



CUKRZYCA 2025

STRATEGIA PREWENCJI I LECZENIA CUKRZYCY
W POLSCE 2015-2025
MAPA POTRZEB CUKRZYCY W POLSCE

PROF. DR HAB. MACIEJ T. MAŁECKI PREZES POLSKIEGO TOWARZYSTWA DIABETOLOGICZNEGO

Szanowni Państwo,

cukrzyca jest jednym z najważniejszych wyzwań zdrowotnych, przed którymi stoi współczesny świat. Mamy do czynienia z rosnącą epidemią, która dotyka ogromnej rzeczy ludzi. Według najnowszych danych IDF Międzynarodowej Federacji Cukrzycowej (IDF) już 387 milionów osób na świecie żyje z cukrzycą, a jeśli nic nie zostanie zrobione, liczba ta podwoi się tylko w ciągu życia jednego pokolenia. Codziennie tysiące ludzi na świecie dowiadują się, że na nią chorują, odczuwają skutki jej groźnych powikłań, w końcu przedwcześnie umierają.

Polska zmagać się będzie w najbliższych dekadach z narastającym problemem cukrzycy. Już dziś z tą chorobą zmagają się około 3 mln Polaków, z czego ok. 1 mln jeszcze o tym nie wie. Co druga osoba umiera z powodu cukrzycy wcześniej niż w 60. roku życia, a tysiące codziennie cierpi z powodu groźnych powikłań jak ślepotą, neuropatią, choroby serca czy zespół stopy cukrzycowej.

Niestety dziś nie jesteśmy w pełni przygotowani na rosnącą epidemię cukrzycy. Brakuje systemowego i długofalowego podejścia do jej problemu.

Skuteczna walka z tą epidemią nie będzie możliwa bez wieloletniego planu działania, który określi priorytetowe obszary w zakresie prewencji, leczenia, jakości życia oraz funkcjonowania społecznych osób z cukrzycą. Konieczne jest interdyscyplinarne spojrzenie na chorobę wykraczające poza wąsko rozumiane problemy medyczne. Potrzebny jest kompleksowy system działań, mający na celu zwiększenie wykrywalności tej choroby, zmniejszenie odsetka nowych zachorowań, ograniczenie powikłań u osób już chorujących, a także zmniejszenia odsetka osób umierających z powodu powikłań cukrzycy.

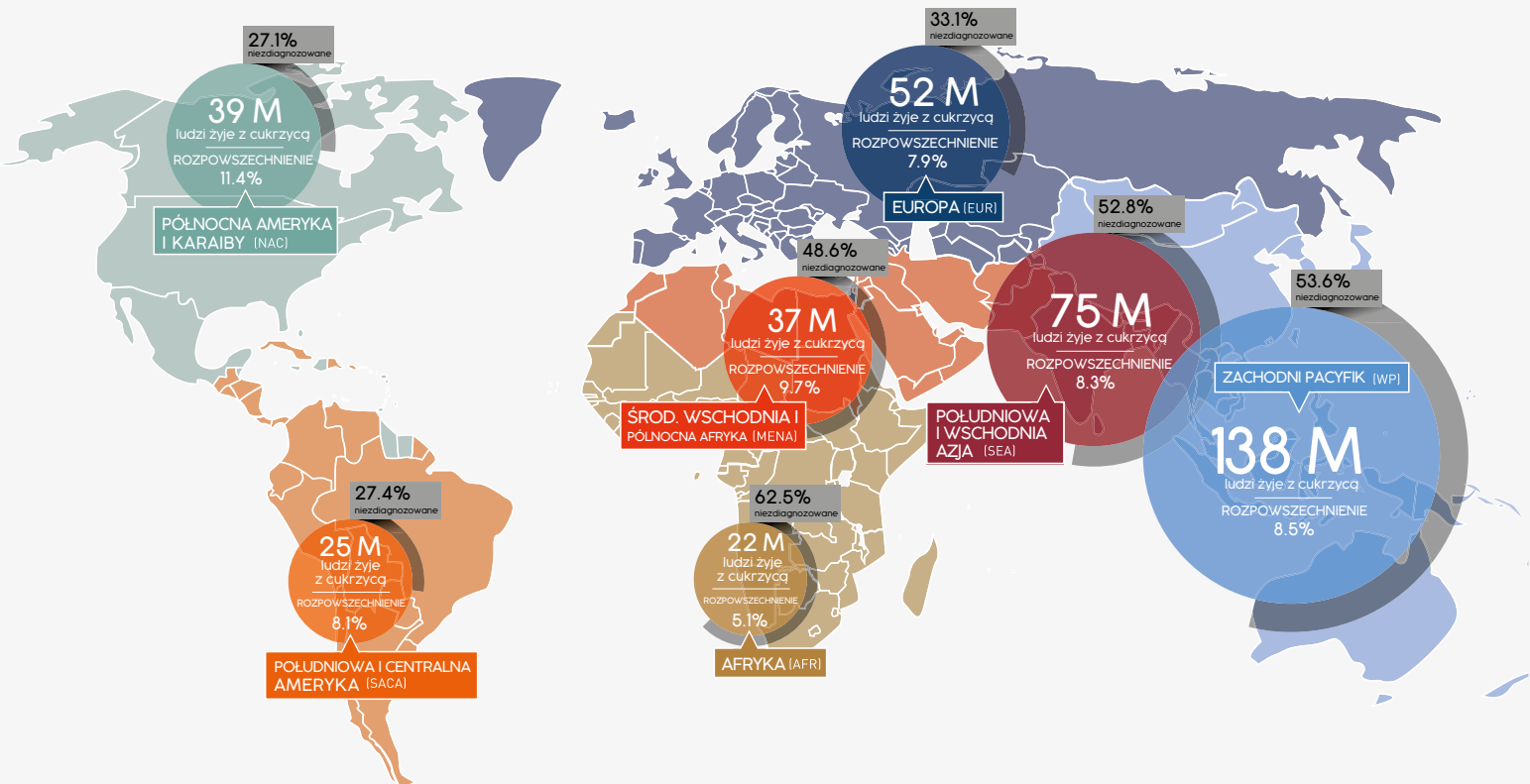
Pamiętajmy, że za tymi statystykami stoją prawdziwi ludzie, dlatego też musimy wzmocnić nasze wysiłki. To ostatni moment, aby zatrzymać epidemię cukrzycy!

i/12
ludzi z
CUKRZYCĄ

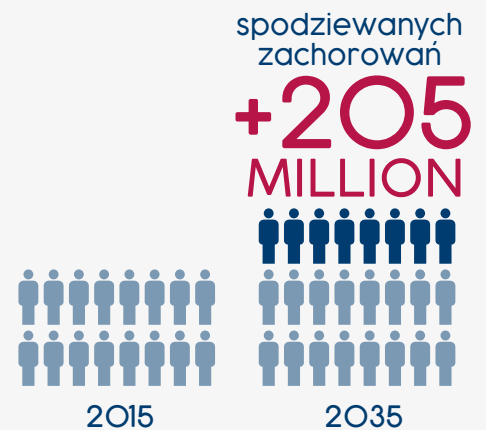
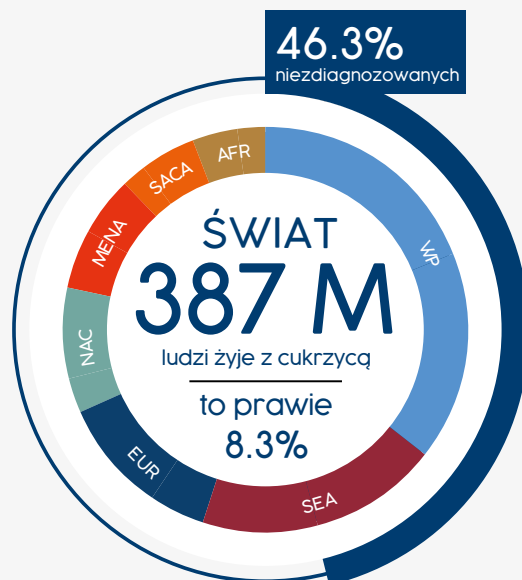
1 na 2 ludzi
z cukrzycą
NIEWIE
że ją ma



1 pomoc medyczna
 na 9
DOTYCZY CUKRZYCY
W 2014 wydatki na cukrzycę
wyniosły 612 milionów dolarów



77%
ludzi z cukrzycą żyje
w państwach o niskim
lub średnim
dochodzie



„Żaden kraj nie jest odporny na cukrzycę. Żaden kraj nie zna odpowiedzi na pytanie, jak wygrać z tym wspólnym wrogiem. Żadnemu z państw nie udało się zatrzymać galopującego wzrostu występowania choroby. Pokonanie cukrzycy będzie wymagało od nas wszystkich niebywalej pomysłowości i maksymalnego zaangażowania”.

Jean Claude Mbanya,
Międzynarodowa Federacja Cukrzycy
listopad 2010

„Rządy muszą zrobić wszystko, co w ich mocy, żeby zlikwidować niedostatki w leczeniu, tak by osoby z cukrzycą mogły wrócić do zdrowia i uniknąć zagrożeń dla serca, układu krwionośnego, oczu, nerek i układu nerwowego powodowanych przez chorobę. Niezbędne jest edukowanie osób zagrożonych, a także chorych w zakresie czynników powodujących komplikacje, takich jak na przykład palenie, oraz przekazywanie wiedzy na temat kontrolowania choroby. W ten sposób zapobiegniemy długoterminowym powikłaniom, które przyczyniają się do ludzkiego cierpienia i w zrostu kosztów leczenia”.

Ban Ki-Moon, sekretarz generalny ONZ,
Światowy Dzień Cukrzycy
2010

„Nie każdą epidemię można przewidzieć i się do niej przygotować. Cukrzyca jednak w porę została dostrzeżona przez międzynarodowe organizacje, a alarm został wszczęty na czas. Dlatego dziś musimy wykorzystać tę szansę i wspólnie zrobić wszystko, co w naszej mocy, aby zatrzymać światową pandemię cukrzycy”.

Ks. Arkadiusz Nowak
Warszawa 2011

KS. DR ARKADIUSZ NOWAK

Oddajemy w Państwa ręce dokument, który jest wynikiem współpracy środowisk diabetologicznych reprezentujących pacjentów z cukrzycą, pielęgniarzy, a także środowisk naukowych reprezentujących różne dziedziny. Wypracowywaniu strategii Cukrzyca 2025 towarzyszyły szerokie konsultacje i dialog. To właśnie dzięki zaangażowaniu tak wielu osób udało się stworzyć unikatowy dokument ujmujący wiele kwestii istotnych dla przedstawicieli różnych środowisk diabetologicznych.

Cukrzyca 2025 zarówno definiuje wyzwania oraz kluczowe obszary działań, jak i wskazuje priorytetowe działania dla Polski, które muszą zostać podjęte w najbliższym czasie. Te zmiany muszą się dokonać na wielu poziomach: indywidualnym, społecznym i systemowym. Mam nadzieję, że z jednej strony opracowany dokument stanie się doskonałym narzędziem dla przedstawicieli instytucji państwowych na poziomie ogólnopolskim i regionalnym, tworzących swoje długoterminowe strategie zdrowotne rozwoju, z drugiej zaś będzie pomocą dla rządu przy tworzeniu polityk i regulacji dotyczących działań zdrowotnych w zakresie przeciwdziałania epidemii cukrzycy.

Rok 2025 wydaje się dość odległy. Tak długa perspektywa rzadko jest uwzględniana w planach zdrowotnych. Abyśmy jednak mogli za dziesięć lat zmniejszyć drastycznie rosnące wskaźniki cukrzycy, musimy podjąć szereg działań już dzisiaj. Kluczowym czynnikiem długoterminowego sukcesu zarówno dzisiaj, jak i w przyszłości, jest to, w jaki sposób i jak szybko zmierzmy się z wyzwaniami polskiej diabetologii.

Zdajemy sobie sprawę, że do wdrożenia długoterminowego planu działań w obszarze cukrzycy potrzebna jest współpraca przedstawicieli rządu, instytucji samorządowych, organizacji pozarządowych, środowisk naukowych. Skuteczna walka z cukrzycą to jest nasz wspólny cel. Jako reprezentanci organizacji pozarządowych działających w obszarze cukrzycy jesteśmy gotowi podjąć działania, które pomogą nam go osiągnąć.

PROF. DR HAB. KRZYSTOF STROJEK

Jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny krajów rozwiniętych są choroby metaboliczne, wśród których główne miejsce zajmuje cukrzyca. Stale rośnie liczba pacjentów, co jest związane przede wszystkim z czynnikami środowiskowymi obejmującymi zmianę trybu życia, błędne odżywianie prowadzące do otyłości i coraz mniejszą aktywność fizyczną.

Cukrzyca to problem wielopłaszczyznowy. To tragedia chorych dotkniętych chorobą i jej skutkami. To problem nie tylko samych pacjentów, ale także ich rodzin obciążonych koniecznością opieki nad chorym, problemami psychologicznymi czy socjalnymi związanymi z niejednokrotnie ograniczoną możliwością zarobkowania. Cukrzyca stanowi również problem społeczny ze względu na rosnące koszty leczenia, które zgodnie z zasadą solidaryzmu ponosi całe społeczeństwo.

Od strony klinicznej cukrzyca to nie tyle problem podwyższonego stężenia glukozy, ale jego następstw w postaci tzw. późnych powikłań, które prowadzą do przedwczesnej umieralności, kalectwa czy zmniejszenia komfortu życia. Opieka nad chorymi na cukrzycę, ze względu na mnogość powikłań obejmujących liczne schorzenia, musi koordynować działanie różnego rodzaju specjalistów z zakresu medycyny, ale także pielęgniarek, edukatorów, psychologów czy pracowników socjalnych.

Skoordynowanie kompleksowej opieki w zakresie zapobiegania wystąpieniu cukrzycy czy prewencji rozwoju powikłań stanowi kluczowe wyzwanie cywilizacyjne najbliższej dekady. Bez takiej koordynacji nie jest możliwe zahamowanie obciążeń zarówno osobistych ponoszonych przez chorych jak i społecznych ponoszonych w skali ogólnokrajowej.

Hasło przewodnie cukrzycy wprowadzone przez International Diabetes Federation **„together we are stronger - razem jesteśmy silniejsi”** dobrze oddaje świadomość konieczności takiej koordynacji.

Jestem przekonany, że przedstawiane opracowanie dotyczące strategii prewencji i leczenia cukrzycy będzie zacznem działań prowadzących do poprawy opieki nad osobami zagrożonymi cukrzycą i pacjentami doświadczającymi jej skutków.

„Together we are stronger.

Razem jesteśmy silniejsi”.

**DLACZEGO
CUKRZYCA
POTRZEBUJE
STRATEGII?**

CUKRZYCA W CIĄGU NAJBLIŻSZYCH 10 LAT STANIE SIĘ JEDNYM Z NAJWIĘKSZYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH NA ŚWIECIE.

MILIONY LUDZI NA ŚWIECIE CHORUJE NA CUKRZYCĘ. JEŚLI NIC NIE ZOSTANIE ZROBIONE, LICZBA TA PODWOI SIĘ TYLKO W CIĄGU JEDNEGO POKOLENIA. DZISIEJSZA BEZCZYNNOŚĆ W SPRAWIE CUKRZYCY SKAZUJE NASZE DZIECI NA ZŁY STAN ZDROWIA W PRZYSZŁOŚCI. TO WŁAŚNIE PRZYSZŁE POKOLENIA BĘDĄ DOMAGAĆ SIĘ WYJAŚNIENIA, DLACZEGO PRZESPALIŚMY JEDNĄ Z NAJWIĘKSZYCH EPIDEMII, JAKĄ JEST CUKRZYCA.

Statystyki zachorowania na cukrzycę stale rosną. Jeszcze w 1985 roku z najbardziej wiarygodnych danych wynikało, że na cukrzycę choruje 30 milionów ludzi na całym świecie. 15 lat później liczbę chorych określano już na nieco ponad 150 milionów. W 2010 szacowano liczbę chorych na około 300 milionów. IDF szacuje, że liczba ta wzrośnie do 592 mln do 2035 roku³.

Największy wzrost liczby zachorowań na cukrzycę obserwuje się w krajach rozwijających się, co ma związek m.in. ze współczesnym, niezdrowym trybem życia, co prowadzi do otyłości i nadciśnienia, a także starzejącym się społeczeństwem.

Dziesiątki milionów ludzi z cukrzycą cierpi z powodu jej groźnych powikłań. Cukrzyca znajduje się w grupie pierwszych 10 przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia 15 milionów ludzi niewidomych utraciło wzrok w wyniku powikłań cukrzycy. Spośród czterech milionów osób, które każdego roku umierają z powodu cukrzycy, spora część to osoby nadal aktywne zawodowo (40-60 lat)⁴.

Jeśli dynamika wzrostu zapadalności na te choroby zostanie utrzymana, w 2030 roku choroby niezakaźne pochłoną aż 58 mln osób. Ekspertcy wyjaśniają tę niepokojącą dynamikę czynnikami związanymi głównie ze stylem życia, takimi jak niezdrowy sposób odżywiania, niedostateczna aktywność fizyczna, otyłość, nadużywanie alkoholu. Liczba zgonów z powodu cukrzycy na świecie osiągnęła w 2013 roku 5,1 miliona osób, co stanowi wzrost o 11% w porównaniu z 2011 rokiem.

Wtedy też ONZ uznała cukrzycę za jedną z czterech chorób, które zabijają ludzką. W ostatnich latach cukrzyca zyskała wysoką pozycję w hierarchii najważniejszych problemów zdrowotnych świata i jako jedyna choroba niezakaźna została uznana przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) za epidemię XXI wieku⁵.

W Unii Europejskiej chorobowość cukrzycy oblicza się na poziomie 8,6% populacji między 20. a 79. rokiem życia. Oznacza to, że ponad 31 milionów obywateli Unii Europejskiej to chorzy na cukrzycę. Zaznaczyć również należy, że liczba chorych wzrosła z 7,6% w roku 2003, a prognozy na rok 2025 oscylują około 10% całkowitej populacji państw członkowskich⁶.

² IDF Atlas, 6 edycja, op.cipit

³ Ibidem

⁴ A call to action on diabetes, International Diabetes Federation, 2010

⁵ UN High-level Summit Unite Draft, Czerwiec 2011

⁶ Raport. Cukrzyca. Ukryta Pandemia. Edycja 2014

Na terenie Unii Europejskiej w okresie ostatnich 20 lat mamy do czynienia ze stale rosnącą liczbą zgonów z powodu powikłań cukrzycy. Cukrzyca wymieniana jest wśród głównych przyczyn chorób układu krążenia, utraty wzroku, niewydolności nerek oraz amputacji kończyn dolnych. Około 75-80% chorych na cukrzycę umiera z powodu chorób układu krążenia – wiodącej przyczyny zgonów w Europie. Osoby ze stwierdzoną cukrzycą typu 2 są 2-4 krotnie bardziej obciążone ryzykiem wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, niż pozostała część społeczeństwa.

Wskaźniki chorobowości stale rosną. Narastająca skala epidemii cukrzycy związana jest przede wszystkim ze wzrostem wskaźnika chorobowości w odniesieniu do cukrzycy typu 2, nie mniej jednak wskaźniki chorobowości rosną również dla cukrzycy typu 1.

Coraz większym wyzwaniem będą rosnące koszty cukrzycy. Zwrócić należy również uwagę na znaczne i stale rosnące koszty związane z epidemią cukrzycy. Koszt podejmowanych działań związanych z profilaktyką i leczeniem cukrzycy w większości krajów członkowskich Unii Europejskiej wynosi ponad 10% całości wydatków przewidzianych na opiekę zdrowotną (w niektórych przypadkach suma ta wynosi nawet 18,5%). W 2012 roku wydatki związane z leczeniem cukrzycy stanowiły 11 proc. wszystkich światowych wydatków na opiekę zdrowotną⁷.



