



RAPORT

Z BADANIA ANKIETOWEGO

LECZENIE ORAZ OPIEKA NAD PACJENTEM Z WIELOCHOROBOWOŚCIĄ – PUNKT WIDZENIA PACJENTA

Warszawa, październik 2025

Niniejszy raport prezentuje wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów zmagających się z wielochorobowością zrzeszonych w trzech organizacjach pacjenckich. Badanie przeprowadzone zostało w lipcu i sierpniu 2025 roku na grupie pacjentów $n=310$.

Wstęp

Niniejszy raport prezentuje wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród pacjentów zmagających się z wielochorobowością zrzeszonych w trzech organizacjach pacjenckich. Badanie przeprowadzone zostało w lipcu i sierpniu tego roku na grupie pacjentów $n=310$.

Jest to wspólna inicjatywa Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce oraz Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki. Celem tego projektu było oddanie głosu naszym członkom – osobom, które na co dzień mierzą się z konsekwencjami równoczesnego występowania chorób przewlekłych, w szczególności cukrzycy, przewlekłej choroby nerek i schorzeń sercowo-naczyniowych.

Wielochorobowość, mimo że dotyczy coraz większej liczby pacjentów w Polsce, nadal pozostaje obszarem niedostatecznie rozpoznanym w polityce zdrowotnej. W debacie publicznej i eksperckiej brakuje perspektywy pacjenta – a to właśnie on najlepiej wie, jak systemowe niedomagania przekładają się na codzienne funkcjonowanie. Dlatego w ankiecie skupiliśmy się na doświadczeniach chorych w zakresie organizacji opieki, dostępności i kosztów terapii, jakości komunikacji z personelem medycznym, obciążenia psychicznego, wpływu stanu zdrowia na życie zawodowe i społeczne oraz skali powikłań związanych z chorobami przewlekłymi.

Zebrane dane pokazują, że pacjenci z wielochorobowością borykają się nie tylko z poważnymi problemami medycznymi, ale także z barierami finansowymi i organizacyjnymi. Fragmentacja opieki, wysokie koszty terapii, brak dostępu do nowoczesnych leków czy trudności w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia prowadzą do pogorszenia wyników leczenia i obniżają jakość życia. Respondenci wskazali również na znaczenie edukacji zdrowotnej, wsparcia psychologicznego oraz bardziej elastycznych rozwiązań w obszarze pracy zawodowej.

Aby pogłębić analizę wyników i przedstawić je w szerszym kontekście klinicznym, poprosiliśmy o komentarz wybitnych ekspertów z obszaru diabetologii, nefrologii, kardiologii i zdrowia publicznego. Ich cenne opinie uzupełniają głos pacjentów, podkreślając wagę wskazanych problemów i wskazując kierunki działań, które mogą poprawić skuteczność terapii oraz spowolnić rozwój powikłań.

Prezentowany raport jest zatem nie tylko podsumowaniem doświadczeń pacjentów, ale także próbą połączenia ich głosu z wiedzą medyczną. Stanowi wezwanie do dialogu pomiędzy środowiskami pacjenckimi, medycznymi i decydującymi. Wierzymy, że tylko partnerskie podejście i kompleksowe rozwiązania – obejmujące opiekę koordynowaną, refundację nowoczesnych terapii, systematyczną edukację i wsparcie psychospołeczne – mogą realnie odpowiedzieć na potrzeby osób z wielochorobowością. Naszą ambicją jest, aby raport stał się punktem wyjścia do zmian, które poprawią skuteczność leczenia i jakość życia pacjentów w Polsce.

