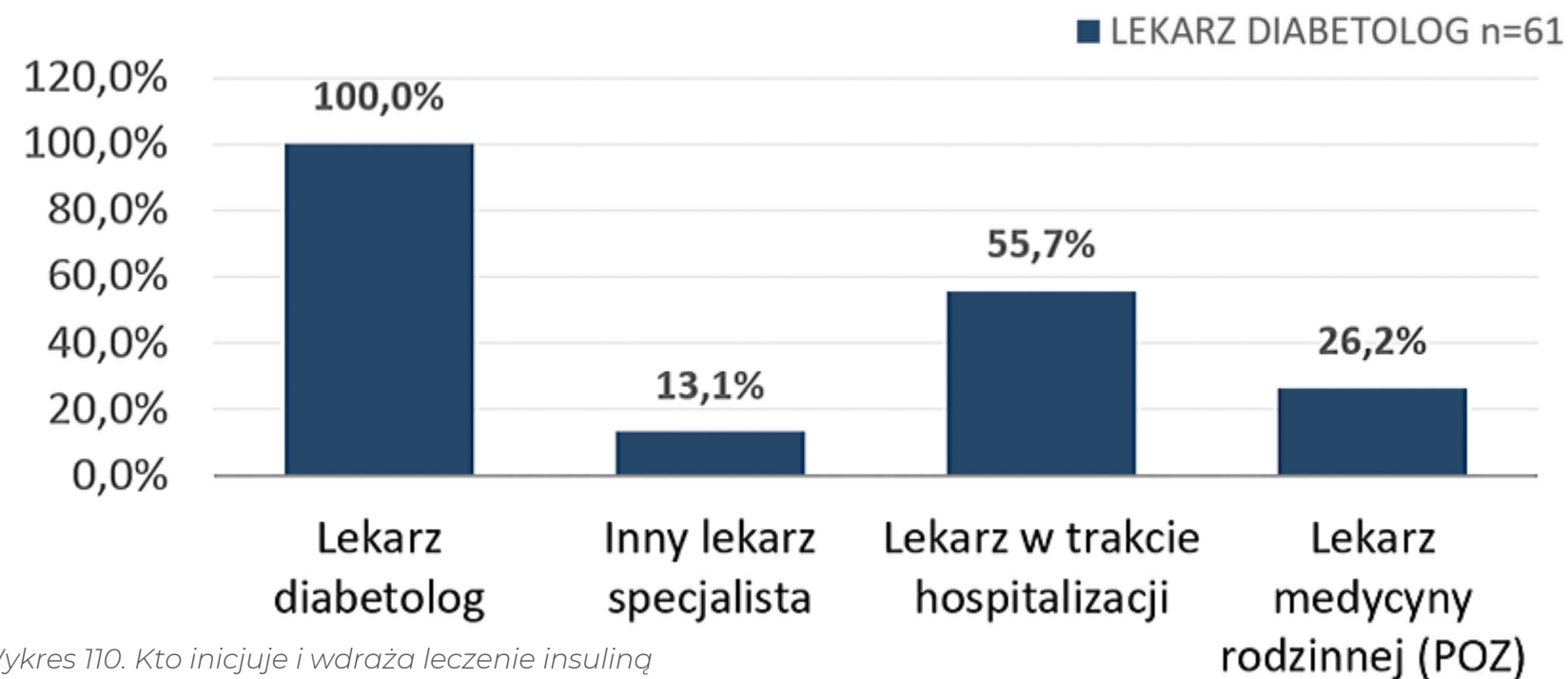
Czy zgadza się Pan/Pani ze stwierdzeniem, że polski system leczenia pacjentów z cukrzycą jest skoncentrowany na regulowaniu poziomów glikemii?



Wykres 109. System leczenia cukrzycy skoncentrowany na regulowaniu poziomów glikemii

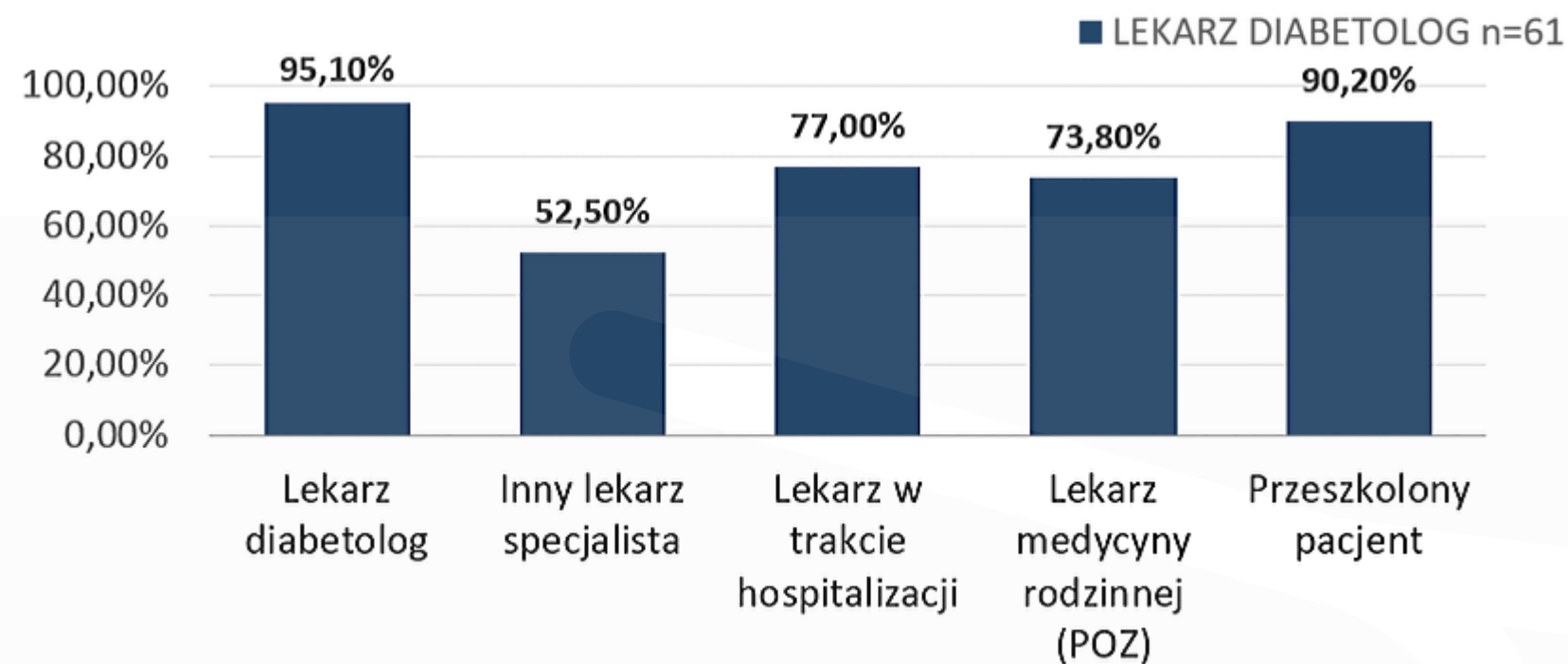
We wszystkich trzech badanych grupach większość ankietowanych uważa, że w Polsce system leczenia cukrzycy jest skoncentrowany na regulowaniu poziomu glikemii. Jest to odpowiednio (**68,9%** diabetologów, **82,9%** lekarzy POZ, oraz **75,2%** pielęgniarek i edukatorów diabetologicznych).