W dniu 20 grudnia 2006 r. Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych rezolucją nr 61/225 uznało cukrzycę za jedną z 10 najważniejszych chorób przewlekłych na świecie, stanowiącą poważny problem dla zarówno samych chorych jak i dla całych społeczeństw. Najnowsze dane Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF, International Diabetes Federation), że już 382 miliony osób na świecie choruje na cukrzycę.²

⁷Raport. Cukrzyca Ukryta Pandemia, op.cit

POLSKA W NAJBLIŻSZYM CZASIE BĘDZIE MUSIAŁA ZMIERZYĆ SIĘ Z NARASTAJĄCYM PROBLEMEM CUKRZYCY

POLSKA W NAJBLIŻSZYM CZASIE BĘDZIE WIĘC MUSIAŁA ZMIERZYĆ SIĘ Z TYM NARASTAJĄCYM PROBLEMEM EPIDEMIOLOGICZNYM, ZWIĄZANYM Z ROSNĄCYM ODSETKIEM NOWYCH ZACHOROWAŃ, A TAKŻE RZESZĄ OSÓB ŻYJĄCYCH Z CUKRZYCĄ I BORYKAJĄCYCH SIĘ Z GROŹNYMI POWIKŁANAMI TAKIMI JAK NIEWYDOLNOŚCI NEREK, POWIKŁANIA SERCOWO- NACZYNIOWE, ŚLEPOTA, STOPA CUKRZYCOWA.

Coraz więcej osób z cukrzycą w Polsce. Już dziś najnowsze dane Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDF, International Diabetes Federation) pokazują, że w Polsce z cukrzycą zmagają się już 3 mln osób, z czego ok. 1 mln nie wie jeszcze, że ma cukrzycę, a co druga osoba umiera z powodu cukrzycy wcześniej niż przed 60. rokiem życia.⁸

Szczególnie znaczący wzrost zachorowań na cukrzycę odnotowano w ostatnich 10 latach, co m.in. jest skutkiem poprawy wykrywalności choroby w populacji ogólnej oraz coraz dłuższego okresu życia, zwłaszcza kobiet. Częstkowe dane epidemiologiczne wskazują także, że najsilniejszym czynnikiem ryzyka wystąpienia cukrzycy jest wiek – u co czwartej osoby powyżej 60 r.ż. stwierdza się cukrzycę.

Najbardziej wiarygodne dane dotyczące epidemiologii cukrzycy pochodzą z ogólnopolskiego badania NATPOL, realizowanego przez Uniwersytet Medyczny w Gdańsku od ponad 10 lat projektu naukowego oraz z zasobów Narodowego Funduszu Zdrowia. Według danych NFZ w 2011 leczonych farmakologicznie, czyli otrzymujących insulinę lub leki doustne było 1 994 994 osób. Oznacza, to że obecnie, w 2015 r., liczba pacjentów z cukrzycą wynosi ponad 2 mln, gdyż wyniki badania NATPOL wskazują, że roczny przyrost chorych na cukrzycę wynosi 2,5%. W 2015 roku leczonych z powodu cukrzycy jest zatem ok. 2,1 mln Polaków. Wszystkie prognozy wskazują, że liczba ta będzie wzrastać w najbliższych latach. U około 25 – 50% chorych na cukrzycę typu 2 w Polsce choroba nie została jeszcze wykryta.⁹

Okolo 10-12% osób z cukrzycą tj. 230 tys. osób jest leczonych nefarmakologicznie czyli dietą i wysiłkiem fizycznym, co łącznie daje 2,33 mln osób z rozpoznaną cukrzycą w naszym kraju. Biorąc dodatkowo pod uwagę, że obecnie jedna z trzech osób z cukrzycą nie jest świadoma swojej choroby (do niedawna o cukrzycy nie wiedziała połowa chorych), **można aktualną liczbę osób z cukrzycą w Polsce szacować nawet na 3,5 mln.**¹⁰

Zauważalny jest jednakże trend wzrostowy także w przypadku występowania cukrzycy typu 1 wśród dzieci i młodzieży. W latach 90. ub. wieku wskaźnik zapadalności na ten typ cukrzycy wynosił ok. 15 zachorowań na 100 tys. mieszkańców/rok, a obecnie – 20-25 zachorowań/100 tys./rok w zależności od regionu, przy czym najwyższa zapadalność występuje w Polsce północnej. Aktualnie dzieci i młodzieży z cukrzycą typu 1 jest w Polsce prawie 20 tys., a wszystkich chorych z tym typem choroby ok. 180 tys.¹¹

⁸ IDF Atlas. Op. Cit

⁹ Badanie Natpol, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, 2011

¹⁰ Niebieska Księga Cukrzycy, Koalicja na rzecz walki z cukrzycą, Warszawa 2014

¹¹ Ibidem

¹² PAP, 12.02.2015

Coraz więcej osób ma także stan przedcukrzycowy. Eksperci przewidują, że już nawet około 5 milionów osób może mieć stan przedcukrzycowy, czyli znajduje się w wysokiej grupie ryzyka zachorowania na cukrzycę w najbliższych latach.¹²

Narastający problem powikłań. W wielu krajach, w tym w Polsce, cukrzyca jest także najczęstszą przyczyną wielu groźnych powikłań.¹³

- Retinopatia – uszkodzenie siatkówki należąca do częstszych przyczyn uszkodzenia wzroku. Występuje u 90% chorych na cukrzycę typu 1 trwającą ponad 20 lat.
- Niewydolności nerek - w programach przewlekłego leczenia dializami znajduje się na stałe ponad 3,5 tys. chorych na cukrzycę.
- Powikłania sercowo- naczyniowe:
 - u co drugiego chorego występuje choroba niedokrwienna serca, a 2/3 zgonów u diabetyków powodują powikłania sercowo-naczyniowe,
 - w grupie chorych na cukrzycę obserwuje się takie samo ryzyko wystąpienia zawału mięśnia sercowego, jak w grupie chorych bez cukrzycy, którzy przebyli wcześniej zawał serca. Stało się to podstawą stwierdzenia, że cukrzyca stanowi ekwiwalent choroby niedokrwiennej serca. Zawał serca występuje 2 razy częściej u mężczyzn i 6 razy częściej u kobiet chorych na cukrzycę niż w pozostałej populacji,
 - choroby naczyniowe, w tym udar mózgu oraz choroba tętnic kończyn dolnych. Cukrzyca zwiększa ryzyko udaru niedokrwiennego oraz krwotocznego, które związane są ze znaczną śmiertelnością i niesprawnością chorych. Chorzy na cukrzycę są 20-25 razy bardziej narażeni na amputację kończyny z powodu choroby naczyniowej niż osoby zdrowe.
- Amputacji kończyn dolnych - według Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Polska należy do krajów, które mają najwięcej amputacji w obrębie kończyn (średnio, co drugi pacjent ze stopa cukrzycowa), czyli 14 tysięcy amputacji rocznie. Oznacza to, 38 amputacji dziennie.

Dlatego też cukrzyca nie tylko musi się stać jednym z priorytetów zdrowotnych, ale także muszą zostać podjęte zdecydowane kroki zaradcze. Wdrożenie więc długofalowej strategii przeciwdziałania cukrzycy musi stać się jednym z najważniejszych zadań Państwa w najbliższych latach.

Przedwczesna umieralność z powodu cukrzycy. Rośnie odsetek osób umierających rocznie z powodu cukrzycy (4,8 mln) – w Polsce jest to niemal 30 000 osób. Przedwczesna umieralność z powodu cukrzycy, dotycząca populacji w wieku produkcyjnym, a także wzrastająca liczba niezdolności do pracy spowodowana powikłaniami cukrzycy pociągają za sobą znaczne obciążenia ze strony państwa.

¹³Niebieska Księga Cukrzycy, op.cit

Koszty leczenia cukrzycy. Już w 2014 roku bezpośrednie koszty cukrzycy wyniosły 4 mld 326 mln PLN, a koszty pośrednie związane m.in. z utratą wpływów podatkowych, obniżoną produktywnością zawodową chorych i ich rodzin 7,5 mld złotych.

Według danych Banku Światowego cukrzyca zajmuje w skali wielkości obciążenia ekonomicznego społeczeństwa 2 miejsce, po chorobie niedokrwiennej serca. Cukrzyca w Polsce stanowi znaczące obciążenie budżetu państwa.

Czy dziś zrobiliśmy wystarczająco dużo, aby jutro ochronić przed cukrzycą kolejne pokolenia?

POLSKA W NAJBLIŻSZYM CZASIE BĘDZIE MUSIAŁA SIĘ ZMIERZYĆ Z NARASTAJĄCYM PROBLEMEM CUKRZYCY DLATEGO JUŻ DZIŚ MUSIMY ZNAĆ ODPOWIEDZI NA NAJWAŻNIEJSZE PYTANIA ZWIĄZANE Z CUKRZYCĄ

- 1. JAKIE BĘDĄ W PRZYSZŁOŚCI KOSZTY CUKRZYCY W POLSCE?**
- 2. ILE CUKRZYCA BĘDZIE KOSZTOWAĆ POLSKIE MIASTA?**
- 3. JAKI BĘDZIE WPŁYW CUKRZYCY NA GRUPY LUDNOŚCI, KTÓRE BĘDĄ W SZCZEGÓLNOŚCI DOTKNIĘTE CUKRZYCĄ, JAK M. IN. OSOBY STARSZE?**
- 4. JAK CUKRZYCA WPŁYNIE NA RYNEK PRACODAWCÓW I PRACOWNIKÓW?**
- 5. ILU PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA BĘDZIE POTRZEBNE DO ZARZĄDZANIA CUKRZYCĄ W CIĄGU NASTĘPNYCH 10 LAT?**

CUKRZYCA 2025

Cukrzyca 2025 to projekt długofalowej strategii prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce, który powstał z inicjatywy Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej i przedstawicieli wszystkich organizacji diabetologicznych współpracujących w ramach powołanej Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą. We współpracy z ekspertami, przedstawicielami środowisk naukowych i akademickich.

Celem strategii Cukrzyca 2025 jest wskazanie priorytetowych kierunków zmian, zmierzających w długofalowej perspektywie do poprawy wskaźników związanych z odsetkiem osób z nowozdiagnozowaną cukrzycą, zmniejszenia ilości powikłań i poprawy jakości życia osób z cukrzycą, a także zmniejszenia odsetka osób umierających z powodu cukrzycy w Polsce.

Niniejsze opracowanie przedstawia opis priorytetowych wyzwań oraz działań obejmujących przeciwdziałanie cukrzycy w Polsce w perspektywie najbliższych dziesięciu lat. Proponowane rozwiązania oparte są na międzynarodowych wytycznych i innych podobnych opracowaniach wdrożonych w innych krajach. Projekt uwzględnia również polskie uwarunkowania i proponuje rozwiązania dostosowane do uwarunkowań ekonomicznych, społecznych i kulturowych.

Projekt zakłada poprawę populacyjnych wskaźników zachorowalności na cukrzycę poprzez wdrożenie priorytetowych działań na trzech poziomach: profilaktyka cukrzycy, poprawa wyników leczenia cukrzycy i prewencja powikłań, wsparcie osób z cukrzycą w społeczeństwie.

Cukrzyca 2025 zbiega się z wdrożeniem nowej polityki zdrowotnej przez Państwo Polskie i wprowadzeniem Ustawy o Zdrowiu Publicznym oraz nowego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2015-2020. Wydaje się więc, że to dobry moment na przyjęcie i wdrożenie wytycznych opracowanych przez środowiska diabetologiczne.

Założeniem strategii jest poprawa jakości opieki nad chorymi na cukrzycę, zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, poprawa świadomości i poziomu wiedzy o tej chorobie, co w konsekwencji powinno przełożyć się na wymierne oszczędności ekonomiczne.

CUKRZYCA 2025 - MISJA

**MUSIMY ZROBIĆ WSZYSTKO, ABY ZATRZYMAĆ EPIDEMIE
CUKRZYCY W POLSCE I POPRAWIĆ JAKOŚĆ ŻYCIA WSZYSTKICH
OSÓB DOTKNIĘTYCH TĄ CHOROBA.**

CUKRZYCA 2025 - WIZJA

**DO 2025 ROKU POPRAWA PARAMENTRÓW POPULACYJNYCH
ZWIĄZANYCH Z ZACHORWANIEM NA CUKRZYCĘ, ZWIĘKSZENIE
EFEKTYWNOŚCI WYKRYWALNOŚCI CUKRZYCY WE WCZESNYM
STADIUM, POPRAWA WYNIKÓW LECZENIA ORAZ JAKOŚCI ŻYCIA
OSÓB Z CUKRZYCĄ W POLSCE.**

CELE SZCZEGÓŁOWE PROJEKTU

- 1. OPRACOWANIE REKOMENDACJI I OKREŚLENIE NAJWAŻNIEJSZYCH STRATEGICZNYCH PRIORYTETÓW W OBSZARZE PREWENCJI I LECZENIA CUKRZYCY W POLSCE.**
- 2. WSKAZANIE PROPOZYCJI DŁUGOFALOWYCH ROZWIĄZAŃ SYSTEMOWYCH NA POZIOMIE OGÓLNOPAŃSTWOWYM ORAZ SAMORZĄDOWYM.**
- 3. OKREŚLENIE WSKAŹNIKÓW EFEKTYWNOŚCI PROWADZONYCH DZIAŁAŃ I MONITORING EFEKTYWNOŚCI PROWADZONYCH DZIAŁAŃ NA POZIOMIE KRAJOWYM I REGIONALNYM.**
- 4. WSPÓŁPRACA Z JEDNOSTKAMI PAŃSTWOWYMI I SAMORZĄDOWYMI I WDRAŻANIE ROZWIĄZAŃ STRATEGICZNYCH W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA CUKRZYCY NA POZIOMIE OGÓLNOPOLSKIM I REGIONALNYM W LATACH 2016-2025.**

MAPA PRIORYTETOWYCH POTRZEB DLA CUKRZYCY DO 2025 ROKU

1. PROFILAKTYKA CUKRZYCY

- Edukacja społeczeństwa i prewencja cukrzycy poprzez zmianę stylu życia społeczeństwa i edukację z zakresu zdrowego stylu życia, prowadzenia aktywności fizycznej.
- Określenie grup ryzyka cukrzycy i prowadzenie zaplanowanych działań mających na celu wcześniejsze rozpoznanie cukrzycy, a także monitoring stanu przedcukrzycowego.

2. POPRAWA WYNIKÓW LECZENIA I SKUTECZNA PREWENCJA POWIKŁAŃ

- Wprowadzenie efektywnych narzędzi diagnostycznych i terapeutycznych, a także wsparcie nowo zdiagnozowanych pacjentów tzw. pacjentów pierwszorazowych i osób przechodzących na insulinoterapię.
- Organizacja interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem z cukrzycą - zwiększenie dostępu diagnostyki i konsultacji specjalistycznych, wprowadzenie zalecanych standardów postępowania w zakresie opieki specjalistycznej dla pacjentów z cukrzycą.
- Wprowadzenie efektywnych narzędzi wsparcia pacjentów z cukrzycą – zwiększenie dostępu do edukacji diabetologicznej, poradnictwa dietetycznego.
- Poprawa wyników leczenia cukrzycy poprzez większą indywidualizację leczenia osób z cukrzycą, w tym szczególnie osób otyłych.
- Poszerzania dostępu do dostępnych opcji terapeutycznych w cukrzycy, pozwalających na utrzymanie optymalnych parametrów cukrzycy i efektywność w zakresie prewencji powikłań, zapobieganie groźnym epizodom hipoglikemii.
- Opieka nad dziećmi i osobami młodymi z cukrzycą – wprowadzenie procedur postępowania związanych z bezpieczeństwem dzieci z cukrzycą w szkole, monitoring stanu zdrowia dzieci z cukrzycą, prowadzenie bilansów, badań diagnostycznych, a także opracowanie standardów postępowania związanych z przekazaniem pacjentów z cukrzycą po ukończeniu 18 roku życia.

3. WSPARCIE OSÓB Z CUKRZYCĄ W SPOŁECZEŃSTWIE

- Zapobieganie dyskryminacji osób z cukrzycą w społeczeństwie, w tym gwarancja równego dostępu do edukacji i pracy osób z cukrzycą.
- Poprawa jakości życia osób z cukrzycą i ich rodzin, wsparcie psychologiczne opiekunów i osób z cukrzycą.

DLACZEGO CUKRZYCA POTRZEBUJE DŁUGOFALOWEJ STRATEGII?

CUKRZYCA, JAKO CHOROBA CYWILIZACYJNA I SPOŁECZNA, WYMAGA SYSTEMOWEGO PODEJŚCIA POPRZECZ TWORZENIE NOWYCH MIĘDZYNARODOWYCH, KRAJOWYCH I LOKALNYCH PROGRAMÓW ZWALCZANIA CUKRZYCY. SKUTECZNA WALKA Z EPIDEMIĄ CUKRZYCY NIE BĘDZIE MOŻLIWA BEZ DOBRZE OPRACOWANEJ STRATEGII ORAZ WIELOLETNIEGO PLANU DZIAŁANIA, KTÓRY OKREŚLI PRIORYTETOWE OBSZARY DZIAŁANIA W ZAKRESIE PREWENCJI, LECZENIA I JAKOŚCI ŻYCIA OSÓB Z CUKRZYCĄ.

Cukrzyca w Polsce potrzebuje redefinicji.

Dziś nie wystarczy już jej medyczny aspekt. Medycyna bowiem coraz lepiej radzi sobie z cukrzycą, w tyle pozostają rozwiązania systemowe i zrozumienie na poziomie społecznym i indywidualnym. W Polsce cukrzycę należy określić jako chorobę społeczną, zatem istnieje konieczność stworzenia kompleksowego systemu działań, mających na celu zwiększenie wykrywalności (cukrzyca typu 1), zmniejszenie zapadalności (cukrzyca typu 1 oraz typu 2) i spadek częstości występowania powikłań, mając na względzie uwarunkowania społeczne i ekonomiczne kraju.

Cukrzyca w Polsce nie jest priorytetem.

Opracowanie długoletnich wytycznych dla cukrzyicy w Polsce jest ważne tym bardziej, że cukrzyca jak dotąd nie została zaliczona do strategicznych priorytetów opieki zdrowotnej. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, wspomina o cukrzycy jedynie marginalnie, wzywając do zmiany nawyków żywieniowych.

Pomimo także światowych standardów i wytycznych organizacji zdrowotnych, do tej pory w Polsce nie przyjęto i nie wdrożono Narodowego Programu Prewencji i Leczenia Cukrzyicy, który pozwalałby na wprowadzenie długofalowych rozwiązań systemowych takich jak chociażby: szeroko zakrojona edukacja zdrowotna, wpro-

Redukcja kosztownych powikłań cukrzycy.

Po 8 latach od sformułowania Deklaracji z St. Vincent, na Kongresie w Lizbonie w 1997 r. przyjęto Deklarację o stanie realizacji celów określonych w St. Vincent. Przedstawiciele krajów Europejskiego Regionu Światowej Organizacji Zdrowia stwierdzili istotną redukcję kosztownych powikłań cukrzycy w krajach, w których programy zwalczania cukrzycy są energicznie realizowane.

wadzenie rejestrów chorych czy uruchomienie programów profilaktyki powikłań cukrzycy. Takie rozwiązania powinny być tworzone z uwzględnieniem różnych środowisk w tym przy współpracy z organizacjami pacjentów, których ten problem bezpośrednio dotyczy.