Dorota Ligęza

Dorot Ligęza
Stowarzyszenie Moje Nerki

Monika Kaczmarek

Monika Kaczmarek
Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

Agnieszka Wołczyńska

Agnieszka Wołczyńska
Stowarzyszenie EcoSerce



**POLSKIE
STOWARZYSZENIE
DIABETYKÓW**



Wyniki ankiety zostały zrecenzowane przez następujących ekspertów. Kolejność alfabetyczna:

dr hab. n. med. i n. o zdr. Marcin Czech

Profesor nauk medycznych, wykładowca, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego

prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak

Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Robert Gil

Kierownik Kliniki Kardiologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie

dr Małgorzata Godziejewska-Zawada

Adiunkt w Klinice Endokrynologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

dr hab. Karolina Kędzierska-Kapuza

Kierownik Centrum Diabetologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziolkiewicz

Kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Marcin Czech

Profesor nauk medycznych, wykładowca, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, epidemiolog, psychiatra oraz specjalista zdrowia publicznego, były wiceminister zdrowia, autor ponad 300 prac naukowych

Komentarz

Wprowadzenie

Badanie ankietowe przeprowadzone przez Polskie Stowarzyszenie Diabetyków nt. wielochorobowości w cukrzycy wśród ponad 300 pacjentów z wielochorobowością ujawnia szereg niepokojących zjawisk dotyczących opieki nad osobami przewlekle chorymi. Analiza wyników wskazuje na deficyty systemowe w obszarze edukacji, koordynacji opieki oraz wsparcia psychicznego i socjalnego pacjentów.

Niedostateczna świadomość opieki koordynowanej

Ponad połowa respondentów nie wie, czym jest opieka koordynowana, a znaczna część deklaruje brak jej dostępności nawet w dużych miastach. Świadczy to o niedostatecznej komunikacji reform systemowych i braku skutecznego wdrożenia narzędzi, które mogłyby realnie poprawić jakość i ciągłość leczenia pacjentów przewlekle chorych.

Aspekt psychiczny i społeczne konsekwencje choroby

Aż 77% badanych wskazało na negatywny wpływ choroby na zdrowie psychiczne, a ponad 1/3 doświadczyła stygmatyzacji. Wyniki te podkreślają konieczność włączenia do opieki nad pacjentami elementów wsparcia psychologicznego, aby przeciwdziałać depresji, obniżonemu poczuciu własnej wartości i ryzyku izolacji społecznej.

Barierzy ekonomiczne w leczeniu

Blisko 70% respondentów przyznaje, że koszty leczenia wpływają na przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, a ponad połowa pacjentów musiała kiedyś zrezygnować z zakupu leków lub sprzętu medycznego z powodów finansowych. Takie zjawisko prowadzi do pogorszenia wyników leczenia, większej liczby powikłań i hospitalizacji, a w konsekwencji do wyższych kosztów systemowych.

Rynek pracy i marginalizacja pacjentów

Tylko co trzeci pacjent jest aktywny zawodowo. Brak elastycznych form zatrudnienia, pracy zdalnej czy wsparcia pracodawców prowadzi do ograniczenia aktywności społeczno-zawodowej, co dodatkowo potęguje obciążenia ekonomiczne pacjentów i ich rodzin.

Rekomendacje

1. Edukacja i profesjonalna informacja – intensyfikacja działań edukacyjnych dla pacjentów i lekarzy POZ w zakresie opieki koordynowanej.
2. Wsparcie psychiczne – włączenie psychologa lub/i psychiatry do zespołu opiekującego się pacjentami przewlekle chorymi.
3. Redukcja barier ekonomicznych – poszerzenie refundacji leków i wyrobów medycznych, zwłaszcza w chorobach przewlekłych wymagających wieloletniej terapii.
4. Integracja opieki – wzmocnienie współpracy POZ, AOS i szpitali poprzez narzędzia cyfrowe i koordynatora opieki.
5. Wsparcie na rynku pracy – promocja elastycznych form zatrudnienia oraz zachęt dla pracodawców do utrzymywania aktywności zawodowej osób przewlekle chorych.

Podsumowanie

Wielochorobowość w Polsce jest zjawiskiem rosnącym, obciążającym zarówno pacjentów, jak i system ochrony zdrowia. Wyniki ankiety potwierdzają, że bez kompleksowych działań – integrujących aspekty medyczne, psychologiczne, ekonomiczne i społeczne – nie uda się zapewnić pacjentom skutecznej opieki, przedłużyć ich życia w zdrowiu, ani poprawić jego jakości.