Kto inicjuje i wdraża leczenie insuliną u pacjenta diabetologicznego? Możliwe wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi



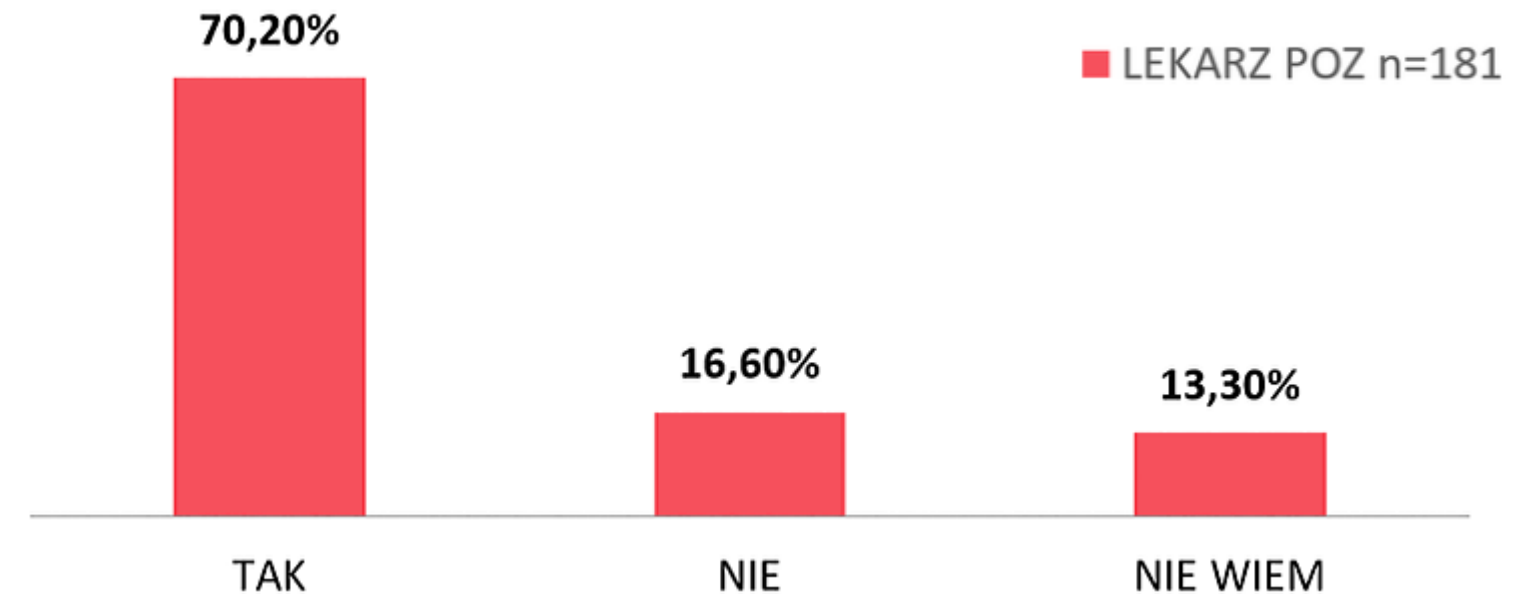
Wykres 110. Kto inicjuje i wdraża leczenie insuliną

Kto powinien móc decydować o zmianie dawkowania insuliny u pacjenta diabetologicznego?



Wykres 112. Kto powinien decydować o zmianie dawkowania insuliny

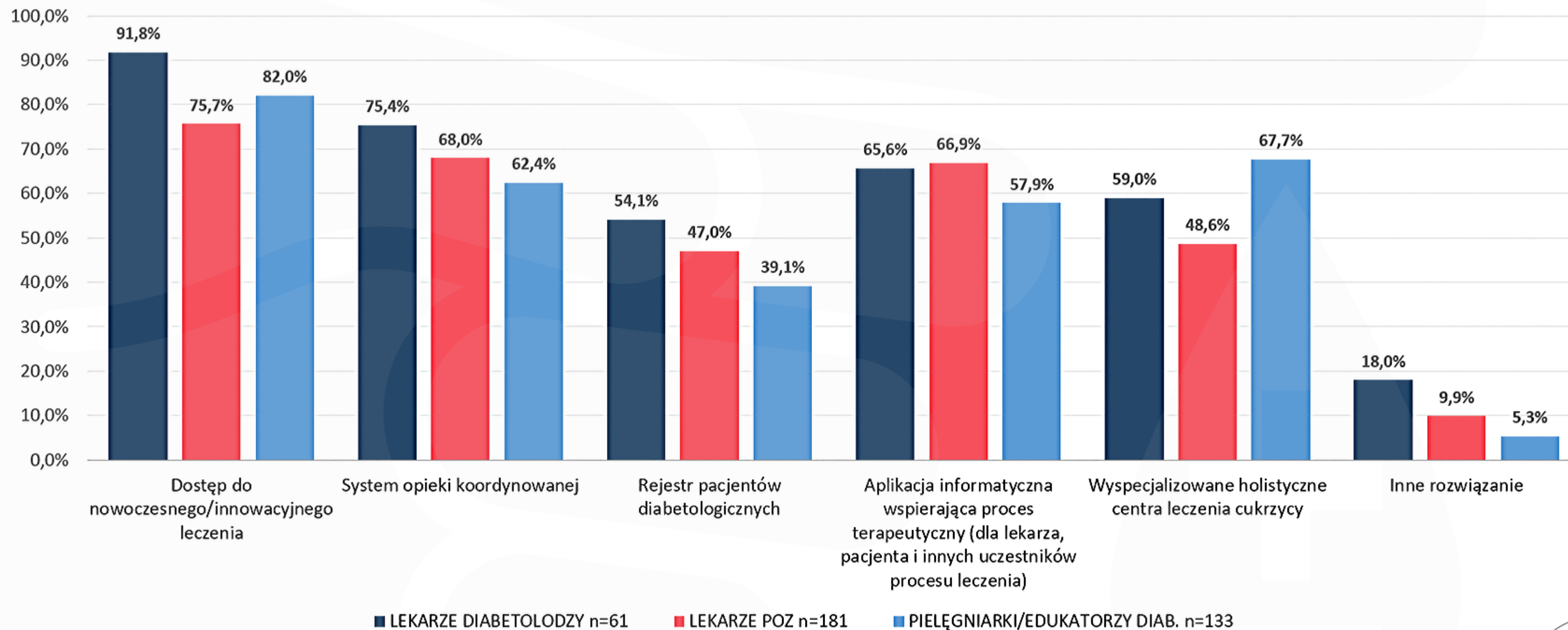
Czy lekarz POZ może inicjować i wdrażać leczenie insuliną u pacjenta diabetologicznego?