Strategia przeciwdziałania cukrzycy musi być długofalowa. Wieloletnie działania rządu w zakresie zdrowia publicznego i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym powinny być bowiem oparte na takiej długofalowej i przemyślanej strategii Państwa w zakresie poszczególnych problemów zdrowotnych, w tym cukrzycy. Na bazie długofalowej strategii powinna zostać opracowana kompleksowa polityka, programu wsparcia i plan działania, który obejmuje główne typy cukrzycy (cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2, cukrzyca ciążowa), cały proces działań prewencyjnych, od profilaktyki pierwotnej poprzez prewencję powikłań, leczenie i kompleksową opiekę a także wszystkie zasoby, usługi i systemy, które wspierają procesy opieki diabetologicznej.

Przyjęcie i wdrożenie strategii, czy też długoletnich planów działania w ramach prewencji i leczenia cukrzycy w danym kraju bardzo dobrze pokazuje, czy podmioty odpowiedzialne za kształtowanie polityki zdrowotnej państwa traktują cukrzycę za poważny problem społeczny i zdrowotny oraz widzą potrzebę działania w ramach jej zapobiegania.



Takie podejście
pozwala doprowadzić
do wypracowania
skutecznych rozwiązań
systemowych w zakresie
monitorowania i finansowania leczenia
cukrzycy i przyniesie wymierne efekty
działania w przyszłości.

DLACZEGO CUKRZYCA POTRZEBUJE NARODOWEJ STRATEGII?

1. CUKRZYCA CORAZ WIĘKSZYM PROBLEMEM SPOŁECZNYM

Cukrzyca w Polsce potrzebuje redefinicji, ponieważ dziś nie wystarczy już jej medyczny aspekt. Medycyna bowiem coraz lepiej radzi sobie z cukrzycą, w tyle pozostają rozwiązania systemowe i zrozumienie na poziomie społecznym i indywidualnym.

2. CUKRZYCA CORAZ WIĘKSZYM PROBLEMEM EKONOMICZNYM

Cukrzyca należy do czołówki chorób przewlekłych (wraz z nowotworami, chorobami układu krążenia), będących jednym z istotnych zagrożeń dla rozwoju gospodarki, stanowiąc olbrzymie obciążenie budżetowe dla państw.

3. CUKRZYCA POTRZEBUJE WIELOLETNIEGO PLANU DZIAŁANIA

Skuteczna walka z epidemią cukrzycy nie będzie możliwa bez wieloletniego planu działania, który określi priorytetowe obszary działania w zakresie prewencji, leczenia i jakości życia osób z cukrzycą.

4. CUKRZYCA POTRZEBUJE ZAPLANOWANEJ STRATEGII WYDATKÓW

Poprawa jakości opieki nad chorymi na cukrzycę, zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod diagnostycznych i terapeutycznych, poprawa świadomości i poziomu wiedzy o tej chorobie, w konsekwencji powinno przełożyć się na wymierne oszczędności ekonomiczne.

5. CUKRZYCA MUSI STAĆ SIĘ PRIORYTETEM W POLITYCE ZDROWOTNEJ

Projekt strategiczny cukrzyca 2025 zbiega się z wdrożeniem nowej polityki zdrowotnej przez państwo polskie: wprowadzeniem ustawy o Zdrowiu Publicznym oraz nowego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2015-2020. Wydaje się więc, że to dobry moment na przyjęcie i wdrożenie wytycznych opracowanych przez środowiska diabetologiczne.

CO DO TEJ PORY ZROBIONO?

W Polsce cukrzyca nie została zaliczona do strategicznych priorytetów opieki zdrowotnej w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Priorytetowo traktowane są nowotwory, choroby układu krążenia i choroby psychiczne. Narodowy Program Zdrowia, wspomina o cukrzycy jedynie mimochodem, wzywając do zmiany nawyków żywieniowych jako jednego z podstawowych sposobów walki z chorobami takimi jak cukrzyca oraz do wczesnego objęcia opieką pacjentów zagrożonych ryzykiem powikłań cukrzycowych.

W maju 2006 roku Polska przyjęła Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce na lata 2006-2008. Program wszedł w życie w następnych latach jako element pierwszych pilotażowych zadań, do których należało przygotowanie do stworzenia rejestru chorych na cukrzycę (dorosłych) oraz rejestru wieku rozwojowego (dzieci i młodzieży).

Celem tego programu była optymalizacja leczenia cukrzycy w Polsce, a działania skupiły się wokół realizacji rejestru pacjentów z cukrzycą (dorosłych i dzieci), co było wielce istotnym krokiem na drodze oceny sytuacji i faktycznej skali cukrzycy w Polsce.

Rejestry jednak nie funkcjonują dziś w pełni i istnieje potrzeba rewizji/kontynuowania prowadzenia tego projektu na większą skalę. W roku 2010 opracowano Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, a w jego obrębie Moduł II: Program Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce na lata 2010-2011.

W kwietniu 2012 roku ogłoszono Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej na rok 2012. Program był kontynuacją działań prowadzonych od 2006 roku w ramach Programu Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce, wchodzącego obecnie w skład Narodowego Programu Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, (program dot. cukrzycy jest realizowany w ramach Modułu II).

Celem programu było zwiększenie świadomości na temat cukrzycy i jej powikłań wśród społeczeństwa, ograniczenie występowania czynników ryzyka (zapobieganie występowaniu cukrzycy typu 2), stworzenie skutecznych strategii zapobiegania powikłaniom cukrzycy poprzez poprawę jakości leczenia w ośrodkach diabetologicznych, zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2011 roku, a także poprawa jakości życia osób z cukrzycą.

Wysokość środków niezbędnych na realizację programu, w tym środków z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia, w kolejnych latach jego realizacji to 1 435 000 PLN (koszty programu w 2010), 2 621 000 PLN (Koszty programu w 2011). Dla porównania koszty cukrzycy w Polsce ponoszone przez budżet Państwa to około 11% budżetu NFZ na świadczenia. To jest około 1,32 mld euro.

ILE KOSZTUJE CUKRZYCA I JAK MOŻNA ZMNIJSZYĆ KOSZTY CUKRZYCY W POLSCE?

CUKRZYCA W PERSPEKTYWIE POPULACJI JEST OGROMNYM OBCIĄŻENIEM DLA KAŻDEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA. DYNAMICZNY PRZYROST WSKAŹNIKÓW EPIDEMIOLOGICZNYCH, MNOGOŚĆ KLINICZNYCH POWIKŁAŃ ORAZ ICH DRAMATYCZNY WPŁYW NA ŻYCIE PACJENTA WE WSZYSTKICH JEGO ASPEKTACH, WRESZCIE REALNA MOŻLIWOŚĆ WPŁYWU TERAPEUTYCZNEGO NA PRZEBIEG I MANIFESTACJĘ CHOROBY STAWIAJĄ CUKRZYCĘ - OBOK ONKOLOGII I CHORÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH - W RZĘDZIE NAJTRUDNIEJSZYCH WYZWAŃ W ZAKRESIE ZDROWIA PUBLICZNEGO.

Mówienie o kosztach w kontekście choroby jest trudne podwójnie. Po pierwsze dlatego, że wymaga interdyscyplinarnego łączenia wielu kompetencji z zakresu medycyny i ekonomii zdrowia. Po drugie dlatego, że dotyczy wrażliwej społecznie kwestii opisaną językiem ekonomii spraw uznawanych w naszym kręgu kulturowym za sublimację człowieczeństwa, zaś związane z tym próby wartościowania sfery życia i zdrowia ludzkiego spotykają się często z niezrozumieniem lub brakiem akceptacji. Warto jednak nieustannie podkreślać wagę argumentów ekonomicznych w dyskusji o priorytetach w ochronie zdrowia, w modelowaniu systemu opieki zdrowotnej czy wreszcie w decyzjach politycznych skutkujących zmianami prawa w zakresie medycyny, zarówno w aspekcie zdrowia publicznego, jak i indywidualnych decyzji refundacyjnych.

Cukrzyca jest ogromnym obciążeniem dla każdego systemu ochrony zdrowia. Dynamiczny przyrost wskaźników epidemiologicznych, mnogość klinicznych powikłań oraz ich dramatyczny wpływ na życie pacjenta we wszystkich jego aspektach, wreszcie realna możliwość wpływu terapeutycznego na przebieg i manifestację choroby stawiają cukrzycę - obok onkologii i chorób sercowo-naczyniowych - w rzędzie najtrudniejszych wyzwań w zakresie zdrowia publicznego. Decyzje systemowe skutkujące ponoszeniem ogromnych nakładów na prewencję, leczenie oraz minimalizację powikłań we wszystkich aspektach: klinicznym, społecznym i psychologicznym powinny być oparte na możliwie racjonalnych przesłankach. Oznacza to potrzebę dysponowania wiarygodnymi danymi oraz uznaną metodologią. To warunki konieczne nie tylko do optymalnych działań decydentów, ale również do poprawy jakości debaty publicznej wokół trudnych i często kontrowersyjnych decyzji.

Skala obciążeń dla systemu zdrowia. O skali obciążeń systemowych wynikających z epidemii cukrzycy może świadczyć fakt, że tylko w roku 2012 11% wszystkich światowych wydatków na opiekę zdrowotną stanowiły wydatki związane z leczeniem cukrzycy. Wartość ta jest oczywiście wypadkową wielkości populacji chorych w poszczególnych krajach oraz średnich nakładów na jednego pacjenta z cukrzycą, przy czym warto pamiętać, że różnice pomiędzy krajami w tym zakresie są ogromne. Dla przykładu średnie wydatki na jednego pacjenta z cukrzycą w Szwajcarii w 2013 roku wynoszą 9873 USD, w Niemczech 4718 USD, zaś w Polsce 1037 USD. Sytuuje nas to na ostatnim miejscu w Europie, nawet za mniejszymi od nas krajami naszego regionu (Litwa 1142 USD, Węgry 1171 USD, Czechy 1610 USD).

Nakłady na leczenie cukrzycy. Analizując kwestię nakładów na leczenie cukrzycy w naszym kraju (w oparciu o dane z lat 2009-2013 udostępnione przez NFZ, ZUS I GUS) warto ująć je w klasyczne kategorie kosztowe tj. kosztów bezpośrednich i pośrednich. W zakresie kosztów bezpośrednich w dalszych rozważaniach uwzględniono jedynie koszty bezpośrednie medyczne (leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia odrębnie kontraktowane oraz podstawowa opieka zdrowotna oraz koszty refundacji i dopłat do leków i pasków do glukometrów), bez ujęcia kosztów pośrednich niemedycznych (np. koszty transportu chorych itp.).

Koszty bezpośrednie. Czyni to analizę bardziej realistyczną, opierając ją jedynie o twarde dane NFZ dotyczące realnie wypłaconych kwot za konkretne świadczenia medyczne. I tak koszty bezpośrednie medyczne związane ze świadczeniami specjalistycznymi wynikającymi z leczenia cukrzycy zarówno w trybie leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej charakteryzowały się niewielką dynamiką zmian w analizowanym okresie (392 119 122 PLN w 2009 i 398 887 262 PLN w 2013). Podobnie niewielkiemu wzrostowi tym samym czasie podlegały koszty leczenia pacjentów z cukrzycą w ramach POZ (255 2330 660 PLN w 2009 vs 263 930 863 PLN w 2013).

Z punktu widzenia komfortu życia oraz skuteczności terapii optymistycznie wygląda istotny wzrost ilości zrefundowanych pomp insulinowych (1562 w 2009 vs. 2359 w 2013). Wynika to w głównej mierze ze zmian prawnych rozszerzających przywilej refundowanego świadczenia powyżej 18 r.ż. W 2012 roku dostęp do świadczenia zyskali pacjenci do 26 r.ż. w tym też roku doszło do skokowej zmiany ilości zrefundowanych pomp (1639 w 2011, 2407 w 2012 i 2359 w 2013), przy względnie stałej ilości pomp zrefundowanych pacjentom poniżej 18 r.ż. (1639 w 2011 i 1756 w 2013).

| KOD | NAZWA | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|----------------|---|---------|---------|---------|-----------|-----------|
| 11.1021.046.02 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci | 1 562 | 1 700 | 1 639 | 1 811 | 1 756 |
| 11.1021.047.02 | leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych | 0 | 0 | 0 | 596 | 603 |
| 9234 | zestawy infuzyjne (wkłucia) do osobistych pomp insulinowych | 319 526 | 353 254 | 653 881 | 1 030 280 | 1 253 491 |

Powyższa informacja ma oczywiście wymierne implikacje kosztowe. Łączny koszt leczenia cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej (z kosztami zestawów infuzyjnych, ale bez kosztów insuliny) wzrósł w latach 2009-2012 z 29 782 920 PLN do 54 538 649 PLN. To najbardziej dynamicznie rosnąca grupa wydatków systemowych na leczenie cukrzycy.

Wydatki na leki. Przeciwny trend obserwujemy w dziedzinie wydatków na leki refundowane w leczeniu cukrzycy. Zarówno w kategorii insulin, jak i doustnych leków przeciwcukrzycowych odnotowano spadek wydatków płatnika publicznego w latach 2009-2013. Oczywiście w analizie takiego stanu rzeczy uwzględnić należy zmiany nie tylko cen poszczególnych leków, ale również zmiany w zakresie poziomu refundacji. Równolegle płatnik publiczny odnotował bezprecedensowy wzrost wydatków na wyroby medyczne (paski do glukometrów): z 14 445 770 PLN w 2009 do 396 028 439 PLN w 2013 roku! Wyłącznie temu wzrostowi zawdzięczamy fakt, że mimo spadku sumarycznych wydatków na insuliny i przeciwcukrzycowe leki doustne łączne wydatki systemu na leki i wyroby medyczne miały jednak tendencję rosnącą (872 487 118 PLN w 2009 vs 1 137 277 683 PLN w 2013 roku).

| INSULINY | DOUSTNE LEKI PRZECIWCUKRZYCOWE | GLUKAGON | PASKI | INSULINY | RAZEM |
|----------|--------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-------------------|
| 2009 | 624 096 470 PLN | 229 210 931 PLN | 4 733 948 PLN | 14 445 770 PLN | 872 487 118 PLN |
| 2010 | 637 898 603 PLN | 214 896 140 PLN | 4 085 215 PLN | 179 907 699 PLN | 1 036 787 656 PLN |
| 2011 | 664 691 433 PLN | 170 605 304 PLN | 2 782 468 PLN | 679 199 479 PLN | 1 517 278 685 PLN |
| 2012 | 518 724 972 PLN | 144 054 444 PLN | 2 191 018 PLN | 330 709 405 PLN | 995 679 840 PLN |
| 2013 | 583 406 583 PLN | 155 394 266 PLN | 2 448 394 PLN | 396 028 439 PLN | 1 137 277 683 PLN |

Koszty powikłań cukrzycy. Na szczególną uwagę zasługuje bardzo dynamicznie wzrastającą grupą kosztów bezpośrednich związana z powikłaniami cukrzycy. Oznacza to 2,5 - krotny wzrost wydatków w tej grupie kosztów (z 847 469 195 PLN w 2009 roku do 2 081 908 373 PLN w 2013 roku). Największe obciążenie dla budżetu stanowią koszty powikłań sercowo- naczyniowych, których leczenie pochłania rocznie 1,5 mld PLN. Stanowi to prawie 70% (69.65%) łącznych kosztów bezpośrednich związanych z udzielaniem świadczeń na leczenie powikłań cukrzycy. Dla porównania drugie co do wielkości są koszty powikłań nerkowych obejmują niespełna 27% kosztów wszystkich powikłań. Należy przy tym pamiętać, że rzeczywiste koszty bezpośrednie powikłań są jeszcze wyższe, ponieważ obejmują jeszcze koszty leków i wyrobów medycznych, co w niniejszej analizie ze względu na ograniczenia metodologiczne nie zostało uwzględnione.

PODSUMOWUJĄC: KOSZTY BEZPOŚREDNIE CUKRZYCY WYLICZONE NA PODSTAWIE DANYCH NFZ ZA ROK 2013 WYNIOSŁY PONAD 4 MLD 326 MLN (4 326 116 981 PLN), Z CZEGO PRAWIE POŁOWA PRZYPADŁA NA KOSZTY POWIKŁAŃ (2 081 908 373 PLN). TO GIGANTYCZNA KWOTA, SZCZEGÓLNI PRZY UWZGLĘDNIENIU FAKTU, ŻE CAŁY BUDŻET NFZ TO KWOTA 64 MLD PLN.

Pośrednie koszty cukrzycy. Większość analiz kosztowych w polskiej ochronie zdrowia koncentrowała się przez wiele lat na kosztach bezpośrednich. Wynikało to z jednej strony z braku wiarygodnych danych niezbędnych do poszerzenia wyliczeń o koszty pośrednie, z drugiej zaś strony – poza ścisłym gronem ekspertów- braku świadomości wagi zagadnienia kosztów pośrednich dla analiz ekonomicznych w ochronie zdrowia. Poszerzenie rozważań kosztowych o ten niezwykle istotny aspekt pozwala uzyskać inną, pełniejszą perspektywę na wiele zjawisk i procesów w ochronie zdrowia, co może czasem skutkować przewartościowaniem wielu rekomendacji czy decyzji zarządczych. Warto więc również na tak ważne społecznie schorzenie, jakim jest cukrzyca spojrzeć znacznie szerzej, nawet jeśli zaprezentowane powyżej koszty bezpośrednio zdają się odzwierciedlać wystarczająco ogromny wpływ tej choroby na system. Koszty pośrednie związane są ze zmniejszeniem zasobów pracy na skutek występowania jednostki chorobowej. Możliwych jest kilka mechanizmów takiego procesu:

- utrata wydajności spowodowanej przedwczesnym wyjściem z rynku pracy (wcześniejsze przechodzenie na rentę lub emeryturę z powodu cukrzycy, rezygnacja z aktywności zawodowej, śmierć chorego);
- nieobecność pracownika w miejscu pracy w związku z cukrzycą (absenteizm);
- zmniejszenie wydajności pracownika obecnego w miejscu pracy z powodu odczuwania objawów cukrzycy (prezenteizmu)

Warto również pamiętać, że utraconą produktywność można opisywać stosując różne miary: średnie roczne wynagrodzenie brutto lub Produkt Krajowy Brutto na jednego pracującego.

Każda z nich ma zarówno swoje zalety, jak i związana jest z pewnymi ograniczeniami. W przypadku wynagrodzenia brutto nieuwzględnione zostają składki płacone przez pracodawcę na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych. Dodatkowo zakłada się, że praca jest jedynym czynnikiem produkcji – nie uwzględnia zatem wartości dóbr i usług, które wytwarzane są przy jej wykonywaniu. Z tego względu wartość kosztów pośrednich zostaje zaniżona. Z kolei w przypadku drugiego wspomnianego podejścia koszty mogą zostać zawyżone z uwagi na zjawisko malejącej krańcowej produktywności pracy oraz fakt, iż wartość PKB na osobę pracującą uwzględnia wyłącznie osoby, od których odprowadzane są składki ubezpieczeniowe: samozatrudnione lub zatrudnione w oparciu o umowę o pracę. Nie zostają uwzględnione natomiast osoby pracujące na zasadach umów o dzieło.