Komentarz

Cukrzyca i choroby towarzyszące, tworzące konstelację wielochorobowości, oddziałują na pacjenta w trzech sferach jego życia: sferze bezpośredniego somatycznego doświadczania choroby i kontaktu z systemem ochrony zdrowia, sferze psychicznej oraz sferze społecznej (życie rodzinne, zawodowe). Wyniki ankiety wskazują, że cukrzyca i towarzyszące jej choroby zmieniają każdą z tych sfer.

Bardzo interesujący jest fakt występowania przewlekłej choroby nerek u prawie połowy pacjentów, mniej zaskakujące jest występowanie chorób układu krążenia u niewiele mniejszej liczby osób. Przewlekła choroba nerek jest powikłaniem często niedocenianym tak przez pacjentów, jak i przez lekarzy, jest zbyt rzadko rozpoznawana, a przy obecnych metodach leczenia można rozwojowi tego powikłania cukrzycy skutecznie zapobiegać, a gdy już się choroba nerek pojawi, można także jej postęp znacząco zahamować. Tak wysoka częstość występowania przewlekłej choroby nerek wymaga na pewno nagłośnienia i podkreślenia, gdyż może spowodować poprawę świadomości społecznej w tym zakresie i umożliwić dużo lepsze leczenie osób z cukrzycą zagrożonych uszkodzeniem nerek.

Nie najgorzej przedstawia się opieka lekarska nad pacjentami z cukrzycą. Co prawda wielu z nich nie słyszało o opiece koordynowanej, ale prawie połowa jest zadowolona ze swojego lekarza rodzinnego, prawie połowa jest pod regularną opieką diabetologa i/lub kardiologa czy nefrologa, połowa widzi się ze specjalistą co 3 miesiące i tylko 7% korzysta z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej raz w roku. Pod tym względem wyniki ankiety nie są w pełni spójne, gdyż w innym punkcie wskazuje się, że prawie połowa pacjentów nie znajduje się pod żadną opieką specjalistyczną. Ale ogólny obraz nie rysuje się bardzo źle, widać wyraźnie, że pacjenci z licznymi chorobami rzadziej czy częściej trafiają do opieki specjalistycznej. Mniejszą wagę należy przywiązywać do oceny zadowolenia pacjentów z opieki specjalistycznej w zakresie leczenia powikłań, gdyż w tej grupie chorych bardzo trudno jest uzyskać zauważalną poprawę stanu zdrowia; sukcesem jest zahamowanie narastania powikłań i pogarszania się ogólnego stanu zdrowia. O nie najlepszej jakości opieki ostatecznie świadczy fakt, że ponad połowa pacjentów nie była hospitalizowana z powodu powikłań cukrzycy przez ostatnie 5 lat.

Budująca jest obserwacja, że niemal wszyscy deklarują, że zawsze lub często przestrzegają zaleceń lekarskich, co w zderzeniu z obserwacjami lekarskimi wydaje się jednak bardziej deklaracją niż stanem faktycznym. Ale sama świadomość konieczności przestrzegania zaleceń przez pacjentów niewątpliwie cieszy. Bardzo ważnym elementem badania jest wykazanie, i to w sposób bardzo konkretny, jak dużą barierą w realizacji zaleceń lekarskich są ich koszty, a także przekonanie (deklarowane przez co trzeciego pacjenta), że leki mogą szkodzić. W tym ostatnim zakresie edukacja pacjentów może dużo zmienić. Koszty leczenia cukrzycy odczuwane przez pacjentów prawdopodobnie – i niestety – będą rosły, przede wszystkim z powodu gwałtownego rozwoju nowych możliwości terapeutycznych i nowych technologii w diabetologii.

Wielochorobowość w cukrzycy wyraźnie wpływa też na aktywność zawodową i społeczną pacjentów.

W miejscu pracy można spotkać się z życzliwą i nieżyczliwą postawą pracodawców do pracowników z cukrzycą, niestety prawie dwa razy częstsza jest ta druga. To także pole do edukacji środowiska pracodawców, warto w tym miejscu podkreślić, że tematyce tej będą poświęcone tegoroczne obchody Światowego Dnia Cukrzycy 14 listopada.