Wykres 111. Czy lekarz POZ może inicjować i wdrażać leczenie insuliną

100% Lekarzy diabetologów odpowiedziało, że inicjację i wdrażanie leczenia może dokonywać lekarz diabetolog. W przypadku niektórych pacjentów może to być inna osoba. "Inny specjalista" tę odpowiedź wybrało **13,1%** diabetologów. **55,7%**, że robi to lekarz prowadzący pacjenta podczas hospitalizacji. Na lekarza POZ wskazało **26,2%** diabetologów. Lekarze POZ pytani, czy mogą inicjować i wdrażać insulinoterapię u pacjenta w **70,2%** odpowiedziało, że tak. Nie odpowiedziało **16,6%** lekarzy POZ, a odpowiedzi nie wiem, udzieliło **13,3%** ankietowanych. Dodatkowo lekarze diabetolodzy w odrębnym pytaniu, mogli wskazać, kto według nich mógłby modyfikować dawkowanie insuliny.

Które z wymienionych poniżej innowacyjnych rozwiązań powinny w Polsce powstać, by poprawić opiekę nad pacjentem z cukrzycą?



Wykres 113. Które z wymienionych innowacyjnych rozwiązań powinny w Polsce powstać, by poprawić opiekę nad pacjentem z cukrzycą



Które z wymienionych poniżej innowacyjnych rozwiązań powinny w Polsce powstać, by poprawić opiekę nad pacjentem z cukrzycą?

Inne proponowane rozwiązania

LEKARZE DIABETOLOGI

- Rozważenie zmiany refundacji dla pacjentów z uporem niestosujących się do zaleceń
- Atrakcyjne dla pacjentów szkolenia (w szczególności dotyczy dorosłych chorych z typem 1 cukrzycy)
- Wprowadzenie sztywnego czasu trwania konsultacji diabetologicznej
- Dostęp do ustrukturyzowanej edukacji - dietetyka, psychologa, poradni stopy cukrzycowej
- Refundacja edukacji, refundacja cukrzyc ciężowych poza limitem
- Stworzenie finansowych podstaw systemu specjalistycznej edukacji diabetologicznej
- Sieć regionalnych „Centrów opieki podstawowej” z dostępem do opieki diabetologicznej z lekarzem, edukatorem i psychologiem
- Możliwość konsultacji on-line z kliniką
- Przesiewowe badania dna oka

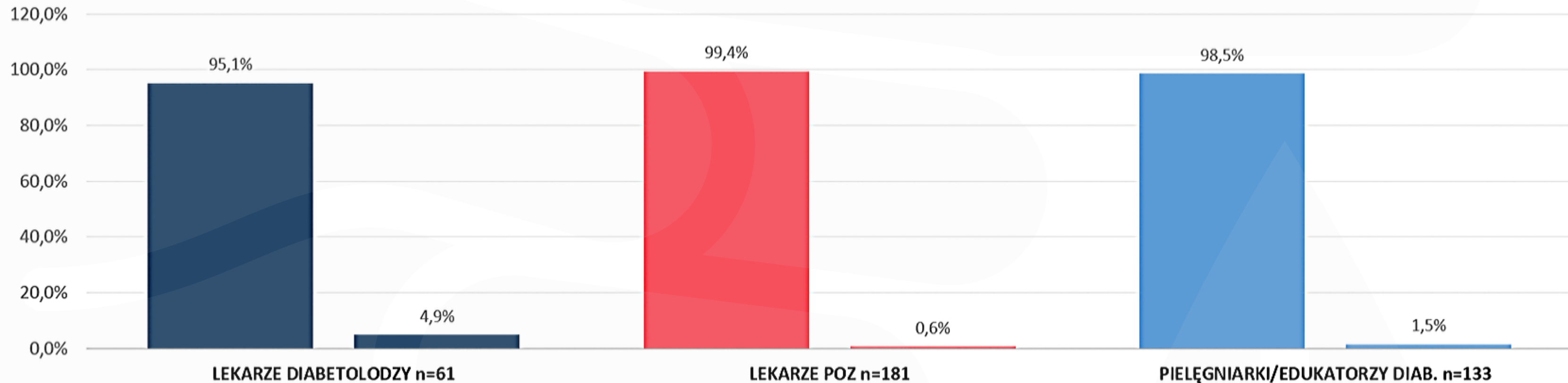
LEKARZE POZ

- Znalezienie sposobu, żeby pacjentowi się chciało stosować zalecenia
- Praktyczne warsztaty żywieniowo-ruchowe, wdrażające prawidłowe nawyki żywieniowe i promujące aktywny styl życia
- Współpraca z dietetykiem i edukatorem, szkolenia dla opiekunów
- Konsultacje u specjalistów jak okulista, neurolog, kardiolog poza kolejnością
- Nie tylko dostęp, ale i refundacja tzw. „nowych leków cukrzycowych”
- Konsultacje telemedyczne
- Uruchomienie samorządów i edukatorów w środowisku pacjenta (poza systemem w ramach NFZ)
- Programy profilaktyczne
- Edukacja, edukacja, edukacja od najmłodszych lat
- Systemy zmuszające pacjentów do leczenia, w szerokim rozumieniu dieta, możliwa aktywność fizyczna

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI

- Brak refundacji pasków do słabych glukometrów – MZ powinna robić comiesięczne testy glukometrów - **CERTYFIKACJA**
- Rzeczywisty dostęp do sprzętu - pompy insulinowe, glukometrów, freestyle libre
- Obniżenie kosztów nowoczesnego monitorowania poziomu glukozy we krwi
- Umożliwienie dietetykom zrobienia specjalizacji z opieki diabetologicznej i kursu edukatora
- Refundacje nowoczesnych leków na cukrzycę i pomp insulinowych > 26 r.ż., CGMS w szerszym zakresie
- Budowanie motywacji w pacjentach poprzez zachętę do sportu i aktywnego trybu życia

Czy uważa Pan/Pan, że potrzebna jest obecnie ogólnopolska kampania społeczna dotycząca profilaktyki cukrzycy i jej powikłań?



Wykres 114. Potrzeba kampanii społecznej dotyczącej profilaktyki cukrzycy

Ponad **95%** diabetologów, **98%** pielęgniarek i edukatorów i ponad **99%** lekarzy POZ, którzy wzięli udział w ankiecie, uważa, że obecnie potrzebna jest ogólnopolska kampania społeczna dotycząca profilaktyki cukrzycy i jej powikłań.



