

# w sposób rewolucyjny

spowodują, że powikłania znikną. Pan minister swoimi decyzjami spowodował, że mamy lepsze leczenie i mniejszą liczbę zgonów. Nasi mali pacjenci mogli wrócić do żłobków i przedszkoli, a rodzice – do pracy i swoich pasji. Jakość życia tych pacjentów jest znacznie lepsza, bo nie muszą już non stop myśleć o cukrzycy. Te systemy są jeszcze połączone z pompami insulinowymi, które wykonują mnóstwo czynności za pacjenta, np. same pompują insulinę. Z kilkudziesięciu czynności, które musiał wykonywać pacjent, teraz musi wykonywać tylko trzy. Dlatego będziemy zwracać się do pana ministra o to, żeby te najlepsze pompy insulinowe mogły wejść do naszej populacji pediatrycznej – dodała lekarka.

A ilu pacjentów choruje w Polsce na cukrzycę? Prof. Leszek Czupryniak zarysował skalę zachorowań. – Pacjentów z cukrzycą jest około 3 mln. Wszystkich pacjentów z typem I jest 200 tys. Więc do ogarnięcia mamy mnóstwo pacjentów, a większość z nich leczona jest przez lekarzy POZ-u. Jakościowo polska pediatria jest diamentem w polskiej diabetologii. Wejście w świat dorosłych pacjenta z cukrzycą jest dużo trudniejsze. My też inaczej pracujemy niż pediatrzy, bo oni wspólnie z rodzicami w dużej mierze przejmują odpowiedzialność za pacjenta. My mówimy ludziom dorosłym, co mają zrobić, i albo to robią, albo nie. Jako diabetolodzy mamy więc dużą lekcję do odrobienia. Refundacje podpisane przez pana ministra musimy teraz wdrożyć w życie. Nie ma przecież sensu, żeby pacjenci czekali na wprowadzenie w życie tych refundacji. Przy lekach jest to stosunkowo proste, choć mówimy tu o przełamaniu wieloletnich przyzwyczajęń. Jesteśmy dość konserwatywni jako diabetolodzy i powoli zmieniamy nasze upodobania terapeutyczne. Każdy lekarz lubi leczyć konkretnymi lekami i zlecać określone badania, bo bazuje na swoim doświadczeniu. Wynika to z faktu, że pracujemy z insuliną, która jest lekiem mocno działającym, który może zabić. Dlatego jesteśmy dużo bardziej ostrożni niż przeciętni internści. System monitorowania to trochę większe wyzwanie, ponieważ nie wypisuje się go na receptę, tylko jako sprzęt medyczny. Po pół roku stosowania takiego sprzętu muszą zostać spełnione pewne warunki, by pacjent mógł korzystać z jego refundacji. Musimy intensywnie doszkalać nasze koleżanki i kolegów, żebyśmy mogli wdrożyć to, co zostało przed nami położone. Leki są teraz szeroko dostępne, ale przed nami stoi wyzwanie systemowe.

## Więcej powikłań

Tym wyzwaniem jest, jak wskazuje prof. Czupryniak, kwestia zapobiegania zespołowi stopy cukrzycowej i edukacji diabetologicznej dla pacjentów. – To bardzo trudny temat, bo nie ma dużo pielęgniarek edukacyjnych w zakresie diabetologii. Będzie też bardzo ciężko znaleźć na to pieniądze, bo potrzebne są zastępy takich pielęgniarek. Jest to też kwestia braku placówek, które

zajmowałyby się owrzodzeniem stóp na początkowym etapie – tak aby pacjent nie musiał przechodzić amputacji. Na razie liczba amputacji nie stety rośnie – zaznaczył.