Ale chyba najbardziej wartościową informacją o środowisku pacjentów z cukrzycą są dane ukazujące skalę oddziaływania choroby na ich stan psychiczny oraz fakt częstego występowania stygmatyzacji i dyskryminacji tej grupy osób. Trzech na czterech badanych deklaruje, że cukrzyca ma wpływ na ich psychikę, prawie 40% osób spotkało się ze stygmatyzacją, a ponad jedna trzecia – z dyskryminacją w miejscu pracy. Te liczby przedstawiają prawdziwy rozmiar problemu jakim jest codzienne życie z cukrzycą. Wpływ cukrzycy na życie psychiczne dopiero niedawno zaczął być w pełni dostrzegany i doceniany w świecie medycyny. W tym roku Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne (ADA) i Europejskie Towarzystwo Badań nad Cukrzycą (EASD) wydały pierwsze zalecenia jak należy pomagać pacjentom, dla których cukrzyca jest źródłem stresu i pogorszenia stanu psychicznego (ang. diabetes distress). Należy mieć nadzieję, że wskazanie, jak dużym obciążeniem psychicznym wpływającym na wszelkie aspekty życia jest cukrzyca spowoduje dalszą stopniową poprawę jakości leczenia i opieki nad osobami z tą chorobą w naszym kraju.

Komentarz

Nie jest niczym zaskakującym, że chcąc pozyskać informacje o określonej grupie, sięgamy po ankiety dostosowane do jej specyfiki. Najprostsza droga to dobrze przemyślana konstrukcja pytań, które pozwolą uzyskać odpowiedzi na interesujące nas kwestie. Kluczowe pozostaje jednak pytanie o reprezentatywność próby, zrozumiałość pytań czy wiarygodność udzielonych odpowiedzi. Doświadczenia, choćby z badań opinii publicznej w polityce pokazują, że pominięcie tych elementów prowadzi do rozbieżności między oczekiwaniami a rzeczywistością.

Wielochorobowość u pacjentów zaczęto zauważać całkiem niedawno, dlatego pomysł ankiety wzbogacającej wiedzę w tym temacie jest trafiony i uzasadniony. Analiza konstrukcji Ankiety dla pacjentów z wielochorobowością, przygotowanej przez pacjentów diabetologicznych, kardiologicznych oraz nefrologicznych, dowodzi, że Autorzy nie ustrzegli się drobnych błędów, np. przedstawiając stosunkowo ograniczoną definicję stygmatyzacji oraz brak definicji dyskryminacji (z jednoczesnym uwzględnieniem barier i niezrozumienia!). Dlatego do analizy tych zjawisk podchodziłbym raczej sceptycznie. Pewnym kłopotem też jest fakt nieznanej próbki chorych z tych 3-ch różnych grup, co powoduje, że problematyczne jest opieranie się na różnicach odsetkowych z występowaniem pewnych objawów. To oczywiście w żadnym razie nie umniejsza wagi uzyskanych informacji. A ta jest bardzo szeroka i niejako sprowadza „na ziemię” nawet osobę taką jak ja, czyli medyka całkiem dobrze zorientowanego w meandrach polskiego systemu ochrony zdrowia.

Przechodząc do szczegółów, to dla mnie szczególnie interesujące były następujące fakty.

1. Stosunkowo wysoki stopień stygmatyzacji z powodu choroby (37,1%). Szkoda, że zabrakło doprecyzowania, czym ono było konkretnie wywołane (np. otyłości) – człowiek nie ma wypisanego rozpoznania „na swoim czole”.
2. Problem udziału specjalistów w leczeniu pacjentów z wielochorobowością, którzy są zadowoleni w bardzo małym stopniu (8,7%) z dostępu do nich, przy ponad połowie (51,3%) niezadowolonych. Przy czym 41,6% spośród ankietowanych korzysta z pomocy specjalistów więcej niż raz w roku w związku z powikłaniami swojej choroby.
3. Tylko co 3-ci (33,2%) ankietowany jest aktywny zawodowo w pełnym etacie, a prawie 40% przebywa na rencie lub emeryturze.
4. Moją ciekawość wzbudziły odpowiedzi na pytania dotyczące pracy zdalnej oraz potencjalnego braku wsparcia ze strony pracodawcy. Nieco mnie zaskakuje tak wysoki odsetek niezadowolonych z w/w przyczyn (62,7% i 55,8%, odpowiednio).
5. Źle wygląda kwestia sytuacji finansowej ankietowanych chorych. Aż 68,4% potwierdza zależność między przestrzeganiem zaleceń terapeutycznych a kosztami leczenia, ponad połowa (54,5%) miała incydent(y) rezygnacji z leczenia ze względu na złą sytuację finansową.
6. Stosunkowo niska świadomość dostępności oraz zasad działania opieki koordynowanej - ponad połowa pacjentów nie wie, czym jest, a wielu nie ma do niej dostępu.
7. Zdecydowana większość pacjentów (77,1%) z wielochorobowością uważa, że ten fakt negatywnie wpływa na ich samopoczucie psychiczne.