Jeśli uważa Pan/Pani, że do usprawnienia opieki i leczenia pacjentów z cukrzycą w Polsce potrzebne są zmiany prawne i legislacyjne prosimy w kilku zdaniach o nakreślenie kierunku tych zmian, jakich Pan/Pani by oczekiwał/a. **Pytanie otwarte**

LEKARZE DIABETOLOGI N=61

- **NIE. To nie w prawie jest problem**
- Zwiększenie wyceny świadczeń szpitalnych leczenia stopy cukrzycowej, wycena świadczenia pielęgniarskiego w diabetologii jako odrębnie kontraktowanego świadczenia, zmiana i zróżnicowanie wyceny pacjentów w zależności od zaawansowania cukrzycy i powikłań
- Pompy na kaucji, przymus zwrotu, ludzie dostają sprzęt za darmo, gubią, niszczą, sprzedają, a ich leczenie leży. Nie chce używać, niech odda – będzie dla 30 latka, który jest ambitny
- Możliwość rozliczenia i realizacji porady telemedycznej
- Zwiększenie ilości refundowanych usług tzn. nielimitowanie usług w zakresie leczenia cukrzycy, otyłości, nadciśnienia i zaburzeń lipidowych, czyli w zakresie wszystkich czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, wprowadzenie refundowane edukacji diabetologicznej czy ogólnie metabolicznej, wprowadzenie progów refundacji na systemy monitorowania/leki w zależności od ich efektywności
- Najważniejsze to zwiększenie kompetencji lekarzy rodzinnych, aby przejęli opieki nad chorymi z cukrzycą typu 2
- Wprowadzenie rejestru, finansowania HbA1c i porad edukatorów, wprowadzenie restrykcji dotyczącej refundacji

LEKARZE POZ N=181

- **Nie są potrzebne.** System tworzą ludzie. Wystarczy, jakby wszyscy wykonywali w 100% swoje obowiązki, zmiany w mentalności. Nie trzeba więcej paragrafów i biurokracji. Żadne prawo nic nie zmieni, jeśli nie znajdą się większe pieniądze na leczenie...
- Tworzenie zespołów - lekarz, pielęgniarka, psycholog, dietetyk
- Zwiększenie zakresu kompetencji dla lekarza rodzinnego, obecnie są trudności ze specjalistą diabetologiem, czasem wystarczyłoby tylko konsultacja dietetyka i psychologa w zakresie radzenia sobie z chorobą
- Zwiększenie odpowiedzialności chorych za stan swojego zdrowia
- Ograniczenia dotyczące sprzedaży napojów słodzonych i słodczy w szkołach, edukacja prozdrowotna na poziomie szkoły, godziny edukacyjne z dietetykiem. Regulacje dotyczące żywności – np. maksymalnej ilości substancji słodzących w produkcie
- Organizacja centrów diabetologicznych przy lekarzu rodzinnym lub przy poradni diabetologicznej
- Opłacenie z NFZ dietetyka, edukatora, psychologa w każdej przychodni, scenariusze edukacji dla pielęgniarek, zdecydowane zwiększenie finansowania świadczeń

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=133

- **Nie, prawo jest ok.** Trzeba najpierw stosować te przepisy, które już są
- Pracuję od ponad 20 lat w ww. dziedzinie. Bez konkretnej ustawy dotyczące OBOWIĄZKOWI etatyzacji pielęgniarek diabetologicznych, dietetyczki i psychologa opieka jest niekompletna
- wprowadzenie wizyty pielęgniarskiej/edukatora do finansowania, przydzielenie pielęgniarki/edukatora tylko dla pacjentów diabetologicznych i do edukacji
- koszyk świadczeń gwarantowanych pielęgniarki POZ poszerzony o poradę pielęgniarską. Możliwość ordynacji leków p/cukrzycowych, oprócz insuliny
- Edukator diabetologiczny powinien być dodatkowo zatrudniany i odpowiednio wynagradzany, mieć możliwość ciągłego szkolenia, zmiana w refundacji leków dla pacjentów z typem 2 oraz rozszerzenie uprawnień dla pacjenta z cukrzycą typu 1 powyżej 26 roku życia. Odpłatność za pompy, wkucia, monitoring cgm fgm
- Cukrzyca - leczenie zgodne ze standardami europejskimi. Ponoszenie sporych kosztów leczenia i odżywiania - dodatek finansowy dla pacjentów zdyscyplinowanych. Włączenie leczenia sanatoryjnego, oprócz farmakologicznego



Jeśli uważa Pan/Pani, że do usprawnienia opieki i leczenia pacjentów z cukrzycą w Polsce potrzebne są zmiany prawne i legislacyjne prosimy w kilku zdaniach o nakreślenie kierunku tych zmian, jakich Pan/Pani by oczekiwał/a. **Pytanie otwarte**

LEKARZE DIABETOLOGI N=61

- Skoordinowanie opieki nad chorym z cukrzycą, stworzenie centrów diabetologicznych przy dużych ośrodkach medycznych (Szpitale Kliniczne, Wojewódzkie) i współpraca z mniejszymi placówkami. Pełny dostęp do nowoczesnego leczenia refundowanego, w tym pompy dla pacjentów z cukrzycą typu I powyżej 26 r.ż. Umocnienie opieki ambulatoryjnej umożliwi odciążenie oddziałów szpitalnych i zmniejszenie kosztów leczenia cukrzycy
- Refundacja FGM dla wszystkich pacjentów z cukrzycą typu 1, którzy monitorują glikemię minimum 8 razy dziennie, a po zastosowaniu FGM skanują się minimum 15 razy dziennie. Refundacja CGM dla pacjentów z cukrzycą typu 1 do 26 r. ż. oraz dla pacjentów z nieświadomością hipoglikemii > 26 r. ż. Refundacja insulin oraz nowych leków doustnych
- Opieka nad dzieckiem z cukrzycą w szkole i przedszkolu oraz w placówkach np. dom dziecka, ośrodek wychowawczy
- Umożliwienie samodzielnej pracy zespołu edukacyjnego (dietetycy, edukatorzy, pielęgniarki) zgodnie z oczekiwaniem lekarza prowadzącego
- Wykwalifikowany, opłacany personel pomocniczy, narzędzia do telemedycyny, nieograniczanie porad diabetologicznych (niemożliwe jest wdrażanie i monitorowanie insulinoterapii, gdy pacjenta kontroluje się raz na 3-4 miesiące!) zmiana systemu refundacji leków (większa ich dostępność, zgodnie z aktualną wiedzą) oraz systemów monitorowania glikemii

LEKARZE POZ N=181

- Tak, dostęp do wszystkich aktualnych leków p/cukrzycowych, dostęp do specjalistów innych niż diabetolog, dostęp do sprzętu w leczeniu cukrzycy-pompy insulinowe
- Całkowita zmiana systemu ochrony zdrowia (nierealne...)
- Refundacja nowoczesnych leków p. cukrzycowych, przekazanie części kompetencji lekarzom rodzinnym ze zwiększeniem finansowania tych działań, szerszy dostęp do metod diagnostycznych
- konieczne programy np. dla pracodawców z wymaganiem badań, aktualnie często bez, ewent. utworzenie puli środków dla pacjentów na badania profilaktyczne
- dopuszczenie możliwości zdalnego nadzoru nad glikemią pacjenta, aby możliwa była aktywna postawa zespołu POZ bez konieczności zgłaszania się pacjenta na wizytę
- Wydaje mi się, że stworzenie możliwości finansowania etatów dla pielęgniarek diabetologicznych nie tylko w poradniach diabetologicznych, ale również właśnie w POZ. Wydzielenia ekstra środków dla POZ na opiekę diabetologiczną w postaci możliwości zwiększenia ilości badań w ramach profilaktyki i leczenia pacjentów diabetologicznych, jak również dofinansowanie nowych możliwości monitorowania i leczenia
- Konieczne systematyczne wdrażanie programów profilaktycznych