Utracona produktywność. Z analiz wynika, że utracona produktywność związana z przedwczesnym zgonem z powodu cukrzycy generuje roczne koszty w wysokości przekraczającej 300 mln PLN. Na przestrzeni lat 2009-2013 obserwowano stopniowy wzrost tych kosztów (ok. 20% różnica pomiędzy rokiem 2013 i 2009). Podobnie jak w przypadku kosztów pośrednich związanych z przedwczesnym zgonem z powodu cukrzycy, również analiza wydatków związanych z leczeniem powikłań cukrzycy wskazuje na znaczny wzrost tej kategorii kosztów na przestrzeni lat 2009-2013 (porównanie roku 2009 z 2013 wskazuje na dwukrotny wzrost!). Dodatkowo porównując koszty związane z cukrzycą z kosztami związanymi z jej powikłaniami można zaobserwować, że wartość utraconej produktywności jest znacznie większa w przypadku zgonów z powodu powikłań choroby.

Koszty utraconej produktywności z powodu niezdolności do pracy z powodu cukrzycy to kwota oscylująca pomiędzy prawie 704 mln PLN w 2009 a 674 mln PLN w 2013 (oszacowane przy wykorzystaniu średniego wynagrodzenia) lub - przy mniej zachowawczych szacunkach przy wykorzystaniu PKB kwoty powyżej 1 mld 167 mln PLN w 2009 i 1 mld 183 mln PLN. Dla powikłań cukrzycy analiza danych za lata 2009- 2013 wskazała, że po roku 2009 koszty pośrednie związane z niezdolnością do pracy na skutek powikłań cukrzycy wzrosły ponad dwukrotnie. W kolejnych latach również obserwowano wzrost, ale nie tak znaczny. Mówimy o kwotach rzędu 590 mln PLN (2012) przy wykorzystaniu średniego wynagrodzenia, lub nawet powyżej 1 mld 33 mln PLN przy szacunkach wykorzystujących PKB.

UTRATA PRODUKTYWNOŚCI ZWIĄZANA Z RENTAMI SOCJALNYMI: WYLICZONE WARTOŚCI OSCYLUJĄ POMIĘDZY 19 MLN PLN (2009) A PRAWIE 24 MLN (2012) DLA CUKRZYCY ORAZ MIĘDZY PRAWIE 9 MLN PLN (2009) A 23,5 MLN PLN (2013) DLA WSZYSTKICH POWIKŁAŃ DLA SZACUNKÓW LICZONYCH PRZY WYKORZYSTANIU ŚREDNIEGO WYNAGRODZENIA. WYLICZENIA UWZGLĘDNIAJĄCE PKB ZYSKUJĄ INNY WYMIAR: DLA CUKRZYCY OD 32 MLN PLN W 2009 DO PONAD 41 MLN PLN W 2012, ZAŚ DLA POWIKŁAŃ PONAD 15 MLN PLN DO PONAD 41 MLN W 2012.

Absenteizm to wielkość produkcji utraconej z powodu nieobecności pracownika w miejscu pracy spowodowanej skutkami choroby. Absenteizm traktowany jest jako krótka nieobecność pracownika w pracy. Analiza danych dostarczonych przez ZUS wskazuje, że roczne koszty związane z utraconą produktywnością z powodu absenteizmu spowodowanego cukrzycą wynoszą od 150 tys. do 260 tys. (w zależności od miary utraconej produktywności). Zaznaczyć należy, że rzeczywiste koszty absenteizmu spowodowanego cukrzycą są prawdopodobnie wyższe niż oszacowane na podstawie danych ZUS, gdyż dane te obejmują tylko część rynku pracy tj. osoby zatrudnione na umowę o pracę i ubezpieczone w ZUS. Dodatkowo są to obecności formalne, podczas gdy pojęcie absenteizmu obejmuje również np. nieodrobione spóźnienia do pracy spowodowane chorobą. Koszty pośrednie wynikające z absencji chorego na skutek powikłań cukrzycy wzrastały systematycznie od roku 2009. Porównując dane za rok 2013 z danymi za rok 2009 zaobserwowano dwukrotny wzrost wydatków w tej kategorii kosztów (od ponad 60 mln PLN do prawie 120 mln PLN przy szacunkach przy wykorzystaniu średniego wynagrodzenia lub od ponad 99 mln PLN do ponad 206 mln przy wyliczeniach wykorzystujących PKB).

Spadek wydajności. Prezenteizm to spadek wydajności pracownika, który pomimo choroby jest obecny w miejscu pracy, lecz wykonuje swoje obowiązki z pewnymi utrudnieniami wynikającymi z objawów choroby. Takie utrudnienia mogą oznaczać wolniejsze tempo pracy, ograniczenie możliwości skupienia się na wykonywanych czynnościach zawodowych, wydłużenie czasu potrzebnego na przygotowanie się do wykonywania czynności zawodowych itp. Koszty prezenteizmu są trudne do oszacowania ze względu na specyficzny charakter tej kategorii kosztowej i obejmują subiektywne odczucia skutków cukrzycy przez poszczególnych chorych. W obliczeniach wykorzystano wskaźniki z publikacji amerykańskich odnalezione w wyniku przeglądu literatury. Należy mieć na uwadze, że wartość wskaźnika prezenteizmu wykorzystana przy obliczeniach nie jest specyficzna dla populacji polskiej i faktyczne wartości uzyskane np. na drodze badania ankietowego przeprowadzonego wśród grupy chorych na cukrzycę w Polsce byłyby najbardziej miarodajnym źródłem do dalszych analiz.

Koszty prezenteizmu oszacowane przy wykorzystaniu średniego wynagrodzenia rosną z roku na rok od prawie 1,1 mld w 2009 do ponad 1,5 mld w 2013 roku. Szacunki przy wykorzystaniu PKB w Polsce również wykazują dynamikę wzrostową, ale w znacznie wyższym przedziale: od ponad 1,7 mld w 2009 do ponad 2,7 mld w 2013 roku.

KOSZTY CUKRZYCY W POLSCE W 2013 ROKU.

| KATEGORIA KOSZTÓW | CUKRZYCA | POWIĘLANIA |
|---|-------------------------|-------------------------|
| Koszty bezpośrednie | | |
| Świadczenia (szp, aos, sko, reh) | 398 887 262 zł | 2 081 908 373 zł |
| Poz - stawka kapitacyjna | 263 930 863 zł | brak danych |
| Refundacja (leki, wyroby medyczne) | 1 137 277 683 zł | brak danych |
| Dopłaty pacjentów | 444 112 800 zł | brak danych |
| Suma | 2 244 208 608 zł | 2 081 908 373 zł |
| Łącznie bezpośrednie | 4 326 116 981 zł | |
| Koszty pośrednie - PKB | | |
| Absenteizm - dni robocze | 262 431 954 zł | 206 157 649 zł |
| Przedwczesne zgony | 651 290 276 zł | 1 354 078 981 zł |
| Prezenteizm | 2 702 815 189 zł | brak danych |
| Renty socjalne | 36 972 223 zł | 40 326 617 zł |
| Renty z tytułu niezdolności do pracy | 1 182 997 680 zł | 1 032 364 844 zł |
| Suma | 4 836 507 322 zł | 2 632 928 091 zł |
| Łącznie pośrednie | 7 469 435 413 zł | |
| Koszty pośrednie - średnie wynagrodzenie | | |
| Absenteizm - dni robocze | 151 583 822 zł | 119 079 113 zł |
| Przedwczesne zgony | 368 029 974 zł | 763 511 762 zł |
| Prezenteizm | 1 561 178 239 zł | brak danych |
| Renty socjalne | 21 352 148 zł | 23 506 505 zł |
| Renty z tytułu niezdolności do pracy | 674 362 852 zł | 587 913 979 zł |
| Suma | 2 779 046 278 zł | 1 494 011 359 zł |
| Łącznie pośrednie | 4 270 518 394 zł | |

Przytoczone powyżej liczby, niezależnie od wyboru modelu analizy pokazują skalę problemu jakim jest z punktu widzenia wydatków publicznych cukrzyca i jej powikłania. Nawet przy bardzo zachowawczym podejściu przyjąć możemy, że całościowe koszty związane z cukrzycą i jej powikłaniami to gigantyczna kwota ok. 7 mld PLN. To miara strat ekonomicznych, ponoszonych przez system ochrony zdrowia i opieki społecznej, ale to również istotna pomoc w rozważaniach nad kierunkami planowania i realizowania strategii dla poprawy sytuacji.

Przede wszystkim trzeba pamiętać, że w analizach operujemy przytoczoną za NFZ liczbą leczonych z powodu cukrzycy na poziomie 1 659 165 pacjentów (2011). Z danych Międzynarodowej Federacji Cukrzycy wynika, że w Polsce w 2011 roku ponad 3 miliony osób cierpiało na cukrzycę, z czego 1/3 wciąż pozostawała niezdiagnozowana. Oznaczałoby to zatem, że nawet 1 mln osób w naszym kraju to osoby jeszcze nie zdiagnozowane, a więc narażone na wysokie ryzyko wystąpienia powikłań wskutek nieleczonej choroby. Wypływa z tego dość oczywisty postulat wdrożenia działań skreeningowych i edukacyjnych poprawiających wykrywalność cukrzycy, co docelowo wpłynie również na zmniejszenie kosztów powikłań. Te zaś - jak wynika z zaprezentowanych wyliczeń są naprawę duże (powyżej 2 mld w 2013).

Duża dynamika przyrostu w latach 2009-2013 również jest wysoce niepokojąca i każe myśleć o optymalizacji terapii we wszystkich możliwych aspektach: działań edukacyjnych, poradnictwa dietetycznego i psychologicznego, zwiększeniu aktywności ruchowej i wreszcie poprawy skuteczności terapii farmakologicznej. Ten ostatni aspekt obejmuje zarówno zwiększenie motywacji pacjenta do regularnego przyjmowania, lepszą współpracę w tym zakresie z personelem medycznym jak i dostęp do nowych, bardziej skutecznych terapii przez zmiany w polityce refundacyjnej państwa.

KIERUNKI STRATEGICZNE W KONTEKŚCIE OPTYMALIZACJI KOSZTÓW CUKRZYCY

Wcześniejsze wykrywanie i skuteczniejsza terapia oznacza również potencjalne zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów, co oprócz dramatycznego aspektu społecznego ma również bardzo konkretne implikacje ekonomiczne. Nawet 10% spadek odsetka przedwczesnych zgonów z powodu cukrzycy oznacza obniżenie utraconej produktywności na poziomie 37-65 mln PLN rocznie. Dla powikłań cukrzycy analogiczny spadek przedwczesnych zgonów to zmniejszenie strat z powodu utraconej produktywności na poziomie 76 – 135 mln PLN.

Optymalizacja działań diagnostyczno - terapeutycznych w cukrzycy ma ogromny potencjał w zakresie zmniejszania każdej sfery opisanej kategorią kosztów pośrednich. Nawet kilku- kilkunastoprocentowa poprawa odsetka pacjentów skuteczniej kontrolujących glikemię, masę ciała, ciśnienie tętnicze i gospodarkę lipidową, oznacza potencjalne oszczędności w sferze rent socjalnych i rent z tytułu niezdolności do pracy, wymierne oszczędności w zakresie zmniejszenia ilości zwolnień lekarskich, nie wspominając już o wskaźnikach wydajności pracy objętych pojęciem prezen-teizmu.

STRATEGIA

DLA

CUKRZYCY

2015-2025

WYZWANIE 1

ZMNIEJSZENIE LICZBY OSÓB Z CUKRZYCĄ

DEFINICJA PROBLEMU

Wg danych WHO w ostatnich 20-latach w wielu krajach na świecie obserwuje się epidemiczny wzrost zachorowalności na cukrzycę. W USA już ponad 17,5% populacji choruje na cukrzycę, przy czym coraz częściej choroba ta ujawnia się u osób poniżej 40 roku życia oraz u dzieci i młodzieży. Jeżeli obecny trend utrzyma się w 2030 roku co czwarty, a w 2050 roku co 3 Amerykanin będzie chorował na cukrzycę. Podobne trendy epidemiologiczne dotyczą większości krajów na świecie, zagrożenie „tsunami cukrzycy” może zagrażać też Polsce.

Badania epidemiologiczne wskazują, iż głównymi przyczynami nasilającej się epidemii cukrzycy są niekorzystne zmiany środowiskowe prowadzące do wzrostu częstości otyłości i zmiany stylu życia, w tym dotyczące nieprawidłowego odżywiania oraz ograniczenia aktywności fizycznej. Niewłaściwe zachowania sprzyjające nadmiernemu gromadzeniu tkanki tłuszczowej obserwowane są już u dzieci i młodzieży. W badaniach amerykańskich wykazano, że aż 42% 6-11 latków i 92% 12-19 latków w USA nie wykonuje zalecanej (60 min/dobę) aktywności fizycznej. Efektem tego, obok nadwagi i otyłości, jest zmniejszona masa mięśniowa i obniżona wydolność fizyczna w życiu dorosłym.

Kompleksowe dane dotyczące Polski uzyskane w ramach badania WOBASZ wykazywały 11,4% częstość występowania cukrzycy w latach 2003-2005 w grupie osób w wieku 45-69 lat. Zaobserwowano przy tym wysoki odsetek osób z nadwagą (42,4%) oraz otyłością (27,2%).

Co musimy zrobić?

Musimy zmniejszyć liczbę osób z cukrzycą – zapobiec powstaniu „tsunami cukrzycy” w Polsce.

Możemy to zrobić poprzez:

- Zahamowanie przyrostu odsetka dzieci z nadwagą i otyłością.
- Zahamowanie rosnącej epidemii otyłości wśród osób dorosłych.
- Zmniejszenie częstości rozwoju cukrzycy ciążowej (bez działań prewencyjnych u ponad 80% kobiet z cukrzycą ciążową w ciągu kolejnych 20-lat rozwinię się cukrzyca typu 2).
- Wdrożenie programów prewencji dla osób z grupy ryzyka cukrzycy typu 2: interwencja dotycząca stylu życia, w uzasadnionych przypadkach wczesna interwencja farmakologiczna (metformina, analogi GLP-1, nowe terapie).

Najnowsze dane epidemiologiczne (m.in. Instytutu Żywności i Żywienia) wykazują, iż odsetek dzieci z nadwagą podwoił się w ostatnich 10-latach i wynosi w poszczególnych województwach 22-32%. Dostępne są także wyniki badań wykazujące 40% wzrost liczby przypadków otyłości wśród osób dorosłych (w latach 2001-2008). Dane te wskazują, że podobnie jak w USA oraz innych krajach europejskich zagraża nam epidemia otyłości i cukrzycy typu 2.

W sytuacji tych niekorzystnych tendencji epidemiologicznych istnieje pilna potrzeba wdrożenia strategicznego i skutecznego programu zapobiegania cukrzycy, obejmującego skoordynowane działań na skalę krajową posiadającego odpowiednie finansowanie z budżetu państwa, NFZ i/lub funduszy europejskich.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

ZMNIEJSZENIE PROBLEMU OTYŁOŚCI U DZIECI I MŁODZIEŻY.

Pewną nadzieję na zmianę sytuacji w zakresie narastającego problemu otyłości u dzieci i młodzieży jest przygotowany przez Ministerstwo Zdrowia Projekt ustawy o zdrowiu publicznym oraz opracowywany Narodowy Program Zdrowia, którego jednym z głównych celów miałyby być zatrzymanie wzrostu występowania otyłości i cukrzycy do 2025 r.

Konkretnym działaniem w zakresie prewencji otyłości wśród dzieci i młodzieży może być wchodząca w życie od 1 września 2015 r. nowelizacja ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, ograniczająca możliwość sprzedaży dzieciom i młodzieży żywności, do której dodawane są cukry i substancje słodzące, a także żywności o dużej zawartości tłuszczu. Również od nowego roku szkolnego wprowadzone zostaną zmiany mające motywować uczniów do uczestnictwa w lekcjach z wychowania fizycznego: oceniana będzie systematyczność udziału w lekcjach, a wymagania będą dostosowane do indywidualnych potrzeb i możliwości (w tym zdrowotnych) ucznia.

DZIAŁANIE 2

EDUKACJA SPOŁECZEŃSTWA.

Edukacja obywateli o medycznych i społecznych następstwach otyłości poprzez media tradycyjne (TV, radio, prasa) oraz internet (w tym media społecznościowe), inicjowanie i wspieranie projektów społecznych, lokalnych czy biznesowych (np. PolskaBiega.pl, Endomondo.com, itp...) w zakresie zwiększenia motywacji osób z nadwagą i otyłością do zachowań prozdrowotnych.

Edukacja w zakresie zdrowego żywienia i właściwej aktywności fizycznej w ciąży – włączenie dietetyków i trenerów aktywności fizycznej do opieki nad kobietami z grupy ryzyka w czasie ciąży i po jej zakończeniu (w przypadku cukrzycy ciążowej).

DZIAŁANIE 3

KAMPANIA WCZESNEGO WYKRYWANIA CUKRZYCY.

Kampania wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 powinna być oparta na poniższych elementach:

- samoocenie czynników ryzyka przez osoby bez postawionej diagnozy cukrzycy, w oparciu o powszechnie dostępną kartę oceny ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 do samodzielnego wypełnienia,
- okazjonalnej identyfikacji czynników ryzyka cukrzycy przez lekarzy rodzinnych u pacjentów zgłaszających się z powodu innych chorób,
- celowanych badaniach diagnostycznych w populacji o zidentyfikowanym wysokim ryzyku, prowadzonych przez lekarzy rodzinnych, w ramach kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia,
- działaniach edukacyjnych o czynnikach ryzyka rozwoju cukrzycy, skierowanych do szerokiego ogółu społeczeństwa,
- działaniach edukacyjnych dt. protokołów i standardów diagnostycznych w programie wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 skierowanych do lekarzy.

DZIAŁANIE 4

FINANSOWANIE PROGRAMU PREWENCJI CUKRZYCY.

Opracowanie i wdrożenie finansowanego z budżetu/ NFZ/ funduszy (regionalnych?) EU projektu „Prewencji Cukrzycy w Polsce dla osób z grupy najwyższego ryzyka” (dla osób, u których zdiagnozowano stan przedcukrzycowy):

Proponowany program prewencji (interwencji) osób ze stanem przedcukrzycowym powinien obejmować: wdrożenie indywidualnej diety z ograniczeniami kalorycznymi pod kontrolą dietetyka oraz program systematycznej kontrolowanej aktywności fizycznej (150 min/tydzień) w ramach indywidualnych lub grupowych treningów nadzorowanych przez wykwalifikowanych trenerów.

U osób, u których tryb życia i pracy nie pozwala na „tradycyjne” programy aktywności fizycznej należy rozważyć możliwość wdrożenia krótkich interwałowych treningów o wyższej intensywności (low-volume high-intensity interval training) kilka razy dziennie przed posiłkami (min. 18 min/dzień).

W przypadku osób ze znaczną otyłością (BMI>35) i wartościami glikemii na czczo >110 mg% należy rozważyć farmakoterapię metforminą lub innymi nowoczesnymi terapiami (np. analogami GLP-1).

DZIAŁANIE 5

WSPÓŁPRACA ORGANIZACJI Z RÓŻNYCH OBSZARÓW.

Z uwagi na wieloaspektowy charakter cukrzycy, realizacja działań prewencyjnych powinna zakładać współpracę różnych instytucji i organizacji w tym: stowarzyszeń chorych z cukrzycą, profesjonalistów medycznych świadczących opiekę nad chorymi z cukrzycą, medycznych korporacji zawodowych, Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia, samorządów terytorialnych i innych. Szczególnie efekty tej współpracy w zakresie ośrodków biorących udział w realizacji strategii powinny pomóc Ministerstwu Zdrowia planować działania w zakresie polityki zdrowotnej.