Podsumowując w/w ankietę należałoby zwrócić uwagę, że po pierwsze wielochorobowość w Polsce wśród „chorych kardiologicznych, diabetologicznych oraz nefrologicznych” to bezsporny fakt. Uzyskane dane jasno pokazują, że ten stan zdrowia, wymagający niemałych nakładów finansowych ze strony pacjentów w obecnych warunkach ekonomicznych raczej na pewno się nie zmieni. W moim przekonaniu warto zastanowić się nad ofertą dla tych ludzi na rynku pracy, wykorzystującą opcje pracy zdalnej tak chętnie aprobowaną przez ludzi czujących się wyobcowanymi i gorszymi w systemie. Niestety ludzie spełniający kryteria wielochorobowości nie wydają się być zadowoleni z tego, co proponuje im system ochrony zdrowia, co oznacza, że jego organizatorzy nie oceniają na bieżąco jego słabych punktów i nie zmieniają ich w oparciu o takie sygnały jak w/w ankietę.

W takim przypadku jedną z możliwości jest nasilenie starań nad lepszą komunikacją dot. możliwości systemu ochrony zdrowia z wykorzystaniem wszystkich dostępnych środków, poczynawszy od ulotek edukacyjnych, do kampanii w internecie i szeroko pojętych mass mediach.

Jestem przekonany, że im bardziej świadomy pacjent, tj. rozumiejący istotę swojej choroby, własną rolę i odpowiedzialność oraz możliwości systemowe, tym większa staje się potrzeba regularnego podnoszenia kompetencji po stronie personelu medycznego.

dr Małgorzata Godziejewska-Zawada

Adiunkt w Klinice Endokrynologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

Komentarz

- W badaniu ankietowym pacjentów wzięły udział 3 grupy pacjentów, należących do różnych organizacji pacjenckich – Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Pacjentów EcoSerce i Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Moje Nerki.
- Ankietę wypełniło 310 osób.

CUKRZYCA (n=169)

- Wśród osób z cukrzycą 20,7% (45 osób) chorowało jedynie na cukrzycę.
- Pozostałe miały przynajmniej 1 chorobę towarzyszącą. Najczęściej towarzyszącą pojedynczą chorobą była choroba układu sercowo-naczyniowego, która dotyczyła 24% (42) pacjentów, następną przewlekłą chorobą nerek, która występowała u 7,22% (12) pacjentów.
- W pozostałych przypadkach pacjenci z cukrzycą zgłaszali obecność 2, 3 lub więcej chorób towarzyszących (bardzo różnych), część – 12% (14) osób – 4 lub więcej chorób towarzyszących.

PRZEWLEKŁA CHOROBA NEREK (n=100)

- U osób z przewlekłą chorobą nerek obecność 1 choroby – chorobę nerek – zgłosiło 54% (54 osoby) pacjentów.
- 16% osób zgłaszało obecność 1 dodatkowej choroby – były to po równo choroby układu sercowo-naczyniowego (8%) i otyłość (8%), a w pozostałych przypadkach podawano 3 lub więcej chorób towarzyszących.

CHOROBY UKŁADU SERCOWO-NACZYNIOWEGO (n=26)

- U osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego.
- 63% – 17 osób zgłaszało jedynie chorobę układu sercowo-naczyniowego, 1 osoba chorobę serca + otyłość, a pozostałe 2,3 lub więcej chorób, część powyżej 4 chorób łącznie.