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=133

- Tak, większe uprawnienia dla pielęgniarek POZ, wprowadzenie obowiązkowych szkoleń 1 x w roku dla pielęgniarek POZ z zakresu cukrzycy jako warunek dalszej pracy w poradni – pielęgniarki nie chcą się szkolić!!!!
- Umożliwienie zrobienie dietetykom specjalizacji diabetologicznej i kursu edukatora. Dietetyk jest bardzo blisko pacjenta z cukrzycą (dieta to przecież podstawa leczenia). Nie rozumiem, dlaczego ma takie ograniczenia edukacyjne
- Pielęgniarka, edukator nie może pracować z pacjentem w trakcie wizyty lekarskiej. Potrzebujemy stanowiska, miejsc dla edukatora
- Profilaktyka. Edukacja całego społeczeństwa nie tylko chorych diabetologicznych. Dostęp do leków i sprzętu
- Tak – koniecznie! Obowiązkowa i refundowana przez NFZ w formie procedury medycznej edukacja w sensownym wymiarze godzinowym. Refundacja nowoczesnych terapii. Refundacja wizyt u dietetyka. Dostępność do psychologa
- W przypadku POZ dodatkowe wizyty przeznaczone na pracę nad pacjentem pielęgniarki i lekarza – osobno opłacane przez NFZ
- Wprowadzenie przez NFZ zawodu edukatora jako odrębny element w grupie terapeutycznej sprawującej opiekę nad pacjentem z cukrzycą. Pozwoliłoby to na lepszą opiekę nad pacjentem
- Edukacja diabetologiczna powinna być procedurą opłacaną przez NFZ



Jeśli uważa Pan/Pani, że do usprawnienia opieki i leczenia pacjentów z cukrzycą w Polsce potrzebne są zmiany prawne i legislacyjne prosimy w kilku zdaniach o nakreślenie kierunku tych zmian, jakich Pan/Pani by oczekiwał/a. **Pytanie otwarte**

LEKARZE DIABETOLOGI N=61

- Wprowadzenie obowiązku badań (wg standardów PTD) przesiewowych i okresowych w POZ pod karami administracyjnymi i finansowymi

LEKARZE POZ N=181

- POTRZEBNE JEST PRZED WSZYSTKIM DOFINANSOWANIE SŁUŻBY ZDROWIA
- Wprowadzenie do POZ dodatkowych świadczeń. Profilaktyka powinna być wdrażana na poziomie podstawowej opieki, zatem porady dietetyk, trener, powinny być przesunięte do POZ, z dodatkowym kontraktowaniem tych świadczeń
- Rozwiązania, które zapewnią dobry przepływ informacji o pacjencie
- Możliwość prowadzenia pacjenta zgodnie z wiedzą kliniczną bez konieczności podpierania się konsultacjami diabetologicznymi np. ilość pasków /miesiąc, konieczność uzyskiwania zaświadczenia od specjalisty raz na rok
- Prawdopodobnie tak. Chyba wystarczyłoby zmniejszenie populacji będącej pod opieką lek. rodzinnego, tak aby miał realny czas dla swojego pacjenta
- Uznanie diabetologii za dziedzinę priorytetową, finansowanie świadczeń dietetycznych w poradni diabetologicznej, finansowanie poradni dietetycznych przez NFZ (także poza poradniami diabetologicznymi)
- Konieczne dodatkowe produkty rozliczeniowe, finansowane wg. FFS, ewentualnie zwiększona stawka kawitacyjna za pacjenta objętego opieką w POZ
- Rejestr pacjentów diabetologicznych, bezpłatny dostęp do całodobowej infolinii, likwidacja kolejek dla tych pacjentów, szybkie interwencje w powikłaniach
- Zwiększenie kompetencji lekarza POZ

PIELĘGNIARKI I EDUKATORZY DIABETOLOGICZNI N=133

- Wprowadzenie przez NFZ zawodu edukatora jako odrębny element w grupie terapeutycznej sprawującej opiekę nad pacjentem z cukrzycą. Pozwoliłoby to na lepszą opiekę nad pacjentem
- Zatrudnianie większej ilości dietetyków, edukatorów diabetologicznych w poradniach diabetologicznych
- TAK. Pacjenci diabetologiczni powinni być leczeni w poradniach specjalistycznych. Coraz więcej pacjentów potrzebuje kompleksowej, stałej opieki. Powinno powstawać więcej poradni diabet., ponieważ pacjentów jest coraz więcej
- Pacjenci powinni być leczeni w specjalistycznych placówkach diabetologicznych, a nie u lekarza rodzinnego, ponieważ z doświadczenia wiem, że pacjenci są źle leczeni w POZ i często trafiają do specjalisty zbyt późno. W szpitalach zbyt mała liczba edukatorów
- Potrzebne są zmiany dot. możliwości rozliczania z NFZ wizyt z pacjentem dotyczące edukacji w zakresie odżywiania, analizy glikemii, możliwość podejmowania decyzji terapeutycznych w tym samodzielnej decyzji co do zmiany dawek insuliny
- Jako położna chciałabym móc sprawować pełną opiekę edukacyjną nad pacjentami z wizytami domowymi włącznie (na cukrzycę często cierpią osoby starsze, które nie mogą przyjść do edukatora)



Jeśli uważa Pan/Pani, że do usprawnienia opieki i leczenia pacjentów z cukrzycą w Polsce potrzebne są zmiany prawne i legislacyjne prosimy w kilku zdaniach o nakreślenie kierunku tych zmian, jakich Pan/Pani by oczekiwał/a. Pytanie otwarte