WYZWANIE 2

SKUTECZNIEJSZA WYKRYWALNOŚĆ CUKRZYCY

DEFINICJA PROBLEMU

25% chorujących Polaków nie jest świadoma, że ma cukrzycę. Jeszcze większy odsetek nie wie, że ma zaburzenia metabolizmu glukozy definiowane jako stan przedcukrzycowy tj. nieprawidłową glikemię na czczo i/lub nieprawidłową tolerancję glukozy. Problem dotyczy nie tylko dorosłych, ale coraz częściej dzieci i młodzieży.

Głównymi przyczynami takiego stanu rzeczy są:

- niedostateczna świadomość społeczna w zakresie czynników ryzyka cukrzycy, objawów choroby i celowości wykonywania badań pozwalających rozpoznać i zdefiniować zaburzenia gospodarki węglowodanowej,
- brak rozwiązań systemowych motywujących Lekarzy Rodzinnych do wykonywania diagnostyki zaburzeń gospodarki węglowodanowej u osób ze zwiększonym ryzykiem ich wystąpienia,
- złożona kilkustopniowa procedura diagnostyczna oparta o pomiar stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej i test doustnego obciążenia glukozą.

Rozpoznanie cukrzycy typu 1 na wczesnym etapie choroby manifestującej się wzmożonym pragnieniem, nasiloną diurezą i chudnięciem, zmniejsza niekorzystne następstwa metaboliczne stanowiące bezpośrednie zagrożenie życia, a mianowicie występowanie ciężkiej kwasicy ketonowej.

Rozpoznanie zaburzeń metabolizmu glukozy na etapie stanu przedcukrzycowego lub wczesnej cukrzycy typu 2 nie tylko pozwala na większą skuteczność w zwalczaniu hiperglikemii oraz niekorzystnych bliskich i odległych jej następstw, ale także zmniejsza ryzyko szeroko pojętego nowotworzenia. Zwiększone ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego oraz nowotworów u osób z otyłością brzuszną jest bowiem następstwem hiperinsulinemii ściśle powiązanej z insulinopornością, dwoma kluczowymi zjawiskami w patomechanizmie cukrzycy typu 2.

Co musimy zrobić?

Cel do którego dążymy w długofalowej perspektywie to podniesienie skuteczności wykrywalności cukrzycy i stanu przedcukrzycowego w społeczeństwie polskim.

Badania przesiewowe definiowane są przez Światową Organizację Zdrowia jako działania pozwalające zidentyfikować choroby nierozpoznane poprzez zastosowanie procedur czy testów szybkich i powszechnie dostępnych, łatwych do populacyjnego zastosowania. Badania przesiewowe nie są z założenia diagnostyczne. Mają one rozdzielić osoby, które z dużym prawdopodobieństwem są chore od tych, którzy prawdopodobnie nie są obciążeni daną chorobą. W przypadku cukrzycy badania przesiewowe powinny prowadzone być w grupach zwiększonego ryzyka zachorowania.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

ZINTEGROWANE DZIAŁANIA.

Zintegrowanie sił i środków społecznych oraz spójność działań (Narodowy Program Zdrowia; plan dla cukrzycy, programy samorządowe) w zakresie skuteczniejszej wykrywalności cukrzycy. Wprowadzenie działań na poziomie lokalnym tj. lokalne akcje samorządowe pozwalające na przeprowadzenie badań przesiewowych w kierunku cukrzycy wśród mieszkańców miast, miasteczek i wsi.

DZIAŁANIE 2

ZWIĘKSZENIE ŚWIADOMOŚCI SPOŁECZNEJ.

Zwiększenie świadomości społecznej o celowości wykonywania badań pozwalających rozpoznać i zdefiniować nieprawidłowości w zakresie gospodarki węglowodanowej. Wykorzystanie Mediów (telewizja, radio, Internet, nowe technologie mobilne) celem wskazywania grup zwiększonego ryzyka zachorowania na cukrzycę i zmotywowania osób zagrożonych cukrzycą do zbadania glikemii.

DZIAŁANIE 3

EDUKACJA PRACOWNIKÓW OPIEKI MEDYCZNEJ.

Zwiększenie uwagi pracowników opieki medycznej podstawowej i specjalistycznej oraz Medycyny Pracy na osoby zagrożone cukrzycą i obowiązkowe wykonywanie u nich badań przesiewowych w kierunku cukrzycy.

Działania te mają na celu ugruntowanie wiedzy w zakresie: oceny czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, kryteriów kwalifikacji do populacji wysokiego ryzyka, postępowania z pacjentem ze stwierdzonym wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2, metod i standardów diagnostycznych, postępowania z pacjentem z nowo zdiagnozowaną cukrzycą typu 2, zasad powtarzania badań skriningowych w grupach osób z wysokim ryzykiem rozwoju cukrzycy typu 2, określenie celów leczenia cukrzycy typu 2 – nie tylko należy kontrolować glikemię, ale też ciśnienie tętnicze, poziom lipidów oraz masę ciała.

DZIAŁANIE 4

KARTA OCENY RYZYKA CUKRZYCY.

Wprowadzenie i upowszechnienie w placówkach medycznych, szkołach, zakładach pracy, w Internecie, w aplikacjach mobilnych narzędzia pozwalającego określić stratyfikację w oparciu o czynniki zwiększonego ryzyka zachorowania na cukrzycę z wyznaczeniem grup: o niskim ryzyku;

średnim i wysokim. Jednym z zadań jakie należy podjąć jest przygotowanie wystandaryzowanych protokołów i kryteriów diagnostycznych tj. Karta oceny ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, która powinna być podstawowym narzędziem identyfikacji osób z populacji ogólnej powyżej 25 r.ż. wymagających celowanych badań diagnostycznych (na wzór FINish Diabetes Risk SCore (FINDRISC)).

DZIAŁANIE 5

CELOWANE BADANIA PRZESIEWOWE.

Cukrzyca typu 2 charakteryzuje się długą fazą przedkliniczną i może pozostać bezobjawowa do momentu pojawienia się powikłań makro- i mikronaczyniowych. Cukrzyca typu 2 może zostać zdiagnozowana na długo przed pojawieniem się objawów, poprzez identyfikację osób z podwyższonym ryzykiem wystąpienia cukrzycy oraz przeprowadzenie testów diagnostycznych. Zasadne zatem będzie podjęcie działań pozwalających na wprowadzenie oznaczenia glikowanej hemoglobiny (HbA1c) do diagnostyki cukrzycy w Polsce. Skrining w populacji ogólnej nie jest rekomendowany, ale badania wskazują, że badania przesiewowe w populacji osób z czynnikami ryzyka oraz wczesne rozpoznanie cukrzycy typu 2, prowadzą do ograniczenia liczby powikłań cukrzycy oraz redukcji kosztów.

Wśród potencjalnych korzyści wczesnego rozpoznania cukrzycy typu 2 należy wymienić:

- Mniejszą liczbę powikłań w momencie stawiania diagnozy,
- Lepszą kontrolę glikemii w dłuższym okresie czasu,
- Mniejsze zapotrzebowanie na leki,
- Niższy odsetek pacjentów rozwijających powikłania,
- Niższy odsetek przedwczesnych zgonów

DZIAŁANIE 6

WPROWADZENIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH.

Istotne z punktu widzenia rozpoznania i zapobiegania cukrzycy jest wczesne jej rozpoznanie. Nieprawidłowo leczona prowadzi do uszkodzenia dużych i małych naczyń krwionośnych. Skutkiem tych zmian jest choroba wieńcowa, zawał serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, postępująca demencja i inne. W Polsce często cukrzyca rozpoznawana jest „przypadkowo” w trakcie hospitalizacji chorego z innej przyczyny. Często przyczyną tych hospitalizacji są choroby, których cukrzyca jest istotnym czynnikiem ryzyka, na przykład zawał serca lub udar mózgu. Wykonywanie badań diagnostycznych jest konieczne szczególnie w grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy, tj. u osób z nadwagą, czy otyłością, u których cukrzyca występuje w rodzinie, mało aktywnych fizycznie, z uprzednio stwierdzonymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, z nadciśnieniem tętniczym lub inną chorobą układu krążenia, z zaburzeniami gospodarki lipidowej

Wprowadzenie badań przesiewowych w kierunku wczesnej diagnostyki cukrzycy. Badania w kierunku cukrzycy powinny być wykonywane u osób zagrożonych tą chorobą tj.

- u osób po 45 roku życia co 3 lata
- częściej (co roku jeżeli współistnieje);
- u osób z nadwagą lub otyłością (BMI ≥ 25 kg/m²), szczególnie brzuszna (obwód talii >80 cm u kobiet i >94 cm u mężczyzn);

- u osób mało aktywnych fizycznie (<150 minut wysiłku fizycznego tygodniowo);
- u osób mających we wcześniejszych badaniach laboratoryjnych stwierdzoną hiperglikemię;
- u osób z chorobą układu sercowo-naczyniowego;
- u osób z dyslipidemią [szczególnie gdy stężenie frakcji HDL cholesterolu <40 mg/dl (1 mmol/l) i/ lub triglicerydów >150 mg/dl (1.7 mmol/l)];
- u osób z nadciśnieniem tętniczym;
- u kobiet z zespołem policystycznych jajników;
- u kobiet z przebyłą cukrzycą ciążową; u kobiet, które urodziły dziecko >4kg;
- u osób z cukrzycą występującą w rodzinie;
- u osób w stanach generujących insulinooporność m.in. przewlekle leczonych sterydami; analogami somatostatyny i innymi lekami o działaniu diabetogennym.

WYZWANIE 3

MONITORING I SYSTEM WSPARCIA OSÓB ZE STANEM PRZEDCUKRZYCOWYM

DEFINICJA PROBLEMU

Stan przedcukrzycowy jest etapem przebiegu zaburzeń metabolizmu glukozy prowadzącym w progresji do cukrzycy. Definiowany jest wartościami glikemii wyższymi niż te, które określają normoglikemię, ale niższymi od tych, które pozwalają na rozpoznanie cukrzycy. Stan przedcukrzycowy rozpoznawany jest przy stwierdzeniu nieprawidłowej glikemii na czczo - stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej 100-125 mg/dl (5.6-6.9 mmol/l) i/lub nieprawidłowej tolerancji glukozy - stężenie glukozy w osoczu krwi żyłnej w 120. minucie testu doustnego obciążenia 75 g glukozy (OGTT) 140-199 mg/dl (7.8-11.0 mmol/l). W krajach, w których w diagnostyce zaburzeń metabolizmu glukozy uwzględniana jest glikowana hemoglobina (HbA1c) stan przedcukrzycowy definiowany jest wartościami HbA1c 5.8-6.49 %. Ze względu na dynamikę procesu zaburzeń metabolizmu glukozy stan przedcukrzycowy klinicznie najczęściej rozpoznawany jest u osób zagrożonych cukrzycą typu 2. Jest on nie tylko zwiastunem cukrzycy typu 2, ale także chorób układu sercowo-naczyniowego. W Europie 10-20% populacji ma stan przedcukrzycowy.

Stan przedcukrzycowy nie indukuje charakterystycznych objawów hiperglikemii, dlatego jest niedostatecznie rozpoznawany. Istnieją dane wskazujące na dychotomię płci w zakresie nieprawidłowych stężeń glukozy definiujących stan przedcukrzycowy. U mężczyzn częściej występuje izolowana nieprawidłowa glikemia na czczo, a u kobiet nieprawidłowa tolerancja glukozy. Ten element nie upraszcza diagnostyki stanu przedcukrzycowego i utrudnia zastosowanie narzędzi przesiewowych. W warunkach polskich u osób zagrożonych cukrzycą typu 2 rozpoznanie stanu przedcukrzycowego powinno oparte być na ocenie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo i w 120. minucie OGTT.

Co musimy zrobić?

Określenie zasad monitorowania i stworzenie systemu wsparcia dla osób ze stanem przedcukrzycowym pozwalających na zwiększenie skuteczności działań w zakresie prewencji cukrzycy, przede wszystkim cukrzycy typu 2.

Otyłość generująca insulinooporność związana jest z konstelacją czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, opisanych jako zespół metaboliczny. W jego definicji ujęto otyłość brzuszna wyrażoną obwodem talii (Europejki >80 cm; Europejczycy >94 cm), obecność nadciśnienia tętniczego, aterogennej dyslipidemii (stężenie frakcji HDL-cholesterolu <35 mg/dl, triglicerydów >150 mg/dl) oraz występowanie zaburzeń metabolizmu glukozy.

Stan przedcukrzycowy z reguły poprzedza cukrzycę (progresja zaburzeń), może ulec wyleczeniu (regresja) lub pozostawać w stanie stabilizacji.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

WSPARCIE OSÓB ZE STANEM PRZEDCUKRZYCOWYM I PODJĘCIE DZIAŁAŃ MOTYWUJĄCYCH DO ZMIANY STYLU ŻYCIA.

Wdrożenie standardów postępowania u osób ze stanem przedcukrzycowym obejmujących: określenie ryzyka sercowo-naczyniowego, ocena dotychczasowego stylu życia (nawyki żywieniowe i aktywność fizyczna), podjęcie działań motywujących do zmiany stylu życia prowadzącej do redukcji masy ciała, edukacja w zakresie zasad zdrowego żywienia, edukacja wydanie indywidualnych zaleceń pozwalających na bezpieczne podejmowanie treningu fizycznego (u dorosłych minimum 30 minut, a dzieci, młodzieży i młodych dorosłych minimum 60 minut dziennie wysiłku fizycznego o umiarkowanej intensywności). W uzasadnionych przypadkach (otyłość, współistniejące nieprawidłowa glikemia na czczo z nieprawidłową tolerancją glukozy), przy braku przeciwwskazań zastosowanie farmakoterapii metforminą, unikanie stosowania leków o działaniu diabetogennych. Motywacja do rzucenia nałogu palenia z równoczesnym zachęcaniem do zwiększenia aktywności fizycznej, gdyż takie działanie zmniejsza przyrost masy ciała notowany po zaprzestaniu palenia tytoniu.

DZIAŁANIE 2

MONITOROWANIE OSÓB ZE STANEM PRZEDCUKRZYCOWYM.

Raz w roku przeprowadzić badania pozwalające na ocenę pacjenta w skali: progresja; regresja; stan stabilny zaburzeń metabolicznych wyrażonych wskaźnikami glikemicznymi (diagnostyka cukrzycy), lipidowymi (stężenie w surowicy cholesterolu frakcji LDL i HDL oraz triglicerydów), wartościami ciśnienia tętniczego krwi oraz masą ciała.

DZIAŁANIE 3

STWORZENIE SYSTEMÓW WSPARCIA DLA OSÓB W STANIE PRZEDCUKRZYCOWYM.

Promowanie systemowej edukacji łatwo dostępnej w zakresie zasad zdrowego stylu życia przez zespoły terapeutyczne składające się z lekarza, pielęgniarki diabetologicznej, dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty. Organizacja grup wsparcia dla osób ze stanem przedcukrzycowym.

DZIAŁANIE 4

EDUKACJA POPRZEZ MEDIA I NOWOCZESNE TECHNOLOGIE.

Wykorzystanie mediów, środków komunikacji publicznej i aplikacji mobilnych w uświadamianiu społeczeństwa o wadze problemu jakim jest stan przedcukrzycowy

Na płaszczyźnie samorządowej i ogólnopolskiej organizacja akcji edukacyjnych promujących „zdrowy styl życia”.

KTO POWINIEN BYĆ ZAANGAŻOWANY W REALIZACJĘ CELU?

- Osoby zagrożone cukrzycą,
- Edukatorzy diabetologiczni (w realiach polskich pielęgniarki diabetologiczne),
- Dietetycy, psychologowie, instruktorzy fitness,
- Lekarze specjaliści,
- Pozarządowe organizacje promujące zdrowie,
- Narodowy Fundusz Zdrowia,
- Samorządy terytorialne,
- Pracodawcy,
- Inne podmioty zaangażowane w działaniach na rzecz walki z cukrzycą

WYZWANIE 4

ZMIANA MODELU OPIEKI NAD PACJENTEM Z CUKRZYCĄ

DEFINICJA PROBLEMU

Prawidłowa, skuteczna i dostępna opieka diabetologiczna opierać się powinna na kilku filarach: opieka podstawowa prowadzona w warunkach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, ambulatoryjna opieka specjalistyczna w warunkach specjalistycznych poradni diabetologicznych oraz opieka szpitalna w referencyjnych oddziałach diabetologicznych. Wszystkie te poziomy opieki winny współpracować być koordynowane na poziomie regionalnym i krajowym. Ta współpraca pomiędzy poszczególnymi poziomami tworzy zalecany model tzw. łączonej opieki diabetologicznej.

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne (PTD) od wielu lat formułuje precyzyjne zalecenia odnośnie modelu opieki łączonej w corocznych edycjach Zaleceń Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, nie są one jednak realizowane w pełni w naszym kraju.

Większość pacjentów z cukrzycą typu 2 pozostaje pod opieką lekarzy POZ i nie korzysta z porad w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej. (AOS). Z drugiej strony wielu pacjentów z cukrzycą typu 2, którzy mogliby korzystać z konsultacji w AOS okresowo znajduje się pod stałą opieką tych poradni zmniejszając dostępność do nich innych pacjentów. Preferencyjne warunki finansowe kontraktowania opieki nad pacjentem z cukrzycą w warunkach POZ nie przełożyły się na poprawę wyrównania cukrzycy w Polsce. Poprawy wymaga także kwestia wykształcenia lekarzy POZ w zakresie nowoczesnych metod terapii cukrzycy i prowadzenie pacjentów z cukrzycą w podejściu interdyscyplinarnym i długofalowym.

Dostępność do AOS w zakresie diabetologii jest ograniczona. Istnieją w tym zakresie znaczne różnice regionalne, a zdecydowana większość poradni AOS zlokalizowana jest w dużych ośrodkach.

Co musimy zrobić?

Celem działań w zakresie realizacji priorytetu jest wprowadzenie modelu opieki łączonej, który zalecany jest od wielu lat przez zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i szczegółowo opisany w zaleceniach PTD.

kach miejskich. Drogą do poprawy sytuacji miały stać się poradnie prowadzące Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną w zakresie diabetologii, jednakże powstało ich zbyt mało i obejmują swoją opieką tylko nieznaczny odsetek pacjentów.

W ostatnich latach powstawały liczne inicjatywy, których celem było ułatwienie współpracy lekarz POZ – specjalista diabetolog, promujące zasady opieki łączonej (Polski Program Poprawy Glikemii nagradzany m.in. Nagrodą Ministra Zdrowia). Kontynuacja takich projektów wymaga jednak wsparcia merytorycznego jak i motywacji oraz ułatwień organizacyjnych.

Musimy także pamiętać, że leczenie cukrzycy prowadzi zespół terapeutyczny, w którym rolę równorzędną z lekarzem prowadzącym odgrywają pielęgniarki diabetologiczne i edukatorzy. W Polsce pomimo wykształcenia dużej liczby specjalistów w tej dziedzinie, nadal dostęp do edukacji diabetologicznej jest niewielki, a proces nieuregulowany. Rola edukatorów i pielęgniarek diabetologicznych jest nadal niedoceniana w procedurach finansowania usług zdrowotnych.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

SZKOLENIA DIABETOLOGICZNE LEKARZY POZ.

Szkolenia diabetologiczne lekarzy POZ i współpracujących pielęgniarek w zakresie aktywnego poszukiwania i rozpoznawania cukrzycy oraz jej leczenia w zakresie przewidzianym w zaleceniach PTD. Objęci szkoleniem winni być lekarze zainteresowani problemami diabetologicznymi działający na określonym obszarze, tak aby pacjenci z cukrzycą mogli mieć równomierny terytorialnie dostęp do fachowej opieki w ramach POZ.

DZIAŁANIE 2

MODEL „SZYBKIEJ ŚCIEŻKI”.