Ograniczenia ankiety

1. Badanie objęło szczególne grupy pacjentów, będących członkami organizacji zrzeszających pacjentów, a przez to najbardziej zaangażowanych i zainteresowanych terapią. Wyników nie można więc uogólnić na wszystkich pacjentów.
2. Badanie objęło stosunkowo małą grupę pacjentów – jedynie 310 osób, co również uniemożliwia wyciągnięcie wniosków, które można by było uogólnić na wszystkich pacjentów

Mimo tych ograniczeń, otrzymano wiele ważnych informacji:

1. Wyniki ankiety potwierdziły fakt, że osoby z chorobami przewlekłymi mierzą się z wielochorobowością, która generuje zarówno skomplikowaną terapię, jak i trudności w adherence we wszystkich grupach badanych pacjentów.
2. Wielu badanych przyznawało, że koszty terapii stanowią ważny składnik wydatków – nie bez znaczenia pozostaje, że ponad 50% pacjentów stanowiły osoby poniżej 50 r. ż., a więc nie objęte w systemie refundacyjnym lekami bezpłatnymi. Wiadomo również, że także w grupach starszych pacjentów część leków jest odpłatna. Problem stanowi jednak skala tych wydatków - 25,5% respondentów podało, że wydatki na leczenie stanowią 20-30% budżetu, a 79,4% potwierdziło, że wydatki związane z leczeniem mają znaczący udział w ich budżecie domowym.
3. Korzystanie z wizyt u specjalisty przynajmniej 1 x w roku zgłaszało ponad 90% osób biorących udział w ankiecie – większość miała choroby przewlekłe, a duża część wymagała takich wizyt, zwłaszcza osoby z chorobami nerek. Niestety wyników nie można przenieść na całą populację pacjentów z chorobami przewlekłymi, ponieważ badanie objęło najbardziej zaangażowane w swoją terapię osoby.
4. Mimo licznych wizyt u specjalisty, jedynie 58,1% respondentów potwierdza, że czuje się wystarczająco poinformowana na temat swojej terapii, a 41,9% ankietowanych udzieliła negatywnej odpowiedzi.
5. Plusem badania jest także to, że nie dotyczyło ono jedynie osób z wielkich miast, ale w grupie badanej znalazły się osoby z małych i średnich miast. Jednocześnie badanie pozwoliło uwidocznić, że aktywni pacjenci nie pochodzą z obszarów wiejskich.

Mimo ograniczeń i stosunkowo małej grupy pacjentów, która odpowiedziała na ankietę, badanie danych dotyczących pacjentów ma bardzo duży sens. Poznanie problemów, z którymi musi zmierzyć się osoba chora na chorobę przewlekłą, kosztów terapii (nadspodziewanie wysokich) jest ważnym krokiem zmierzającym do zrozumienia problemu, jakim jest niewystarczające stosowanie się do zaleceń, czyli dlaczego tak trudno o adherencję w chorobach przewlekłych.

dr hab. Karolina Kędzierska-Kapuza

Specjalistka nefrologii, transplantologii i diabetologii, Kierownik Centrum Diabetologii Państwowego Instytutu Medycznego MSWiA w Warszawie

Komentarz

Badanie obejmujące 310 pacjentów – członków trzech organizacji pacjenckich – ukazuje populację wysokiego ryzyka – osoby z cukrzycą (54%), przewlekłą chorobą nerek (47%), chorobami sercowo-naczyniowymi (43%) i otyłością (25%). Ponad połowa choruje od ponad 10 lat, co przekłada się na duże zagrożenie powikłaniami, zwłaszcza nefropatią i chorobami serca. Mimo że część pacjentów jest w wieku poniżej 50 lat, znacząca grupa to osoby starsze, z wieloletnim obciążeniem chorobą.

Pod kątem nefrologicznym i diabetologicznym najważniejsze są dane o chorobach współistniejących:

- **Cukrzyca – 53,9%,**
- **Przewlekła choroba nerek (PChN) – 46,5%,**
- Choroby sercowo-naczyniowe – 42,9%,
- Otyłość – 25,4%.