LEKARZE POZ N=181

- Programy profilaktyczne na szeroką skalę
- Współpłacenie pacjentów za nieuzasadnione wizyty w POZ wszystkich pacjentów
- Wpłynąć na większą dyscyplinę pacjentów, wykreować w opinii publicznej zdrowy styl życia (więcej reklam z tym związanych)
- Zmiany w refundacji leków, wycofanie leków starszych – pochodnych sulfonilomocznika z listy dla seniorów, wycofanie z tej listy metforminy – jest tania i powinna być w cenie ryczałtu, zaoszczędzone środki skierować na refundację leków nowoczesnych
- Opieka koordynowana sprawowana przez lekarza rodzinnego, pielęgniarkę środowiskową wcześniej przeszkoloną w opiece nad chorym z cukrzycą w tym leczenie dietetyczne, leczenie wysiłkiem fizycznym itp. możliwość szybkiej konsultacji z diabetologiem (np. on-line), szkolenia w grupie chorych – taka opieka musiałaby być świadczeniem opłacanym dodatkowo - nie w ramach stawki POZ
- Moim zdaniem należałoby wrócić do finansowanie za poradę specjalistyczną ze środków POZ. Wtedy diabetolodzy zajmowałiby się pacjentami „trudnymi”, Przykład z ostatniego roku – kardiolog kieruje pacjenta z cukrem na czczo 115 do poradni diabetologicznej, aby dowiedzieć się, czy pacjent ma cukrzycę. To nie koniec – pacjent na kolejnych wizytach jest nadal diagnozowany
- Tak – ograniczenie ilości pacjentów przyjmowanych na listy aktywne do jednego lekarza
- Współpraca z diabetologiem np. raz w tygodniu kilka godzin konsultacja diabetologa w praktyce lekarza rodzinnego, możliwość zatrudnienia edukatora lub dietetyka
- Bezwzględnie kontrolować przestrzegania zasad kierowania do diabetologa, zasad zatrzymywania pacjentów przez diabetologa; „wymaga leczenia specjalistycznego” - nagminnie nadużywana formułka w Informacji dla lekarza kierującego / POZ
- Dobrze opracowane algorytmy opieki koordynowanej
- Refundacja leków cukrzycowych. Całkowity zakaz reklamy leków, parafarmaceutyków i tzw. suplementów diety, jak również zakaz praktyk szarlatanów i magików diagnozujących np. z tęczy i tęczy itp.
- Ustalenie limitu przyjmowanych pacjentów na godzinę przez lekarza rodzinnego, aby móc lepiej zająć się chorymi na schorzenia przewlekłe (cukrzyce, ale też inne), wprowadzenie odpłatności za wizytę u lekarza rodzinnego, aby ograniczyć liczbę wizyt „niepotrzebnych” (niektórzy pacjenci zgłaszają się co 2-3 dni po kontynuację pojedynczych leków, które mogłyby być wypisane na jednej wizycie – co zabiera czas i ogranicza czas dla innych pacjentów)
- Wprowadzenie refundacji dla pacjenta na nowoczesne leki przeciwcukrzycowe
- Refundacja nowoczesnych leków, brak refundacji leków tanich (po co refundujemy metforminę?!), organizacja opieki zespołowej nad pacjentem
- Coś, co zmusi pacjenta do leczenia niefarmakologicznego cukrzycy

Jakie jest największe wyzwanie według Pana/Pani w obszarze diabetologii?

EDUKACJA

OPIEKA

KOORDYNOWANA

COMPLIANCE

I MONITOROWANIE

Lista obszarów,
które wymagają
najpilniejszych
zmian w kierunku
optymalizacji
opieki nad pacjentem
z cukrzycą w Polsce
wg respondentów

TERAPIE

PROFILAKTYKA

POWIKŁAŃ

**GORZKA
siódemka**

PROFILAKTYKA

CUKRZYCY

ZMIANY W SYSTEMIE

5.2

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

**PROFESJONALIŚCI
MEDYCZNI
ANALIZA
PORÓWNAWCZA**

WNIOSKI



WNIOSKI Z PERSPEKTYWY PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH LEKARZE DIABETOLOGI

- **98%** diabetologów jest zdania, że cukrzycę **typu 1** powinien prowadzić specjalista diabetolog. **64%** diabetologów uważa, że cukrzycę **typu 2** powinien prowadzić diabetolog wspólnie z lekarzem POZ, **31%** diabetologów chce prowadzić cukrzycę **typu 2** samodzielnie, a **5%** diabetologów uważa, że może to robić lekarz POZ.
- Aż **61%** diabetologów uważa, że system leczenia cukrzycy **typu 1** działa w Polsce na ogół prawidłowo, ale w cukrzycy **typu 2** takiego zdania jest tylko **23%** lekarzy diabetologów.
- **38%** diabetologów widzi konieczność poprawy współpracy z lekarzem POZ w procesie leczenia pacjentów z cukrzycą, ale tylko **23%** ocenia obecną współpracę jako dobrą.
- **56%** diabetologów deklaruje, że brak im wystarczającego czasu na opiekę nad pacjentem diabetologicznym.
- **54%** diabetologów ocenia poziom wiedzy pacjentów o profilaktyce i leczeniu cukrzycy **typu 1** na dobry, ale aż **61%** diabetologów ocenia ten poziom w cukrzycy **typu 2** jako zły.
- **46%** diabetologów ocenia, że ma wystarczający wpływ na zapobieganie rozwojowi powikłań w cukrzycy **typu 1**, natomiast tylko **28%** diabetologów ocenia, że ma wystarczający wpływ na zapobieganie rozwojowi powikłań w cukrzycy **typu 2**.

WNIOSKI Z PERSPEKTYWY PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH LEKARZE DIABETOLOGI

- W opinii **59%** diabetologów pacjenci z cukrzycą **typu 1** przestrzegają zaleceń terapeutycznych i dietetycznych (**43%** diabetologów) oraz we właściwy sposób monitorują glikemię (**41%** diabetologów).
- W opinii **46%** diabetologów pacjenci z cukrzycą **typu 2** nie przestrzegają zaleceń terapeutycznych i dietetycznych (**72%** diabetologów), **36%** diabetologów uznało, że pacjenci niewłaściwie monitorują glikemię.
- Dla **92%** diabetologów podstawowym narzędziem do monitorowania glikemii u pacjenta jest badanie poziomu hemoglobiny glikowanej.
- **69%** diabetologów zgadza się ze stwierdzeniem, że polski system leczenia cukrzycy skupia się na regulowaniu poziomów glikemii.
- **92%** diabetologów uznało, że najważniejszą zmianą, która poprawi system opieki nad pacjentem z cukrzycą jest dostęp do nowoczesnego leczenia, **75%** uznało również, że byłby to system opieki koordynowanej (kompleksowej).
- **95%** lekarzy diabetologów uważa, że konieczna jest ogólnopolska kampania społeczna dotycząca profilaktyki cukrzycy i jej powikłań.
- **57%** lekarzy diabetologów twierdzi, że ma wystarczającą wiedzę o pacjencie z cukrzycą.
- Lekarze diabetologów jednocześnie przyznają, że w prawidłowym prowadzeniu pacjenta z cukrzycą niezbędna jest pełna wiedza o dokumentacji medycznej pacjenta, wynikach badań laboratoryjnych oraz konsultacjach i zaleceniach od innych specjalistów.