W związku z udowodnionym faktem, że kluczowym okresem dla prawidłowej terapii cukrzycy i uniknięcia groźnych jej przewlekłych powikłań jest intensywne leczenie wieloczynnikowe tuż po rozpoznaniu choroby, należy stworzyć model „szybkiej ścieżki” konsultacji specjalistycznej pacjenta z nowo rozpoznaną cukrzycą. Stworzy to możliwość wczesnej kwalifikacji pacjentów do leczenia specjalistycznego.

DZIAŁANIE 3

WSPÓŁPRACA NA LINII POZ – LEKARZE DIABETOLOGI.

Stworzenie sformalizowanych powiązań między poradniami POZ prowadzącymi opiekę nad pacjentami z cukrzycą z podmiotami prowadzącymi AOS w dziedzinie diabetologii, co skróci i ułatwi dostęp osób z cukrzycą do konsultacji specjalistycznej.

DZIAŁANIE 4

RÓWNY DOSTĘP DO DIABETOLOGICZNYCH PORADNI SPECJALISTYCZNYCH.

Opracowanie zasad umożliwiających równomierne rozmieszczenie poradni specjalistycznych diabetologicznych, które mogą opierać się na bodźcach finansowych ze strony płatnika społecznego, wsparciu ze strony samorządu terytorialnego.

DZIAŁANIE 5

WPROWADZENIE EDUKACJI DIABETOLOGICZNEJ.

W warunkach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wprowadzenie mechanizmów promujących edukację diabetologiczną jako nieodzowny (kluczowy) element opieki nad chorym z cukrzycą, co w konsekwencji zwiększy dostęp do lekarskich konsultacji specjalistycznych.

DZIAŁANIE 6

TWORZENIE REGIONALNYCH PORADNI WYSOKOSPECJALISTYCZNYCH.

Celem strategii walki z cukrzycą powinno być całkowite wyeliminowanie cukrzycy jako przyczyny pełnej utraty wzroku oraz amputacji stóp. Konieczne jest promowanie i wsparcie tworzenia regionalnych poradni wysokospecjalistycznych ukierunkowanych na zapobieganie, wczesną diagnostykę i leczenie przewlekłych powikłań cukrzycy, które prowadzą do inwalidztwa i generują wysokie koszty pośrednie, takich jak Poradnie Stopy Cukrzycowej, Poradnie Retinopatii Cukrzycowej.

DZIAŁANIE 7

DOSTĘP DO REFERENCYJNYCH REGIONALNYCH ODDZIAŁÓW DIABETOLOGICZNYCH.

W zakresie leczenia zamkniętego konieczne jest ułatwienie dostępności do referencyjnych regionalnych oddziałów diabetologicznych bez pośrednictwa oddziałów ogólnointernistycznych ze względu na specyfikę opieki szpitalnej nad chorym z cukrzycą.

DZIAŁANIE 8

STWORZENIE MECHANIZMÓW WSPIERAJĄCYCH TWORZENIE NOWYCH PORADNI.

Kompleksowa Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna dla chorych na cukrzycę, to rozwiązanie bardzo dobrze oceniane przez środowisko diabetologiczne. Założenie tego pomysłu jest bardzo dobre, jednak bez zmian w zakresie finansowania takich poradni, nie przekłada się to na powstawanie wielu ośrodków tego typu. Konieczne jest wprowadzenie mechanizmów, głównie finansowych, zachęcających do tworzenia nowych poradni KAOS w diabetologii.

DZIAŁANIE 9

WPROWADZENIE REJESTRU CHORYCH Z CUKRZYCĄ.

Wielokrotnie podejmowane próby tworzenia w Polsce rejestrów cukrzycy niestety jak do tej pory kończyły się niepowodzeniem, czego konsekwencją jest brak dostatecznych danych na temat potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów dostępnych dla jednostek organizujących opiekę nad pacjentem z cukrzycą i niewłaściwa alokacja środków finansowych przeznaczonych na ten cel z obserwowanymi dużymi różnicami regionalnymi w tym zakresie, które nie wynikają często z rzeczywistych potrzeb. Do realizacji tego celu niezbędne jest wprowadzenie „karty zdrowia pacjenta z cukrzycą” w formie elektronicznej.

Rejestr powinien być prowadzony w ramach odrębnej jednostki wchodzącej w skład Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) sprawującego nadzór organizacyjny i finansowy. Z kolei nadzór merytoryczny nad Rejestrem sprawuje Rada Naukowa Rejestru, której członkowie są powoływani i odwoływani przez szefa CSIOZ, na podstawie opinii Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, która określa rodzaj i zakres danych gromadzonych w Rejestrze.

Rejestr powinien mieć charakter ogólnopolski, a obowiązek zgłaszania chorych powinien dotyczyć każdego poziomu systemu ochrony zdrowia. Istotna jest także kwestia analizy danych, które powinny być także dostępne dla osób prowadzących badania naukowe.

JAKIE KORZYŚCI MOŻEMY UZYSKAĆ:

1. Stworzenie racjonalnego, efektywnego i stabilnego systemu opieki nad pacjentem z cukrzycą, który zapewni poczucie bezpieczeństwa pacjentom podnosząc znacznie ich komfort i zadowolenie z życia, mimo przewlekłe postępującej choroby.
2. Szybkie wdrożenie intensywnego wieloczynnikowego i zindywidualizowanego leczenia chorych na cukrzycę, co w konsekwencji przełoży się na zmniejszenia lub opóźnienie wystąpienia przewlekłych powikłań cukrzycy.
3. Mimo koniecznego zwiększenia kosztów bezpośrednich opieki nad pacjentem z cukrzycą, w perspektywie odległej wprowadzenie modelu opieki łączonej przyniesie zmniejszenie kosztów pośrednich cukrzycy obciążających społeczeństwo w znacznie większym stopniu niż koszty bezpośrednie.

KTO POWINIEN BYĆ ZAANGAŻOWANY W DZIAŁANIE:

1. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
2. Lekarze specjaliści diabetolodzy oraz edukatorzy diabetologiczni
3. Regionalni organizatorzy opieki zdrowotnej
4. Jednostki samorządu terytorialnego wszystkich szczebli
5. Przedstawiciele płatnika
6. Organy administracji państwowej wszystkich szczebli wraz ze swoimi przedstawicielami w osobach Konsultanta Krajowego i Konsultantów Regionalnych
7. Lekarze i pielęgniarki POZ szczególnie zainteresowani problemami cukrzycy

WYZWANIE 5

ORGANIZACJA EDUKACJI DIABETOLOGICZNEJ OSÓB CHORYCH NA CUKRZYCĘ TYPU 2 I ICH RODZIN

DEFINICJA PROBLEMU

W Polsce nie istnieje żadne systemowe rozwiązanie opieki diabetologicznej w przypadku cukrzycy typu 2, która stanowi ok. 90% przypadków choroby. Możemy mówić jedynie o pewnych szcztątkowych modelach, które lokalnie czy regionalnie stosują środowiska diabetologiczne, ale nie mają one rangi krajowych norm ani standardów. Trzeba zatem jak najszybciej system opieki diabetologicznej wypracować i wdrożyć, ze szczególnym uwzględnieniem holistycznej edukacji diabetologicznej pacjentów i ich środowisk rodzinnych oraz w wielu przypadkach społeczno-zawodowych.

Dane epidemiologiczne w zatrważający sposób obrazują galopujący wzrost liczby zachorowań na cukrzycę oraz będących jej wynikiem powikłań. Złej sytuacji towarzyszą poważne braki w systemie opieki zdrowotnej. Nie doceniamy starej prawdy – lepiej zapobiegać niż leczyć. W przypadku cukrzycy typu 2 maksyma ta jest sednem wszelkich działań, bowiem choroba „dojrzewa w nas” z wiekiem. Najczęściej sami stymulujemy jej rozwój, na co wpływ ma tak zwany – styl życia. Możemy jednak mieć dodatkowe predyspozycje, czyli być w grupie ryzyka. Ale, aby zapobiegać samej chorobie czy ewentualnemu pogłębianiu się jej i wystąpieniu powikłań, trzeba być świadomym najlepiej wszelkich zagrożeń. Świadomym, czyli wyedukowanym. Tylko wówczas można wdrażać właściwe nawyki - wykształcone na skutek edukacji, wspomagające zmniejszenie ryzyka zachorowalności lub proces leczenia czy zwiększenie komfortu swojego życia.

Co musimy zrobić?

Wypracować i wdrożyć system opieki diabetologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem holistycznej edukacji diabetologicznej pacjentów i ich środowisk rodzinnych oraz w wielu przypadkach społeczno-zawodowych.

We wrześniu 2014 roku, z inicjatywy Stowarzyszenia Edukacji Diabetologicznej powstała grupa robocza, która na podstawie opinii pacjentów, ich rodzin, edukatorów do spraw diabetologii oraz lekarzy zdefiniowała kluczowe obszary wymagające pilnych zmian w systemie opieki zdrowotnej. Wypracowano rekomendacje, które zdecydowanie poprawią system opieki nad pacjentem diabetologicznym.

Zapewnienie dostępu do holistycznej edukacji diabetologicznej jest więc uzasadnioną, fundamentalną zasadą w systemie ochrony zdrowia, która wynika z potrzeb społeczeństwa zagrożonego epidemią cukrzycy, odczuć pacjentów chorych na cukrzycę i środowiska diabetologicznego.

Zdecydowanie najwięcej przypadków cukrzycy rozpoznaje się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Wdrożenie osoby z cukrzycą i jego rodziny w proces edukacji już w chwili rozpoznania choroby, stanowi korzyść dla pacjenta i środowiska, w którym przebywa, jak również całego systemu ochrony zdrowia.

Należy jednak również pamiętać o usankcjonowaniu edukacji, która faktycznie odbywa się już od wielu lat w poradniach diabetologicznych, a nie ma wyodrębnionego kontraktowania i finansowania. Na ten poziom trafia najwięcej pacjentów chorujących już od pewnego czasu, jednak nie wiedzących o swojej chorobie, a jej występowanie ujawniono wraz pierwszymi objawami powikłań.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

WYPRACOWANIE STANDARDÓW OPIEKI NAD PACJENTEM DIABETOLOGICZNYM W ZALEŻNOŚCI OD STOPNIA ZAAWANSOWANIA CHOROBY I INDYWIDUALNYCH CECH PACJENTA.

Wstępem do wypracowania „nowej jakości” w edukacji diabetologicznej powinno być opracowanie i wdrożenie ujednoliconego sposobu edukacji pacjentów, ich środowiska rodzinnego i/lub społeczno-zawodowego. Odpowiednio ukierunkowana i prowadzona edukacja decyduje, w dużej mierze, o skutecznej prewencji i właściwej opiece diabetologicznej. Normalizacji w tym zakresie podjęło się Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej we współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych przystępując do opracowania Standardów Holistycznej Edukacji Diabetologicznej.

Kontraktowanie tej usługi, świadczonej przez wysoko wyspecjalizowanych edukatorów do spraw diabetologii, daje gwarancje ustabilizowania, a w kilkuletnim okresie czasu nawet zmniejszenie kosztów leczenia powikłań towarzyszących cukrzycy, rokując nawet ograniczenie zapadalności na cukrzycę.

DZIAŁANIE 2

UDROŻNIENIE DOSTĘPU DO OPIEKI WIELOSPECJALISTYCZNEJ.

Rozwiązaniem, do którego należałoby dążyć powinno uwzględnić powstanie w systemie ochrony zdrowia ośrodków regionalnych, najlepiej na poziomie powiatu (lub w zależności od terytorium i liczby mieszkańców – grupy powiatów), specjalizujących się w edukacji diabetologicznej. Porady świadczone na tym poziomie winnym być wyodrębnionym świadczeniem gwarantowanym realizowanym przez edukatorów do spraw diabetologii.

Jednocześnie powinien powstać Narodowy Program dotyczący edukacji i profilaktyki w cukrzycy finansowany z funduszy wydzielonych z budżetu państwa specjalnie na ten cel. Powstanie ośrodków regionalnych np. 16 – po jednym w każdym z województw – jako program pilotażowy, który

realizowany byłby przy współudziale organizacji pozarządowych, jednostek samorządu terytorialnego oraz wsparciu administracji rządowej, a w szczególności administracji specjalnej oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

DZIAŁANIE 3

WYDZIELENIE ŚWIADCZENIA EDUKACYJNEGO, JAKO ODRĘBNEJ PROCEDURY, REALIZOWANEGO PRZEZ EDUKATORA DO SPRAW DIABETOLOGII.

STRATEGIA PREWENCJI I LECZENIA CUKRZYCY W POLSCE 2015-2025 stawia sobie za cel zainicjowanie zmian zmierzających w długofalowej perspektywie do poprawy wskaźników związanych z odsetkiem osób z nowozdiagnozowaną cukrzycą, zmniejszenia ilości powikłań i poprawy jakości życia osób z cukrzycą, a także zmniejszenia odsetka osób umierających z powodu cukrzycy w Polsce. Osiągnięcie postawionego celu wymaga skoordynowanych działań w zakresie wypracowania standardów opieki nad pacjentem diabetologicznym w zależności od stopnia zaawansowania choroby i indywidualnych cech pacjenta, udrożnienia dostępu do opieki wielospecjalistycznej oraz edukacji pacjentów, ich środowiska rodzinnego, społecznego czy zawodowego.

Pierwszym krokiem w kierunku poprawy świadomości pacjentów i ich rodzin, a także środowiska, w którym przebywają w zakresie edukacji winno być wydzielenie świadczenia edukacyjnego, jako odrębnej procedury dla pacjentów chorych na cukrzycę, którą realizować powinna profesjonalnie przygotowana kadra. W funkcjonującym systemie ochrony zdrowia dysponujemy już taką kadram – są to lekarze specjaliści oraz edukatorzy do spraw diabetologii (pielęgniarki i położne z odpowiednim przygotowaniem).

Mając na względzie wydłużony perspektywicznie okres osiągania postawionego w Strategii celu, a także możliwość skutecznego jego osiągnięcia edukacja diabetologiczna winna odbywać się na każdym z funkcjonujących w systemie ochrony zdrowia poziomie, czyli w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej oraz opiece szpitalnej.

Na poziomie leczenia szpitalnego sytuacja wygląda najkorzystniej pod względem prawnym, bowiem oddziały diabetologiczne lub ewentualnie oddziały łączone podpisujące umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia są zobligowane do dysponowania profesjonalistami, między innymi edukatorami ds. diabetologii. Oczywiście poziom finansowania tej usługi jest niewystarczający – tylko 0,5 etatu. Biorąc pod uwagę, że pacjenci diabetologiczni mogą znajdować się na wielu oddziałach w związku szeroką gamą powikłań, należałoby powołać stanowisko – przewidziane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami – we wszystkich wymienionych placówkach i sędować na specjalistów edukację i konsultację w tym zakresie w odniesieniu do całego szpitala.

Pozostałe poziomy ochrony – POZ i AOS – zdrowia nie mają wyodrębnionego świadczenia w zakresie edukacji diabetologicznej. Konieczne jest zatem wyodrębnienie takiego świadczenia, na określonych warunkach, w opiece podstawowej i specjalistycznej.

Mając na względzie wagę i potwierdzającą się skuteczność skoordynowanej opieki medycznej istotnym byłoby wprowadzenie modelu Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej, polegającej na zaawansowanej integracji POZ i AOS, opierającej się na konkretnych standardach opieki diabetologicznej, w tym edukacji diabetologicznej oraz standardy organizacyjne, które ujed-

nolicilyby sposób postępowania z pacjentem diabetologicznym w zależności od stopnia zaawansowania choroby i indywidualnych cech pacjenta.

Edukacja pacjenta to element niezbędny w procesie leczenia niezależnie od poziomu w systemie ochrony zdrowia. Specjaliści prowadzący edukację mogliby stanowić pomost pomiędzy poszczególnymi poziomami.

Zostało to już zapoczątkowane poprzez promocję zasad opieki łączonej (Polski Program Poprawy Glikemii nagradzany m.in. Nagrodą Ministra Zdrowia). Najdalej idącym, zoptymalizowanym i dającym powszechny dostęp do edukacji rozwiązaniem wydaje się być, w obecnym stanie prawnym, wyodrębnienia świadczenia gwarantowanego – porady edukacyjnej – jako kolejny załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2013 poz. 1248).

KORZYŚCI PŁYNĄCE Z TAKIEGO ROZWIĄZANIA TO M. IN.:

1. Świadczeniodawcą może być:
 - publiczny zakład opieki zdrowotnej, w których „poradę edukacyjną” świadczyć będą uprawnione pielęgniarki/położne,
 - uprawnione pielęgniarki/położne wykonujące działalność leczniczą określoną w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej art. 5 ust 2, pkt 2 a, b zwanej dalej „praktykami zawodowymi”
 - podmioty lecznicze, w których „poradę edukacyjną” świadczyć będą uprawnione pielęgniarki/ położne
2. Zapewnienie osobie chorej na cukrzycę i jego rodzinie profesjonalnej edukacji przeprowadzonej przez edukatora ds. diabetologii.
3. Szeroki dostęp do edukacji daje większe szanse ograniczenia, a nawet eliminacji występowania najgroźniejszych powikłań związanych z cukrzycą, poprawę komfortu życia pacjenta i jego rodziny oraz obniżenie kosztów opieki i leczenia.

Daje on również możliwość skoordynowania działań POZ i AOS.

WYZWANIE 6

EFEKTYWNY SYSTEM PRZECIWDZIAŁANIA, WYKRYWANIA I LECZENIA POWIKŁAŃ

DEFINICJA PROBLEMU

Cukrzyca jest chorobą przewlekle postępującą, powodującą powstawanie powikłań w postaci uszkodzenia dużych i małych naczyń tętniczych (makro- i mikroangiopatia). Powikłania makroangiopatyczne rozwijają się na skutek długo utrzymującego się podwyższonego stężenia glukozy we krwi, natomiast powikłania mikroangiopatyczne są skutkiem przyspieszenia przez cukrzycę rozwoju miażdżycy tętnic.

STAN OBECNY

Choroby układu sercowo-naczyniowego są obecnie główną przyczyną zgonów u chorych na cukrzycę. Prawie $\frac{3}{4}$ pacjentów z cukrzycą ma nadciśnienie tętnicze, co trzeci pacjent ma chorobę niedokrwienną serca a co czwarty przeżył już zawał serca. Podstępny rozwój powikłań naczyniowych jeszcze w okresie stanu przedcukrzycowego oraz późne rozpoznanie cukrzycy doprowadzają do sytuacji, że co drugi pacjent z nowo rozpoznaną cukrzycą w Polsce ma już powikłania przewlekłe cukrzycy. W zapobieganiu przewlekłym powikłaniom bardzo istotną rolę odgrywa wieloczynnikowe leczenie cukrzycy obejmujące oprócz kontroli stężenia glukozy we krwi, także kontrolę ciśnienia tętniczego krwi, stężenia cholesterolu oraz masy ciała. Kluczowe dla skutecznego zapobiegania bądź opóźnienia wystąpienia przewlekłych powikłań cukrzycy ma wczesne intensywne wieloczynnikowe i zindywidualizowane leczenie cukrzycy od momentu jej rozpoznania. Mimo znaczącego postępu jaki dokonał się w ostatnich latach w zakresie aktywnego wykrywania cukrzycy, cukrzyca

Co musimy zrobić?