61% pacjentów choruje ponad 10 lat, co oznacza długotrwałe narażenie na powikłania (nefropatia cukrzycowa, retinopatia, choroba wieńcowa). Dla nefrologa i diabetologa jest to populacja o bardzo wysokim ryzyku zdarzeń sercowo-naczyniowych i szybkiej progresji PChN. Jest to typowy profil pacjenta z zespołem metabolicznym, w którym cukrzyca i PChN wzajemnie nasilają ryzyko sercowo-naczyniowe, a otyłość stanowi dodatkowy czynnik progresji chorób.

Opieka medyczna jest fragmentaryczna. Choć wielu chorych korzysta z porad lekarzy rodzinnych, nefrologów i diabetologów, ponad połowa nie zna pojęcia opieki koordynowanej. Skutkiem jest dublowanie badań, trudności w planowaniu terapii (np. przygotowanie do dializ czy przeszczepu) i opóźnienia w rozpoznawaniu powikłań.

Koszty leczenia stanowią poważną barierę – średnio 300–600 zł miesięcznie, a u części pacjentów ponad 900 zł. Dla wielu oznacza to 20–30% budżetu domowego. Wysokie wydatki powodują przerwy w terapii, rezygnację z nowoczesnych leków nefro- i kardioprotekcyjnych czy ograniczanie dawek insuliny. To przyspiesza progresję PChN i zwiększa ryzyko hospitalizacji.

Przestrzeganie zaleceń deklaruje jedynie połowa chorych, a niemal tyle samo przyznaje się do samodzielnych zmian w dawkowaniu leków (np. insuliny, diuretyków), co może prowadzić do groźnych hipoglikemii, odwodnień czy zaburzeń elektrolitowych. Bariery to przede wszystkim koszty terapii, ale także obawy przed działaniami niepożądanymi, brak zrozumienia zaleceń i dezinformacja w internecie. Wskazuje to na pilną potrzebę prostego, powtarzanego przekazu edukacyjnego oraz wsparcia w zakresie samokontroli.

Powikłania i hospitalizacje są częste – niemal połowa pacjentów była hospitalizowana w ciągu ostatnich 5 lat, a 42% korzysta częściej z opieki specjalistycznej z powodu komplikacji. 77% odczuwa wpływ choroby na zdrowie psychiczne, co dodatkowo utrudnia systematyczne leczenie. Brakuje powszechnej opieki psychologicznej. W przypadku pacjentów nefrologicznych i diabetologicznych konieczna jest systematyczna profilaktyka – regularne kontrole laboratoryjne, badania w kierunku powikłań cukrzycy (retinopatia, neuropatia), wczesne wdrażanie terapii hamujących progresję PChN i edukacja w zakresie objawów alarmowych (np. zakażeń dróg moczowych, kwasicy ketonowej).

Dostępność specjalistów i transport pozostają ograniczeniem – dojazdy generują koszty i zniechęcają do regularnych wizyt. Pacjenci dializowani i z zaawansowaną cukrzycą szczególnie odczuwają to obciążenie.

Życie zawodowe pacjentów jest istotnie zaburzone – tylko 1/3 pracuje na pełen etat, większość musiała zmienić pracę lub przejść na rentę. Wysoka częstość dyskryminacji w pracy oraz brak elastycznych form zatrudnienia potęgują problemy finansowe i ograniczają możliwości leczenia.

Rekomendacje praktyczne:

- aktywne poszukiwanie przychodni prowadzących opiekę koordynowaną (np. programy POZ Plus, KOS-BAR, poradnie nefro-diabetologiczne)
- systematyczne sprawdzanie refundacji i dostępności nowych terapii (SGLT2, GLP-1, programy lekowe)
- regularne wizyty edukacyjne u nefrologa, diabetologa i dietetyka pozwalają zrozumieć znaczenie leków nefroprotekcyjnych, diety niskosodowej czy kontroli glikemii i unikać samodzielnej modyfikacji leczenia

- korzystanie ze wsparcia psychologicznego i socjalnego
- planowanie wydatków z pomocą pracowników socjalnych lub organizacji pacjenckich, aby uniknąć przerw w terapii i uzyskać świadczenia, zniżki czy refundację sprzętu