WNIOSKI Z PERSPEKTYWY PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- **54%** lekarzy POZ wskazywało, że lekarzem prowadzącym pacjenta z cukrzycą **typu 1** powinien być specjalista diabetolog, **40%** - wspólnie diabetolog i lekarz POZ, a tylko **4%** - sam lekarz POZ. W przypadku cukrzycy **typu 2** **13%** lekarzy POZ wskazywało na diabetologa, **51%** - wspólnie diabetolog i lekarz POZ, a **32%** - tylko lekarz POZ.
- **44%** lekarzy POZ jest zdania, że system leczenia cukrzycy **typu 1** w Polsce działa na ogół prawidłowo, a w przypadku cukrzycy **typu 2** sądzi tak **42%** lekarzy POZ.
- **45%** lekarzy POZ widzi konieczność poprawy współpracy z lekarzem diabetologiem w procesie leczenia pacjentów z cukrzycą, **34%** lekarzy POZ ocenia obecną współpracę jako na ogół dobrą.
- **36%** lekarzy POZ źle ocenia wiedzę pacjentów o cukrzycy **typu 1**, natomiast aż **65%** lekarzy POZ ocenia źle wiedzę pacjentów na temat cukrzycy **typu 2**.
- **46%** lekarzy POZ ocenia, że nie ma możliwości zapobiegania rozwojowi powikłań w cukrzycy **typu 1**, a **53%** lekarzy POZ uważa tak w przypadku cukrzycy **typu 2**.
- W opinii **50%** lekarzy POZ, pacjenci z cukrzycą **typu 1** na ogół przestrzegają zaleceń terapeutycznych i dietetycznych (**40%** lekarzy POZ) oraz we właściwy sposób monitorują glikemię (**39%** lekarzy POZ).
- W opinii **49%** lekarzy POZ, pacjenci z cukrzycą **typu 2** nie przestrzegają zaleceń terapeutycznych i dietetycznych (**77%** lekarzy POZ), a tylko **30%** lekarzy POZ uważa, że pacjenci w sposób właściwy monitorują glikemię.

WNIOSKI Z PERSPEKTYWY PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH LEKARZE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- Dla **96%** lekarzy POZ podstawowym narzędziem do monitorowania glikemii jest dzienniczek samokontroli uzupełniany przez pacjenta.
- Aż **83%** lekarzy POZ zgadza się ze stwierdzeniem, że polski system leczenia cukrzycy skupia się na regulowaniu poziomów glikemii.
- **76%** lekarzy POZ uznało, że najważniejszą zmianą, która poprawi system opieki nad pacjentem z cukrzycą jest dostęp do nowoczesnego leczenia natomiast **68%** uznało, że byłby to system opieki koordynowanej (kompleksowej).
- **99%** lekarzy POZ uważa, że konieczna jest ogólnopolska kampania społeczna dotycząca profilaktyki cukrzycy i jej powikłań.
- **68%** lekarzy POZ ma poczucie, że ma wystarczającą wiedzę o pacjencie z cukrzycą.
- Lekarze POZ jednocześnie przyznają, że aby w sposób właściwy prowadzić pacjenta potrzebują pełnej, najlepiej elektronicznej dokumentacji pacjenta, w tym: pełnej informacji od diabetologa i możliwość konsultacji z nim, konsultacji i współpracy z dietetykiem, a także konsultacji z farmaceutą. Dostępu do szerokich badań laboratoryjnych, w tym pełen do wyników monitorowania glikemii przez pacjenta, informacje o sytuacji środowiskowej i trybie życia.

WNIOSKI Z PERSPEKTYWY PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH PIEŁĘGNIARKI I EDUKATORZY

- Współpraca lekarza POZ i diabetologa jest oceniana dobrze przez **55%** pielęgniarek diabetologicznych i edukatorów diabetologicznych.
- Tylko **36%** pielęgniarek diabetologicznych i edukatorów diabetologicznych pozytywnie ocenia przestrzeganie przez pacjentów z cukrzycą **typu 1** zaleceń terapeutycznych, **33%** - dietetycznych, a **25%** - monitorowanie glikemii.
- Tylko **16%** pielęgniarek i edukatorów pozytywnie ocenia przestrzeganie przez pacjentów z cukrzycą **typu 2** zaleceń terapeutycznych, **11%** - dietetycznych, a **24%** - monitorowanie glikemii.
- Pielęgniarki i edukatorzy oceniają negatywnie poziom wiedzy pacjentów o profilaktyce i leczeniu cukrzycy **typu 1** - **43%** respondentów oraz cukrzycy **typu 2** - **62%** respondentów.
- Dla **81%** pielęgniarek i edukatorów podstawowym narzędziem do monitorowania glikemii jest dzienniczek samokontroli uzupełniany przez pacjenta. **71%** respondentów uznało, że są to również dane z pamięci glukometrów.

WNIOSKI Z PERSPEKTYWY PROFESJONALISTÓW MEDYCZNYCH PIEŁĘGNIARKI I EDUKATORZY

- Aż **75%** pielęgniarek i edukatorów zgadza się ze stwierdzeniem, że polski system leczenia cukrzycy skupia się na regulowaniu poziomów glikemii.
- **82%** pielęgniarek i edukatorów za najważniejszą zmianą, która poprawi system opieki nad pacjentem z cukrzycą uznało dostęp do nowoczesnego leczenia, natomiast **68%** uznało, że równie ważne byłoby stworzenie holistycznych centrów leczenia cukrzycy
- **98%** pielęgniarek i edukatorów uznało, że konieczna jest ogólnopolska kampania społeczna dotycząca profilaktyki cukrzycy i jej powikłań.
- **62%** pielęgniarek i edukatorów diabetologicznych ma poczucie, że posiada wystarczającą wiedzę o pacjencie z cukrzycą.
- Pielęgniarki edukatorzy jednocześnie przyznają, że aby w sposób właściwy prowadzić pacjenta potrzebują dostępu do dokumentacji pacjenta, w tym: pełnej informacji od diabetologa i/lub lekarza POZ, a w razie konieczności konsultowania z lekarzami i dietetykiem zaleceń terapeutycznych i dietetycznych. Dla pielęgniarek bardzo ważna jest historia edukacyjna pacjenta, informacje o sytuacji środowiskowej i trybie życia, przestrzeganiu diety i zalecanej aktywności fizycznej.

5.3

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

KOMENTARZ



5.3

**Dr n. med. Jakub
Gierczyński, MBA**

**Ekspert systemu
ochrony zdrowia**

Badanie systemu monitorowania, leczenia i opieki nad pacjentem z cukrzycą z punktu widzenia potrzeb pacjenta, personelu medycznego oraz placówek ochrony zdrowia przeprowadzone przez Fundację Urszuli Jaworskiej w 2019 r. jest cennym i aktualnym obrazem sytuacji polskiego pacjenta widzianej oczami jego samego, diabetologa, lekarza POZ, pielęgniarki diabetologicznej i edukatora diabetologicznego. Warto podkreślić, że badanie przeprowadzone przez Fundację Urszuli Jaworskiej objęło ok. 1,6 respondentów i jest jednym z większych tego typu badań przeprowadzonych w zakresie cukrzycy w Polsce.

Kluczowym wnioskiem z tego badania jest potrzeba koordynacji i kompleksowości opieki diabetologicznej w Polsce. Koordynacji, która powinna być prowadzona przez zespół POZ w konsultacji z diabetologiem oraz lekarzami innych specjalności. Kompleksowość opieki to przede wszystkim potrzeba edukacji chorego i jego rodziny, przekazanie wiedzy na temat żywienia, aktywności fizycznej oraz znaczenia stosowania się do zaleceń lekarza, pielęgniarki, dietetyczki i edukatora. Leczenie powinno być oparte o aktualne zalecenia kliniczne PTD, z dostępem do diagnostyki i leków w nich zawartych.