Musimy dążyć do zmniejszenia liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych w cukrzycy, ograniczenia występowania zawałów serca i udarów mózgu z ich następstwami, zmniejszenia liczby amputacji nieurazowych kończyn, zmniejszenia przypadków utraty wzroku oraz schyłkowej niewydolności nerek.

w Polsce rozpoznawana jest zbyt późno. Niedostateczna jest jeszcze świadomość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej konieczności intensywnej skutecznej i wieloczynnikowej terapii cukrzycy w okresie tuż po jej rozpoznaniu. Dostęp pacjentów z nowo rozpoznaną cukrzycą do konsultacji specjalisty diabetologa jest znacznie ograniczony. Pacjenci kierowani są na taką konsultację już w stadium zaawansowanych powikłań sercowo-naczyniowych. Znaczna część rozpoznań cukrzycy stawiana jest w momencie wystąpienia groźnych dla życia powikłań takich jak zawał serca czy udar mózgu.

Jak wspomniano powyżej, przewlekłe powikłania cukrzycy o charakterze choroby małych naczyń (nefropatia, retinopatia, neuropatia cukrzycowa) są następstwem długotrwałego działania podwyższonego stężenia glukozy. Odpowiednia kontrola stężenia glukozy jest w stanie zapobiec lub znacznie opóźnić moment ich wystąpienia. Zwiększyła się znacznie świadomość konieczności kontroli funkcji nerek w przebiegu cukrzycy, jednak chorzy z nefropatią cukrzycową stanowią obecnie główną grupę pacjentów poddawanych leczeniu nerko zastępczemu. Cukrzyca jest również jedną z głównych przyczyn utraty wzroku. Mimo ścisłych zaleceń PTD odnośnie częstości konsultacji okulistycznych ich dostępność jest niewystarczająca z dużymi różnicami regionalnymi w tym zakresie. Poradnie specjalistyczne leczenie retinopatii cukrzycowej są rozmieszczone głównie w dużych ośrodkach miejskich i ich dostępność jest ograniczona.

Cukrzyca jest główną przyczyną nieurazowych amputacji kończyn w Polsce. Liczba tych amputacji na tle innych krajów europejskich pozostaje nadal bardzo wysoka, mimo odnotowanego ich spadku w ostatnich latach. Wynika to głównie ze stale niewystarczającej świadomości pacjentów oraz środowiska lekarskiego co do konieczności przestrzegania podstawowych zasad zapobiegania zespołowi stopy cukrzycowej. Podstawowym mankamentem w zakresie prewencji i leczenia zespołu stopy cukrzycowej jest niska dostępność i niewielka liczba Poradni Stopy Cukrzycowej pracujących w oparciu o zespół wielu specjalistów oraz wsparcie rehabilitacyjne i odpowiednie zaopatrzenie ortopedyczne. Działalność takich poradni jest bardzo kosztowna i dotychczas opiera się na entuzjazmie zespołów terapeutycznych tych poradni, stanowiąc źródło strat finansowych dla jednostek prowadzących takie poradnie.

Zalecenia PTD corocznie formułują schemat postępowania zmierzający do zapobiegania i wczesnego wykrywania przewlekłych powikłań cukrzycy oraz przedstawiają aktualizowane według najnowszych zdobyczy wiedzy medycznej zasady postępowania terapeutycznego w razie ich wystąpienia, jednak implementacja tych zaleceń jest zdecydowanie niewystarczająca.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

WCZESNE WYKRYWANIE CUKRZYCY I AKTYWNE JEJ POSZUKIWANIE.

Istotne z punktu widzenia rozpoznania i zapobiegania cukrzycy jest wczesne jej rozpoznanie. Nieprawidłowo leczona prowadzi do uszkodzenia dużych i małych naczyń krwionośnych. Zaburzenia dużych naczyń krwionośnych polegają na przedwczesnym i nasilonym rozwoju miażdżycy, szczególnie w tętnicach wieńcowych, mózgowych i kończynach dolnych. Skutkiem tych zmian jest choroba wieńcowa, zawał serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, postępująca demencja i inne. W Polsce często cukrzyca rozpoznawana jest „przypadkowo” w trakcie hospitalizacji chorego z innej przyczyny. Często przyczyną tych hospitalizacji są choroby, których cukrzyca jest istotnym czynnikiem ryzyka, na przykład zawał serca lub udar mózgu. Wykonywanie badań diagnostycz-

nych jest konieczne szczególnie w grupach zwiększonego ryzyka wystąpienia cukrzycy, tj. u osób z nadwagą, czy otyłością, u których cukrzyca występuje w rodzinie, mało aktywnych fizycznie, z uprzednio stwierdzonymi zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, z nadciśnieniem tętniczym lub inną chorobą układu krążenia, z zaburzeniami gospodarki lipidowej.

DZIAŁANIE 2

WDROŻENIE ZINDYWIDUALIZOWANEGO LECZENIA CUKRZYCY.

Należy wprowadzić mechanizmy, które pozwolą na lepszą profilaktykę groźnych powikłań cukrzycy, a także utrzymanie odpowiednich wyników leczenia. Nadal zbyt wielu pacjentów z cukrzycą w Polsce nie uzyskuje rekomendowanych przez PTD celów leczenia tj. nie uzyskuje wartości docelowych w zakresie: glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu, masy ciała. To z kolei, naraża ich na zwiększone ryzyko powikłań takich, jak choroby serca, uszkodzenie oczu, nerwów i nerek, czy groźnych hipoglikemii.

Ważna jest także większa indywidualizacja leczenia. Trzeba uwzględnić stopień ryzyka hipoglikemii, stopień edukacji pacjenta oraz relacje korzyści i ryzyka uzyskania tych wartości. W niektórych sytuacjach np. przy obecności zaawansowanych powikłań, w starszym wieku, u osób otyłych należy wybrać takie strategie leczenia, które pozwolą na uzyskanie najbardziej optymalnych celów leczenia. Uzyskanie tych celów nie będzie możliwe bez zapewnienia pacjentom z cukrzycą dostępu do wielu opcji terapeutycznych, tak aby każdemu pacjentowi zapewnić najlepiej dopasowane leczenie zaspokajające jego indywidualne potrzeby.

Takie podejście jest szczególnie ważne w przypadku pacjentów „pierwszorazowych”, u których wczesne intensywne leczenie cukrzycy powinno być oparte o zasadę indywidualizacji oraz wieloczynnikowości, uwzględniając także szybki dostęp do konsultacji specjalistycznej pacjenta zaraz po rozpoznaniu cukrzycy.

DZIAŁANIE 3

WŁĄCZENIE PACJENTA DO PROCESU LECZENIA.

Efektywna strukturalna i edukacja pacjentów ukierunkowana na proste i skuteczne metody zapobiegania przewlekłym powikłaniom cukrzycy.

DZIAŁANIE 4

EDUKACJA PERSONELU MEDYCZNEGO.

Podniesienie świadomości personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej oraz innych specjalności lekarskich (chirurdzy, kardiolodzy, neurologi) odnośnie zapobiegania, wykrywania i współczesnych możliwości leczenia przewlekłych powikłań cukrzycy.

DZIAŁANIE 5

SKUTECZNA IMPLEMENTACJA ZALECEŃ DIABETOLOGICZNYCH.

Stworzenie mechanizmów pozwalających na skuteczną implementację zaleceń PTD odnośnie okresowych konsultacji specjalistycznych celem zapobiegania i wczesnego wykrywania przewlekłych powikłań.

DZIAŁANIE 6

TWORZENIE PORADNII STOPY CUKRZYCOWEJ.

Wsparcie merytoryczne i preferencyjne warunki finansowania zachęcające do tworzenia Poradni Stopy Cukrzycowej w ramach programu prewencji, wczesnej diagnostyki i leczenia zespołu stopy cukrzycowej. Zmniejszenie częstości amputacji kończyn dolnych u chorych na cukrzycę można rozwiązać poprzez utworzenie regionalnych poradni zapobiegania i leczenia zespołu stopy cukrzycowej (jedna poradnia w województwie). Poradnia zapewni interdyscyplinarne, kompleksowe, zachowawcze i inwazyjne leczenie pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej, a także prowadzi ustawiczną edukację w zakresie zapobiegania rozwojowi zespołu stopy cukrzycowej.

DZIAŁANIE 7

INTERDYSCYPLINARNY PROGRAM ZAPOBIEGANIA RETINOPATII CUKRZYCOWEJ.

Celem strategii walki z cukrzycą powinno być całkowite wyeliminowanie cukrzycy, jako przyczyny pełnej utraty wzroku. Rozwiązaniem jest prowadzenie badań przesiewowych w kierunku retinopatii cukrzycowej zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego na przykład w ramach Ogólnopolskiego Programu Zapobiegania Retinopatii Cukrzycowej. W ramach takiego programu placówki ambulatoryjne realizujące świadczenia diabetologiczne na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia powinny zostać wyposażane w sprzęt cyfrowy do obrazowania dna oczu, a podstawowe badania diagnostyczne mogą prowadzić odpowiednio przeszkolone pielęgniarki diabetologiczne/edukatorki.

JAKIE KORZYŚCI MOŻEMY UZYSKAĆ:

- Wydłużenie życia oraz poprawa komfortu życia pacjentów z cukrzycą.
- Redukcja kosztów bezpośrednich leczenia powikłań cukrzycy
- Znaczące zmniejszenie kosztów pośrednich.

WYZWANIE 7

OPIEKA NAD DZIEĆMI I MŁODYMI OSOBAMI Z CUKRZYCĄ

DEFINICJA PROBLEMU

Pomimo tego, że cukrzyca typu 1 dotyczy tylko około 10 proc. wszystkich chorych na cukrzycę tempo wzrostu zachorowań w krajach europejskich niepokojąco wzrasta. Tylko w ciągu ostatnich 15 lat aż czterokrotnie wzrosła liczba zachorowań w grupie dzieci w wieku przedszkolnym i każdego roku przybywa ok. 4 proc. chorych pediatrycznych (w wieku rozwojowym). Podwoiła się również ilość tzw. młodych diabetyków, czyli pacjentów do 18 r.ż. w ciągu ostatnich 15 lat.

Wzrost zachorowalności na cukrzycę tego typu jest szczególnie niepokojący, ponieważ w przeciwieństwie do cukrzycy typu 2 nie istnieją uznane metody zapobiegania jej występowaniu, a na ten typ cukrzycy zapadają głównie dzieci i młodzi ludzie, którzy następnie muszą żyć z chorobą całe życie. Sytuacja jest bardzo poważna, ponieważ cukrzyca typu 1 jest chorobą nieuleczalną, prowadzi do nieodwracalnego zniszczenia komórek beta trzustki i wielu groźnych powikłań cukrzycowych. Zarządzanie zatem tak gwałtownie wzrastających odsetkiem chorych dzieci będzie wielkim wyzwaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej.

Dzieci z cukrzycą typu 1 i ich rodzice w związku z chorobą napotykać mnóstwo problemów w codziennym życiu. Na porządku dziennym spotykają się z odmową przyjęcia chorego na cukrzycę typu 1 dziecka do przedszkola, niewydanie orzeczenia o niepełnosprawności małoletniego pacjenta czy nawet próby samobójcze dzieci z powodu wyśmiewania ich choroby przez rówieśników.

W przypadku młodych osób z cukrzycą bardzo ważne jest, aby dzieci te weszły w normalnie w dorosłe życie, nie były wykluczone z życia społecznego, zawodowego, nie doświadczały powikłań i rozwijały się prawidłowo, a także, by nie były obciążeniem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Niestety dziś taki system nie funkcjonuje.

Co musimy zrobić?

Musimy zapewnić dzieciom i młodzieży z cukrzycą system wsparcia na poziomie medycznym i społecznym oraz zapobiec wszelkim przejawom dyskryminacji i wykluczenia młodych osób z cukrzycą.

Cukrzyca jest problemem społecznym, dlatego bardzo duże znaczenie ma bliskie otoczenie osób z cukrzycą, a w przypadku małych i młodych diabetyków odpowiednio zorganizowana pod tym kątem placówka oświatowa. Niestety w Polsce odmowy przyjęcia dziecka z cukrzycą do szkoły lub przedszkola są na porządku dziennym. nierozwiązana pozostaje kwestia podawania jakichkolwiek leków dzieciom w przedszkolu przez personel pedagogiczny (nawet odpowiednio w tym celu przeszkolony). Nauczyciele i wychowawcy w przedszkolach i szkołach nie są przygotowani do podawania dzieciom insuliny ani reagowania w sytuacjach nagłych, np. w przypadku ataku hipoglikemii u dziecka z cukrzycą, dlatego odmawiają przyjęcia takich wychowanków.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

WSPARCIE DZIECI I MŁODZIEŻY Z CUKRZYCĄ I ICH RODZIN.

Trzeba pamiętać, że cukrzyca typu 1 jest wyzwaniem nie tylko dla dziecka, lecz także dla rodziców czy opiekunów, którzy muszą dbać o przeliczanie dawek insuliny i całodobowe sprawdzanie glikemii. Jeśli dziecku postawiono diagnozę cukrzycy typu pierwszego, zmienia się całe życie jego rodziny. Wielu rodziców martwi się o to, jaki wpływ będzie ona miała na życie ich dziecka.

Jaki będzie to miało wpływ na ich przyszłość? Czy i w jaki sposób mogą prowadzić dalej zwykłe życie? Choroba wywraca do góry nogami codzienne życie całej rodziny. Nierzadko wiąże się z rezygnacją z życia zawodowego jednego z opiekunów. Logistyka podawania leku, planowania posiłków i reagowania w przypadku epizodów hipoglikemii powoduje, że taki rodzic jest w gotowości 24 godziny na dobę.

W długofalowej perspektywie w systemie powinny znaleźć się środki mające na celu zapewnienie wsparcia socjalnego, mającego na celu przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób z cukrzycą i wyrównanie szans w zakresie dostępu do wiedzy, a także redefinicje zasad związanych z orzekaniem o niepełnosprawności dzieci z cukrzycą.

Istotną kwestią jest ułatwienie dostępu do terapii i technologii medycznych, a przede wszystkim zmniejszanie odpłatności za leki, które w przypadku osób z cukrzycą typu 1 są lekami ratującymi życie, dostęp do monitoringu glikemii, a także opracowanie systemu bezpieczeństwa w zakresie dostępu do insuliny poprzez przygotowanie rezerw państwowych na wypadek braków w dostępie do tych leków.

DZIAŁANIE 2

PRZYGOTOWANIE PLACÓWEK OŚWIATOWYCH DO OPIEKI NAD DZIEĆMI Z CUKRZYCĄ.

W najbliższych latach konieczna będzie edukacja personelu pedagogicznego tj. dostarczanie systematycznych informacji na temat cukrzycy i postępowania z nią w szkołach i placówkach oświatowych. Konieczne jest połączenie działań sektora zdrowia i edukacji i stworzenie bezpiecznych i przejrzystych procedur związanych z funkcjonowaniem dzieci z cukrzycą w szkołach i przedszkolach.

W chwili obecnej nauczyciele przeżywają ogromny stres mając w klasie dziecko z cukrzycą, ponieważ nie są przeszkoleni, nie mają wiedzy co zrobić w przypadku gdy dziecku spadnie cukier,

gdy dziecko zasłabnie. Należałoby zabezpieczyć prawa nauczyciela, lepiej egzekwować istniejące prawa, a także stworzyć system wsparcia szkolnego w tym zakresie.

Konieczna jest także standaryzacja szkoleń dla nauczycieli oraz ich finansowanie ze środków publicznych.

Kwestią nierozwiązaną jest bezpieczeństwo i brak procedur. Konieczne jest wprowadzenie procedur „pomocy” dziecku z cukrzycą w przedszkolu i w szkole, wprowadzenie procedury „leku ratującego życie” (glukagon powinien być w apteczce pierwszej pomocy).

DZIAŁANIE 3

REORGANIZACJA OPIEKI MEDYCZNEJ I WPROWADZENIE INTERDYSCYPLINARNYCH ZESPOŁÓW EDUKACYJNYCH.

Wyzwaniem jest reorganizacja opieki medycznej w przypadku dzieci i młodzieży z cukrzycą. W Polsce, aby wykonać podstawowe badania bilansowe, dziecko jest hospitalizowane. To olbrzymi koszt finansowy i emocjonalny pacjenta i jego rodziny.

W perspektywie strategicznej należy wprowadzić procedury związane z przechodzeniem pacjentów z cukrzycą z poradni dla dzieci pod opiekę lekarzy dla dorosłych. Rozwiązaniem byłoby wprowadzenie i organizacja opieki przejściowej.

Brakuje dobrego systemu edukacji diabetologicznej, która powinna być podstawą trudnego i wymagającego procesu, jakim jest kontrola cukrzycy. Filarem powinien być wspierający zespół terapeutyczny, do którego powinni należeć lekarz diabetolog, pielęgniarka edukatorka, dietetyk, psycholog. Taki zespół zajmowałby się m.in.: prowadzeniem skali bilansowania dziecka z cukrzycą (jak np. bilans 6 latka), organizacją „opieki przejściowej”, poradnictwem psychodiabetologicznym, poradnictwem dietetycznym, a także przygotowaniem młodych kobiet z cukrzycą do ciąży i macierzyństwa.

DZIAŁANIE 4

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE.

Poważnym problemem dla młodych diabetyków i ich rodziców jest stygmatyzacja chorych dzieci przez ich rówieśników. Coraz częściej zdarzają się przypadki prób samobójczych już u 10-latków. Problem szczególnie dotyczy nastolatków, którzy niejednokrotnie buntują się przeciwko chorobie, lekceważąc dietę czy kwestie podawania leków. Natomiast w Polsce nie istnieje system wsparcia psychologicznego dla osób z cukrzycą i ich opiekunów. Dlatego konieczne będzie wprowadzenie do systemu świadczeń w rodzaju porada psychodiabetologa.

DZIAŁANIE 5

BEZPIECZEŃSTWO DZIECI I MŁODZIEŻY Z CUKRZYCĄ.

Edukacja społeczeństwa, pracowników oświatowych, służb mundurowych na temat cukrzycy typu 1, a przede wszystkim reagowania w przypadkach napadów hipoglikemii i zasad pomocy osobom z cukrzycą.

WYZWANIE 8

POPRAWA DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI DIAGNOSTYKI I METOD

DEFINICJA PROBLEMU

Cukrzyca jest chorobą, która u ogromnej większości pacjentów przebiega w początkowym okresie bezobjawowo, czyli nie można jej rozpoznać bez przeprowadzenia badań laboratoryjnych albo bez prowadzenia badań przesiewowych. Ponadto ocena skuteczności leczenia cukrzycy wymaga również regularnego wykonywania badań laboratoryjnych, a także m.in. okulistycznych i obrazowych (radiologicznych). Wykonywanie jakichkolwiek badań jest uzasadnione jedynie wówczas, jeśli są one wiarygodne, a ich wyniki powtarzalne i porównywalne pomiędzy placówkami w całym kraju. Określony – podstawowy – zakres badań powinien być dostępny dla wszystkich osób ich wymagających. Problem zatem stanowi:

1. jakość wykonywanych badań;
2. standaryzacja pomiędzy poszczególnymi laboratoriami;
3. dostępność określonego panelu badań w całym kraju.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

STANDARYZACJA BADAŃ LABORATORYJNYCH.

Niezbędne jest wprowadzenie ogólnopolskiego programu obejmującego standaryzację badań laboratoryjnych. Działania w tym kierunku prowadzi od lat Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej, należy jednak doprowadzić program standaryzacji do końca, proces ten powinien być realizowany przez odpowiednie struktury Ministerstwa Zdrowia, we współpracy z konsultantami krajowymi w odpowiednich dziedzinach.

Co musimy zrobić?

Musimy zapewnić dostęp do badań laboratoryjnych, okulistycznych, obrazowych dla wszystkich wymagających tego osób z cukrzycą w całym kraju, tak aby miejsce zamieszkania nie ograniczało możliwości diagnostycznych. Ponadto należy zapewnić odpowiednią jakość wykonywanych badań. Kroki te wymagają konkretnych decyzji inwestycyjnych (np. zakupu sprzętu laboratoryjnego, kamer cyfrowych do wykonywania zdjęć dna oka itp.)