Dlaczego tak się dzieje? Prof. Czupryniak uważa, że sytuacja

garnki, sprawdzając, co gotuje i jak funkcjonuje. To ma na celu pomóc pacjentowi w przemodelowaniu swojego życia. Ale u nas nigdy się tak pewnie nie stanie, bo mamy inną kulturę medycyny. Element edukacji w zapobieganiu stopie cukrzycy-

z podatku cukrowego i czy są wykorzystywane przy leczeniu cukrzycy. – Podatek cukrowy jest nowy, ale zmiana podejścia była już zdecydowanie wcześniej. Wdrożenie nowych technologii może być spokojnie rozliczane – przez

skuteczne. Długoterminowych wyników nie mamy, ale na pewno warto je wdrażać. Otyłość to bardzo istotny element, na który będziemy mocno zwracać uwagę w tym roku. Lepiej zapobiegać, niż leczyć cukrzycę, ponieważ

więc byłoby stopniowo rozszerzać program refundacyjny dotyczący leków i nowoczesnych technologii. Leczenie stopy cukrzycowej pozostaje największym i najbardziej dramatycznym wyzwaniem. 7 tys. amputacji rocznie to bardzo duża liczba, która stawia nas w niechlubnej czołówce państw europejskich. Jest to pięta achillesowa polskiej diabetologii.

Zdaniem Anny Śliwińskiej bardzo ważna jest edukacja, ponieważ pozwala ona pacjentowi na lepsze zarządzanie chorobą. Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków podkreśliła, że w cukrzycy jest to szczególnie ważne, ponieważ to pacjent na co dzień podejmuje większość decyzji terapeutycznych. – Często mówi się, że lekarz ma bardziej rolę trenera, a pacjent jest bardziej jak zawodnik. To od pacjenta w 90 proc. zależy, jak będzie przebiegać jego cukrzyca. Bez edukacji jest z tym bardzo duży problem. Osoby, które zachorowały jako dorośli, otrzymują bardzo niski zakres edukacji w tym zakresie. Staramy się docierać do ludzi, ale tak naprawdę docieramy tylko do tych, którzy już są zainteresowani swoją chorobą. Mamy ogromny procent chorych, którzy w ogóle nie są tym zainteresowani – podkreśliła.

Zdaniem Śliwińskiej „brakuje lekarzy i pielęgniarek, którzy mieliby czas na edukowanie pacjentów”. Wskazała, że nie wyodrębniono świadczenia, by po diagnozie nauczyć pacjenta, jak ma o siebie dbać. – Jeżeli człowiek się nie wyedukuje kompleksowo, to może on zacząć sięgać do niewygodnych źródeł lub ignorować swoją chorobę. W momencie, gdy dojdzie do udaru lub zawału, to człowiek się trochę budzi – wtedy również można byłoby go solidnie edukować. Pamiętajmy, że wytyczne cały czas się zmieniają, a leki są coraz nowsze. Dobrze by było, żeby pacjent regularnie powtarzał i uaktualniał swoją wiedzę. Sporym wyzwaniem dla systemu jest także późna diagnoza cukrzycy, a cukrzycę typu II w Polsce cały czas diagnozujemy dość późno. Ciągłe zdarza się, że dopiero, gdy ktoś ma zawał, to dowiaduje się, że ma cukrzycę. Ważny jest też dostęp do nowych leków, których w miarę rozwoju medycyny będzie przybywać – zaznaczyła prezes.

A jakie wyzwania dotyczą pediatrii? Zdaniem prof. Małgorzaty Myśliwiec w polskiej pediatrii cukrzycy „zostały drobne rzeczy, które mogłyby poprawić leczenie”. – Od kilku lat mamy kartę świadczenia zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia, która dotyczy kwalifikacji i edukacji co do założenia systemu ciągłego monitorowania glikemii. Kwota od 12 lat jest taka sama i zależy od tego, czy pacjent ma ukończone sześć lat. Kształtuje się mniej więcej na poziomie 6900–7200 i jest w nią wliczony zakup pompy i porada edukacyjna. W tej kwestii nie możemy kupić najlepszych pomp, które wykonują 90 proc. czynności za pacjenta. Zależałoby nam, żeby podnieśiono składki jako świadczenia odrębnie kontraktowanego. Żaden pacjent nie dopłaci sobie 18 tys. do najlepszych pomp – podkreśliła profesor. /©

–Karol Ikonowicz



Chory nauczony dbać o stopy nie rozwinie zespołu stopy cukrzycowej, bo będzie umiał o nie zadbać. Ale ktoś musi go tego nauczyć i sprawdzać postępy

**PROF. DR. HAB. N. MED. LESZEK CZUPRYNIAK**



Dzięki refundacji coraz więcej osób może korzystać z nowoczesnych leków i technologii. Polska właściwie dogania już poziom zachodniej Europy