W optymalizacji opieki diabetologicznej nad pacjentami w Polsce powinny być wykorzystane nowe narzędzia e-zdrowia, takie jak telemedycyna, aplikacje mobilne oraz praca na elektronicznej dokumentacji pacjenta wszystkich biorących udział w procesie jego leczenia. Biorąc pod uwagę, że obecnie NFZ wydatkuje rocznie na terapię 2,7 mln pacjentów z cukrzycą ok. 1,7 mld zł, co przekłada się na ok. 630 zł rocznie na pacjenta warto się zastanowić nad wprowadzeniem dodatkowych motywacji finansowych opartych na płaceniu za efekty edukacji, diagnostyki i leczenia. Mogą to być m.in. przeliczniki dla zespołów POZ w zależności od poprawy wskaźników zdrowotnych poszczególnych pacjentów, dodatkowa wycena porady edukacyjnej i dietetycznej, czy refundacja lepszych metod diagnostycznych, leków zawartych w zaleceniach klinicznych PTD.

Bardzo ważnym aspektem jest monitorowanie ścieżki każdego pacjenta w aspekcie zahamowania czy redukcji powikłań związanych z cukrzycą i płacenie świadczeniodawcom za efekt (wartość) osiągnięta w zdefiniowanym okresie czasu.

Przypomnijmy, że z powodu cukrzycy i jej powikłań zmarło w Polsce w 2016 r. ok. 32 tys. osób. (6 tys. chorych na cukrzycę zmarło bezpośrednio z powodu cukrzycy (hiperglikemii oraz hipoglikemii), natomiast 26 tys. zmarło wskutek jej powikłań, z czego za 18 tys. zgonów z powodu powikłań cukrzycy odpowiadały powikłania sercowo-naczyniowe). Do tego trzeba doliczyć ok. 80 tysięcy osób, które z powodu cukrzycy i jej powikłań są hospitalizowane i u których rozwija się postępujące inwalidztwo.

Z racji, że co drugi chorujący na cukrzycę deklaruował w badaniu ponoszenie znacznych wydatków sięgających nawet 1 tys. zł miesięcznie (porady lekarskie i leki) należy poprawić wycenę świadczeń oraz dostęp do leków refundowanych publicznie, aby zniwelować nierówności społeczne i ograniczenia w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Potwierdza to badania PSD, w którym ponad połowa ankietowanych stwierdziła, że miesięczne wydatki związane z cukrzycą stanowią nawet 10% ich budżetu domowego.

Jednocześnie trzeba spojrzeć na koszty cukrzycy w Polsce całościowo, biorąc pod uwagę również koszty ponoszone przez ZUS wynikające z niezdolności do pracy spowodowanej cukrzycą. Obecnie – jak wynika z badania 60% chorych na cukrzycę typu 1 i 38% chorych na cukrzycę typu 2 posiada lekki lub umiarkowany stopień niepełnosprawności oraz w przyszłości – jak wynika z badania aż 12% chorych na cukrzycę typu 1 oraz 19% chorych na cukrzycę typu 2 zgłasza zamiar ubiegania się o orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.

6

**BADANIE SYSTEMU MONITOROWANIA,
LECZENIA I OPIEKI NAD PACJENTEM
Z CUKRZYCĄ Z PUNKTU WIDZENIA POTRZEB
PACJENTA, PERSONELU MEDYCZNEGO
ORAZ PLACÓWEK OCHRONY ZDROWIA.**

REKOMENDACJE



Rekomendacje najpilniejszych zmian w kierunku optymalizacji opieki nad pacjentem z cukrzycą w Polsce.

EDUKACJA

Poprawa świadomości pacjentów i społeczeństwa na temat cukrzycy i jej powikłań. Edukacja już od najmłodszych lat, wprowadzenie systemowej edukacji w skali całego kraju. Przekonanie pacjentów, że sami mają największy wpływ na możliwość zachorowania i przebieg swojej choroby. Walka z tzw. niezdrowym stylem życia. Nauka prawidłowych nawyków żywieniowych. Wprowadzenie zawodu edukatora diabetologicznego, dobrze wyedukowanego i dostępnego dla pacjentów. Uświadamianie jak ważny jest aktywny udział w procesie leczenia i jak wiele zależy od samego pacjenta i jego rodziny.

OPIEKA KOORDYNOWANA

Kompleksowa opieka nad pacjentami i koordynacja opieki w zespołach terapeutycznych. Wymiana informacji o pacjentach dzięki informatyzacji i elektronicznej dokumentacji pacjenta i telemedycynie. Stworzenie zespołów terapeutycznych (lekarz POZ, diabetolog, dietetyk, pielęgniarka) opartych w przypadku cukrzycy typu 2 na POZ, a w przypadku typu 1 na poradni diabetologicznej. Opieka koordynowana w praktyce, a nie na papierze.

ZMIANY W SYSTEMIE

Adekwatne finansowanie kadr medycznych i świadczeń zdrowotnych, gwarantujące ograniczenie kolejek i poprawę dostępu do opieki. Optymalizacja systemu, który podoła zmianom demograficznym (starzenie się społeczeństwa) i rosnącej liczbie pacjentów z cukrzycą.

TERAPIE

Leczenie zgodne z zaleceniami klinicznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z zagwarantowanym dostępem pacjentów do zawartych w zaleceniach; diagnostyki, leków i wyrobów medycznych.

COMPLIANCE I MONITOROWANIE

Poprawa wskaźników przestrzegania przez pacjentów zaleceń terapeutycznych, utrzymanie pacjenta na poziomie stałej współpracy z lekarzem i terapeutami. Ciągłe monitorowanie efektów terapeutycznych. Stała opieka nad pacjentem, nie tylko podczas wizyt. Angażowanie rodziny i bliskich pacjenta w poprawę skuteczności opieki i terapii. Wykorzystanie narzędzi telemedycyny w samokontroli cukrzycy.

PROFILAKTYKA CUKRZYCY

Zatrzymanie „epidemii” cukrzycy typu 2. Skuteczna profilaktyka i leczenie pacjentów już na etapie przedcukrzycowym w przypadku typu 2. Skuteczna profilaktyka i leczenie otyłości, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Wprowadzenie zajęć o zdrowym stylu życia do szkół. Promowanie zdrowego stylu życia i aktywności fizycznej przez media. Zakaz reklamy słodczy, chipsów i podobnej niezdrowej żywności.

PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ

Skuteczne zapobieganie powikłaniom cukrzycy, w szczególności; powikłaniom sercowo – naczyniowym, nefrologicznym i neurologicznym, poprzez kompleksową i koordynowaną opiekę nad pacjentem z cukrzycą.



**Przeprowadzenie badania
i wydanie raportu było możliwe
dzięki wsparciu finansowemu Partnerów:**

**ABBOTT
BOEHRINGER INGELHEIM
INFARMA
MEDTRONIC
NOVO NORDISK**



WRZESIEŃ 2019

FUNDACJA URSZULI JAWORSKIEJ
ul. Międzynarodowa 61
03-922 Warszawa
Telefon: 22 870 05 21
E-mail: office@fundacjauj.pl
www.fundacjauj.pl
KRS 0000055503