DZIAŁANIE 2

OKREŚLENIE STANDARDÓW DIAGNOSTYKI U CHORYCH NA CUKRZYCĘ.

Należy wypracować, w oparciu o zalecenia kliniczne Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, zasady wykonywania i minimalny poziom jakości badań diagnostycznych (nielaboratoryjnych) u chorych na cukrzycę czyli np. zakresu i jakości badań, przede wszystkim radiologicznych (do nich należy m. in. ocena ultrasonograficzna przepływu krwi w naczyniach kończyn dolnych, tętnicach szyjnych) i okulistycznych (np. ocena dna oka z wykorzystaniem fotografii cyfrowej, ocena stanu siatkówki przy zastosowaniu optycznej koherentnej tomografii). Wsparciem merytorycznym powinny służyć odpowiednie towarzystwa naukowe.

DZIAŁANIE 3

ZAPEWNIENIE RÓWNEGO DOSTĘPU DO BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH DLA CHORYCH W CAŁYM KRAJU.

Należy przeprowadzić ocenę dostępności badań na poziomie województw i powiatów, tak, aby określić potrzeby w zakresie diagnostyki niezbędnej dla chorych na cukrzycę. Stworzenie tzw. ogólnopolskiej mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie diagnostyki pozwoli skierować środki finansowe na obszary, w których występują największe braki w zakresie diagnostyki.

JAKIE KORZYŚCI MOŻEMY UZYSKAĆ:

Upowszechnienie dostępu do szerokiego zakresu badań diagnostycznych o odpowiedniej jakości pozwoli wcześniej wykrywać cukrzycę oraz jej powikłania naczyniowe, a także umożliwi prowadzenie właściwego monitorowania jakości i skuteczności leczenia cukrzycy.

WYZWANIE 9

AKTYWIZACJA ZAWODOWA I ZAPOBIEGANIE DYSKRYMINACJI W PRACY

DEFINICJA PROBLEMU

Sytuacja osób chorych na cukrzycę na rynku pracy, niezależnie od typu choroby i rodzaju prowadzonej terapii, jest trudniejsza niż osób zdrowych. Najnowsze dane uzyskane przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne świadczą o tym, że bezrobocie w tej grupie jest ponad dwukrotnie wyższe niż wśród zdrowych. Wynika to z wielu przyczyn. Osoby z cukrzycą w zaawansowanym okresie tej choroby stają się niepełnosprawne i często stają się niezdolne do wykonywania swojego zawodu. Ale chorzy na cukrzycę często nie są zatrudniani dlatego, ponieważ pracodawcy obawiają się zwiększonej absencji pracowników z chorobą przewlekłą. Przeprowadzone w Wielkiej Brytanii badania wskazują jednak, że chorzy na cukrzycę należą do grup pracowników najrzadziej opuszczających swoje miejsca pracy z powodów zdrowotnych (Turner i wsp., *Occup. Med.*, 2001; 51 (5): 325-331). Przyczyną tego – być może zaskakującego – zjawiska jest to, że chorzy na cukrzycę mając stały kontakt z opieką medyczną, a zarazem obawiając się utraty pracy, ze szczególną starannością podchodzą do spraw swojego zdrowia i utrzymania go w jak najlepszym stanie, co w konsekwencji prowadzi m.in. do mniejszej absencji w pracy.

Z tymi faktami kontrastują społeczne stereotypy dotyczące obszaru zatrudnienia i pracy zawodowej. Ze względu na nie oraz nieuzasadnione merytorycznie lęki pracodawców sytuacja ekonomiczna chorych na cukrzycę jest zdecydowanie gorsza niż osób bez cukrzycy. W rezultacie gorszy status ekonomiczny może znacząco utrudniać pacjentom codzienne kontrolowanie cukrzycy, na które składa się regularne stosowanie zalecanej przez lekarza terapii, regularny pomiar poziomu glukozy we krwi, odpowiednia dieta i ruch. Wykluczanie chorych na cukrzycę z rynku pracy ma wpływ nie tylko na sytuację ekonomiczną samych chorych, ale i całego społeczeństwa za sprawą

Co musimy zrobić?

Należy zatem zrobić wszystko, aby chorzy na cukrzycę nie byli grupą dyskryminowaną, lecz cieszyli się równością dostępu i szans na rynku pracy.

rosnącego obciążenia związanego z kosztami bezpośrednimi i pośrednimi. Przeciwdziałanie tej sytuacji, to z jednej strony aktywizacja zawodowa i społeczna chorych, a z drugiej edukacja pracodawców i najbliższego otoczenia chorych oraz zwalczanie uprzedzeń, sprzyjających dyskryminacji chorych.

Nieemożność wykonywania lub kontynuowania pracy zawodowej w znacznym stopniu wpływa na całokształt losów chorego. Cenę za dyskryminację na rynku pracy płacą nie tylko sami chorzy, ale także ich rodziny, szczególnie dzieci. Wykluczenie chorych z cukrzycą z aktywności zawodowej lub znaczne jej ograniczenie powoduje pogorszenie sytuacji ekonomicznej rodziny, upośledza rozwój rodziny, zmniejsza szanse edukacyjne dzieci żyjących w rodzinie chorego, a jeżeli stan ten utrzymuje się długotrwale, rozwija się u chorego uzależnienie od korzystania ze świadczeń rentowych lub pomocy społecznej i ostatecznie prowadzi do całkowitej likwidacji szans chorego na zdobycie jakiegokolwiek pracy. W dużym stopniu z tych właśnie przyczyn cukrzyca, wg szacunków Banku Światowego, stanowi, po chorobie niedokrwiennej serca, drugie pod względem wielkości, obciążenie ekonomiczne społeczeństwa. Na te nakłady składają się nie tylko koszty diagnostyki i leczenia cukrzycy, w tym leczenia jej powikłań, ale i koszty wynikające z przedwczesnego zaprzestania działalności zawodowej: niezdolność do pracy i w jej następstwie świadczenia rentowe, a także bezrobocie, które szczególnie dotkliwie dotyka osoby chorujące na cukrzycę

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

EDUKACJA PRACODAWCÓW W ZAKRESIE PRAW I OBOWIĄZKÓW CHOREGO NA CUKRZYCĘ PRACOWNIKA.

Każdy pracodawca powinien być świadomy, że cukrzyca nie dyskwalifikuje osób z cukrzycą z podejmowania pracy w ramach aktywności zawodowej, a wszelka dyskryminacja pracownika z powodu wystąpienia lub występowania u niego cukrzycy jest niedopuszczalna. Kluczem do zrozumienia sytuacji chorego na cukrzycę jest posiadanie przez pracodawcę podstawowej wiedzy o tej chorobie. Pracodawca powinien umożliwić pracownikowi z cukrzycą przestrzeganie zasad kontrolowania choroby w miejscu pracy oraz, w miarę posiadanych możliwości, zapewnić pracownikowi z cukrzycą stanowisko, które umożliwi optymalną kontrolę choroby (m.in. możliwość rezygnacji ze zmianowego trybu pracy, krótkie przerwy na dodatkowe posiłki).

DZIAŁANIE 2

EDUKACJA CHORYCH Z CUKRZYCĄ W ZAKRESIE ICH PRAW I OBOWIĄZKÓW JAKO PRACOWNIKA.

Każdy chorujący na cukrzycę powinien być świadomy, że efektywna kontrola cukrzycy odbywa się zarówno w domu, jak i w pracy. Pracownik z cukrzycą powinien poinformować pracodawcę o chorobie i w miarę możliwości samodzielnie dostosować tryb i godziny pracy tak, aby kontrola choroby była możliwa. Chorujący na cukrzycę powinien być także świadomy istnienia przeciwwskazań do wykonywania pewnych zawodów (m.in. pilot, kierowca transportu publicznego, praca na wysokościach, praca wymagająca wyjątkowo intensywnego wysiłku fizycznego) i jeśli zajmuje którekolwiek z tych stanowisk zawiadomić o tym swojego pracodawcę.

DZIAŁANIE 3

PRZYJĘCIE ROZWIĄZAŃ PRAWNYCH WSPIERAJĄCYCH CHORYCH NA CUKRZYCĘ NA RYNKU PRACY.

Należy wprowadzić takie uregulowania prawne, które ułatwiłyby zatrudnianie chorych na cukrzycę (np. pokrywanie 100% zasiłku chorobowego przez ZUS od pierwszego dnia choroby), z drugiej strony wszelkie objawy dyskryminowania pracownika za sam fakt, że choruje on na cukrzycę powinny być obarczone sankcją prawną.

JAKIE KORZYŚCI MOŻEMY UZYSKAĆ:

Realizacja powyższych działań wzmocni pozycję chorych na cukrzycę jako pracowników, a jednocześnie zwiększy poczucie odpowiedzialności pacjentów za ich zdrowie i możliwości wykonywania pracy. Realne stanie się przeciwdziałanie wykluczaniu chorych na cukrzycę z rynku pracy. Najważniejszym rezultatem wdrożonych działań będzie poprawa sytuacji społeczno-ekonomicznej i psychicznej chorych na cukrzycę i ich rodzin, co bezpośrednio przełoży się także na poprawę jakości leczenia cukrzycy.

WYZWANIE 10

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE I PORADNICTWO DIETETYCZNE

DEFINICJA PROBLEMU

W poradniach diabetologicznych psycholog i dietetyk jest niezbędnym członkiem specjalistycznego zespołu leczącego. Stan psychiczny chorego (jego samopoczucie) wpływa na niemal wszystkie aspekty jego postępowania terapeutycznego. Niewłaściwe stosowanie się do zaleceń bardzo często jest związane z problemami psychologicznymi, które wymagają zdiagnozowania i odpowiednich interwencji psychoterapeutycznych. Z tego względu mało skuteczna jest edukacja polegająca na samym przekazywaniu informacji dotyczących zleconego leczenia i zalecanego postępowania.

Pomoc psychologiczna powinna obejmować m.in. monitorowanie stanu psychicznego i sposobu stosowania się do zaleceń lekarskich, interwencje psychologiczne, rozwijanie motywacji do postępowania zgodnie z zaleceniami lekarza; a także ze względu na duży odsetek pojawiającej się depresji czy prób samobójczych (szczególnie wśród młodych pacjentów) ocena stanu psychicznego (diagnoza psychologiczna) i w razie konieczności wdrożenie leczenia lub terapii psychiatrycznej.

Konieczne jest także profesjonalne poradnictwo w zakresie zmiany diety u osób z cukrzycą. Jak pokazują badania przeprowadzone przez Koalicję na rzecz Walki z Cukrzycą („Społeczny obraz cukrzycy w Polsce” TNS OBOP 2011) dla osób z cukrzycą przestrzeganie diety jest znacznym problemem. Diabetycy z niechęcią przyjmują konieczność wprowadzenia ograniczeń żywieniowych, a w konsekwencji niewiele wiedzą o tym, jak powinna wyglądać prawidłowo dobrana dieta. Jeśli nawet mają taką wiedzę, to rzadko z niej korzystają i zdecydowanie bardziej wolą się „trochę poruszać” niż wprowadzać ograniczenia w jedzeniu. Niestety ograniczenia dietetyczne obowiązują osobę z cukrzycą przez całe życie, a złą dietą zawierającą dużo węglowodanów prostych można zniszczyć każdą, nawet najbardziej wyrafinowaną terapię cukrzycy.

Co musimy zrobić?

Musimy zapewnić osobom z cukrzycą system profesjonalnego wsparcia psychologicznego, a także wesprzeć ich w procesie zmiany trybu życia i pogodzenia się z chorobą, aby zmotywować osoby z cukrzycą do świadomego i odpowiedzialnego przejęcia kontroli nad swoją chorobą.

JAKI JEST PLAN DZIAŁANIA?

DZIAŁANIE 1

SYSTEM OPIEKI DIABETOLOGICZNEJ SKUPIONEJ NA OSOBIE Z CUKRZYCĄ.

Najnowsze światowe wytyczne dotyczące opieki diabetologicznej rekomendują podejście opieki skoncentrowanej na osobie tj. szanującą i odpowiadającą indywidualnym preferencjom pacjenta, jego potrzebom i wartościom oraz zapewniającą kierowanie się dobrem pacjenta podczas podejmowania wszystkich decyzji klinicznych. Główne wysiłki powinny być skierowane na stworzenie systemu opieki diabetologicznej skupionej na osobie z cukrzycą i stworzeniu standardów psychospołecznego postępowania z chorymi na cukrzycę.

W ramach tego podejścia oprócz zwiększenia dostępu do specjalistycznej opieki psychologicznej konieczne będzie wdrożenie narzędzi ułatwiających współpracę na linii lekarze i psychologzy, a także opracowanie i wdrożenie psychospołecznych wytycznych leczenia cukrzycy, na bazie których realizowane będą programy psychospołecznego wsparcia chorych na cukrzycę.

DZIAŁANIE 2

PSYCHODIABETOLOGIA JAKO FORMUŁA WSPARCIA PACJENTÓW Z CUKRZYCĄ.

Cukrzyca zarówno typu 1 jak i 2 jest ogromnym ciosem dla chorego i jego rodziny. Oprócz odpowiedniego leczenia i przeciwdziałania powikłaniom konieczne jest wprowadzenie kompleksowego wsparcia psychologicznego, które na wzór np. psychoonkologii będzie zindywidualizowane i dostosowane do potrzeb pacjentów z cukrzycą.

Psychodiabetologia powinna stanowić interdyscyplinarną dziedzinę medycyny, której obszar obejmowałby: szeroko pojęte wsparcie psychologiczne w postaci terapii indywidualnych, grupowych, rodzinnych, grup wsparcia oraz interwencji kryzysowych, psychoedukację pacjenta i osób współtowarzyszących, a także promocję zachowań prozdrowotnych.

Zadaniem psychodiabetologa oprócz zadań stricte prewencyjnych i psychoedukacyjnych, byłoby stworzenie „terapeutycznego parasola ochronnego” dla obszaru zdrowia psychicznego pacjenta.

Konieczna jest obecność psychologa od momentu diagnozy i współpraca przez pozostałe etapy, by móc wspierać pacjenta w złożoności i różnorodności procesów choroby, jaką jest cukrzyca, poprzez nieustanną motywację i pracę na zasobach, wzmacnianie potencjału chorego, prowadzenie skutecznej profilaktyki, by finalnie osiągnąć wspólnie założone cele, których podstawowym filarem powinno być poczucie zrozumienia, bezpieczeństwa i sprawstwa pacjenta z cukrzycą. Ważnymi obszarami wymaganymi wsparcia, którymi mógłby się zająć również psychodiabetolog jest także kwestia seksualności w cukrzycy – edukacja z zakresu seksualności człowieka oraz współwystępujących zaburzeń seksualnych.

Psychodiabetolog powinien należeć do zespołu terapeutycznego prowadzącego kompleksową edukację, leczenie i monitoring osoby z cukrzycą.

DZIAŁANIE 3

ZWIĘKSZENIE DOSTĘPU DO PORADNICTWA DIETETYCZNEGO.

W Polsce korzystanie z porad dietetycznych nie jest standardem. Dostęp do profesjonalistów zajmujących się poradnictwem dietetycznym jest ograniczony ze względów ekonomicznych. Dla osób z cukrzycą samodzielne komponowanie diety i korzystanie z tabel i przeliczania wartości odżywczych jest szczególnie kłopotliwe. Konieczne jest zatem umożliwienie dostępu do porad dietetycznych w możliwie szerokim zakresie, szczególnie wśród osób z nowo rozpoznaną cukrzycą, u pacjentów otyłych, a także w sytuacji zmiany leczenia (przejęcia na insulinoterapię), czyli w sytuacjach, w których konieczność zmiany dotychczasowego żywienia będzie najtrudniejsza i będzie wymagać profesjonalnego wsparcia.

Dietetyk powinien należeć do zespołu terapeutycznego prowadzącego kompleksową edukację, leczenie i monitoring osoby z cukrzycą.

DZIAŁANIE 4

EDUKACJA SPOŁECZEŃSTWA Z ZAKRESU ZDROWEJ DIETY.

Prowadzenie działań mających na celu popularyzację zasad zdrowej diety i upowszechnianie wiedzy na temat korelacji pomiędzy żywieniem, a ryzykiem wystąpienia cukrzycy. Działania prowadzone przez masowe media powinny być skierowane szczególnie do osób z grup ryzyka zachorowania na cukrzycę, a także kobiet (matek, babć), które mają nadal największy wpływ na nawyki żywieniowe swoich rodzin.

Programem edukacyjnym powinny być także objęte osoby na co dzień zajmujące się przyrządzaniem posiłków tj. pracownicy stołówek szkolnych, intendentki. Dodatkowo wiedza z zakresu zdrowego żywienia powinna być w najbliższym czasie na stałe wprowadzona do programu nauczania w szkołach podstawowych i gimnazjum.

DZIAŁANIE 5

WYKORZYSTANIE NOWOCZESNYCH TECHNOLOGII I TELEPORADNICTWA W PORADNICTWIE PSYCHO I DIETETYCZNYM OSÓB Z CUKRZYCĄ.

Należy wykorzystać możliwości jakie dają nowoczesne technologie w obszarze wspierania pacjentów z chorobami przewlekłymi w zarządzaniu procesem swojej choroby. W ciągu najbliższych lat to właśnie nowoczesne technologie i teleporadnictwo mogą rozwiązać problem szerokiego dostępu do tego typu konsultacji.

DZIAŁANIE 6

ZAANGAŻOWANIE SEKTORA HORECA ORAZ PRODUCENTÓW ŻYWNOŚCI.

Wyzwaniem z jakim będziemy musieli się zmierzyć w najbliższym czasie jest także brak dobrze oznaczonej i opisanej oferty żywieniowej dla osób walczących z otyłością i cukrzycą w przestrzeni publicznej – w restauracjach, na sklepowych półkach (posiłki nie są oznaczane pod kątem mniejszej ilości węglowodanów czy cukru, nie są także oznaczone pod kątem ilości wymienników wę-

glowodanowych). Dlatego konieczne będzie zaangażowanie do walki z cukrzycą producentów żywności i restauratorów i wypracowanie standardów związanych z oznaczaniem i opisywaniem produktów i posiłków dla osób z cukrzycą.

Dokument „Cukrzyca 2025. Strategia Prewencji i Leczenia Cukrzycy w Polsce“ powstał z inicjatywy Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Koalicji na Rzecz Walki z Cukrzycą, we współpracy z organizacjami pacjentów diabetologicznych. W projekcie wzięli udział przedstawiciele organizacji pacjentów:

ks. Arkadiusz Nowak

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Igor Grzesiak

Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą

Monika Zamarlik

Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę

Jerzy Magiera

Mojacukrzyca.org

Beata Stepanow

Stowarzyszenie Edukacji Diabetologicznej

Mariusz Masiarek

Towarzystwo Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą

Irena Guszczczyńska

Towarzystwo Pomocy Dzieciom i Młodzieży z Cukrzycą

Andrzej Bauman

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

Dariusz Gnatowski

Fundacja Wstańmy Razem Aktywna Rehabilitacja

Publikacja została opracowana we współpracy z ekspertami w obszarze diabetologii i zdrowia publicznego. W pracach nad projektem wzięli udział:

Prof. dr hab. n. med. Maciej Małecki, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Prof. dr hab. n. med. Krzysztof Strojek, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Dzida, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Prof. dr hab. n. med. Adam Krętowski, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

Dr hab. n. med. Krzysztof Chlebus, Gdański Uniwersytet Medyczny