**ANNA ŚLIWIŃSKA**  
PREZES POLSKIEGO STOWARZYSZENIA DIABETYKÓW



Pediatrzy dostali najlepsze leki i najlepsze systemy monitorowania. W kilka lat przegoniliśmy inne kraje w leczeniu cukrzycy

**PROF. MAŁGORZATA MYŚLIWIEC**



Musimy poszerzyć leczenie pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej. Pielęgniarki z uprawnieniami będą mogły ich leczyć stawką kapitałową

**MACIEJ MIŁKOWSKI**  
VICEMINISTER ZDROWIA

w tej dziedzinie jest naprawdę dramatyczna. – Ze stopą cukrzycową jest źle z kilku powodów. Po pierwsze pandemia nie pomogła. Widzimy teraz większą częstotliwość powikłań u osób dorosłych. Przez półtora roku, dwa lata mieliśmy ograniczony dostęp do służby zdrowia. System przemodelował się na Covid-19 i sami pacjenci obawiali się kontaktu z lekarzami. Ważna jest w tym przypadku edukacja pacjenta. Chory, który jest nauczony dbać o stopy, nie rozwinie zespołu stopy cukrzycowej, bo będzie umiał o nie zadbać. Ale ktoś musi go tego nauczyć i sprawdzać postępy. Potrzebna jest też reedukacja, ponieważ nie wystarczy raz coś powiedzieć osobie dorosłej, trzeba to powtarzać. W krajach zachodnich, gdy ktoś zachoruje na cukrzycę, to przychodzi do niego grupa pielęgniarek, która patrzy mu w

jej jest bardzo ważny. Innym problemem w cukrzycy jest schorzenie, które nazywa się neuropatią układu obwodowego. To oznacza, że pacjenci mają zaburzenia czucia w obrębie stopy, a najczęściej polega to na zniesieniu czucia. Pacjent, który nie wie, że ma oglądać swoją nogę, łatwo może doznać mikrouszkodzenia i doprowadzić do owrzodzenia. A zagojenie dużego owrzodzenia na stopie to może być rok. Pacjent nie musi być hospitalizowany, to wszystko można byłoby zrobić ambulatoryjnie. Ale chory musi mieć miejsce, do którego przyjdzie, żeby mógł go obejrzeć diabetolog, chirurg i ortopeda. Miejsce w szpitalach, gdzie pacjenci są skutecznie leczeni, jest naprawdę niewiele – dodał.

Marcin Piasecki zapytał wiceministra Miłkowskiego, jak są dystrybuowane środki

NFZ – jako świadczenie dedykowane z podatku cukrowego. Z podatku realizowany jest także pilotażowy program leczenia otyłości ołbrzymiej. Instytut Matki i Dziecka wydał raport, w którym przedstawił, że sytuacja z otyłością się pogorszyła. Dlatego przygotowujemy specjalną strategię związaną z profilaktyką, żeby uczniowie i osoby dorosłe jak najmniej tyły. Pamiętajmy, że to otyłość jest m.in. przyczyną cukrzycy typu II. Chcemy też uruchomić leczenie farmakoterapią dla takich pacjentów. Na razie nam się to nie udało, ponieważ przed takim leczeniem bardzo istotne jest, żeby przygotować pacjenta, by zrzucił jak najwięcej masy ciała – ten proces trwa od trzech do sześciu miesięcy. Nowoczesne leki bardzo mocno udowodniły, że są

powikłania związane z tą chorobą są jedne z najgroźniejszych. Otyłość to temat bardzo zaniedbany w Polsce, do którego trzeba podejść wielosektorowo. To jest ostatni dzwonek, żeby nad tym solidnie popracować. Ważny jest także odpowiedni poziom cholesterolu i ciśnienia tętniczego, które wpływają na choroby serca i nerek. Odpowiednie zadbanie o te czynniki może spowodować wyraźne ograniczenie liczby pacjentów z cukrzycą – uważa wiceminister.

Anna Śliwińska mówiła o tym, jakie jeszcze wyzwania stoją przed polską diabetologią z punktu widzenia chorych. – Pacjenci chcieliby poszerzenia dostępu do leków już refundowanych. Nadal są grupy pacjentów, które nie kwalifikują się do refundacji niektórych leków. Dobrze