Podsumowanie: pacjenci z cukrzycą i PChN funkcjonują w systemie niewystarczająco dostosowanym do ich potrzeb. Brak koordynacji opieki, wysokie koszty terapii, niska świadomość zdrowotna i obciążenia psychologiczne znacząco pogarszają rokowania. Kompleksowe podejście – łączące nefrologię, diabetologię, kardiologię, psychologię i wsparcie socjalne – jest konieczne, aby spowolnić progresję choroby, zmniejszyć ryzyko hospitalizacji i poprawić jakość życia.

prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii, Oddział Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego im. Franciszka Raszei w Poznaniu, Past Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego (2019-2023), Przewodnicząca Sekcji Diabetologii Społecznej i Edukacji PTD

Komentarz

Wielochorobowość definiowana jest jako występowanie dwóch lub więcej przewlekłych schorzeń. Postęp medycyny w zakresie diagnostyki i leczenia chorób przyczynia się do wzrostu liczby osób z wielochorobowością. Cukrzyca typu 2 jest przewlekłą chorobą metaboliczną skojarzoną z otyłością, nadciśnieniem tętniczym, dyslipidemią. Bardzo często współistnieje z chorobami sercowo-naczyniowymi o podłożu miażdżycowym, niewydolnością serca oraz przewlekłą chorobą nerek. Wielochorobowość indukuje wielolekowość i stanowi znaczące obciążenie nie tylko zdrowotne, ale także społeczne i ekonomiczne. Przeprowadzona ankietyzacja dostarcza bardzo ciekawych danych. Pokazuje, że wielochorobowość dotyczy znaczącego odsetka ludzi w wieku aktywności zawodowej. Ponad 50% respondentów to osoby w wieku poniżej 50 lat, tym bardziej zaskakujące, że ponad 30% nie jest aktywna zawodowo. Smutnym jest fakt, że osoby pracujące z powodu choroby doświadczają dyskryminacji. Choroby wskazywane przez większość respondentów to: cukrzyca, przewlekła choroba nerek, choroba sercowo-naczyniowa. Co czwarty respondent wskazywał otyłość.

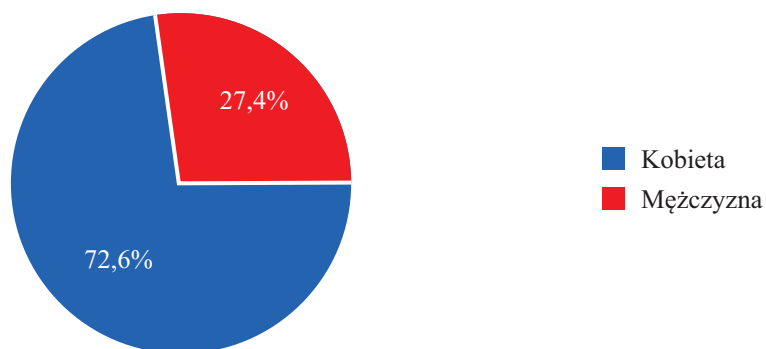
Zdecydowana większość respondentów korzysta z opieki medycznej, w tym POZ i AOS, ale zaskakująco duży odsetek nie ma wiedzy o opiece koordynowanej i z niej nie korzysta.

Znaczne koszty ponoszone przez osoby z wielochorobowością na leczenie są często powodem nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, co znacząco umniejsza efekty leczenia, którego celem jest zmniejszenie ryzyka powikłań choroby i wydłużenie życia w funkcjonalności.

Wzrastająca liczba osób w wieku produkcyjnym z wielochorobowością powinna generować działania przynoszące większą skuteczność w zakresie prewencji i optymalizacji leczenia otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego czy przewlekłej choroby nerek. Poprawa systemowa w zakresie edukacji oraz zwiększenie dostępności do leków i urządzeń o udowodnionych korzystnych wpływach na zdrowie są potrzebne dla umniejszenia kosztów społecznych i ekonomicznych związanych z cukrzycą i wielochorobowością. Mądre inwestycje w zdrowie zawsze przynoszą dobre efekty, a ich miarą jest wydłużenie życia w sprawności fizycznej i psychicznej. Przeprowadzona ankietę i płynące z niej wnioski są cenną porcją wiedzy, pozwalającą na ukierunkowane działania.

Płeć

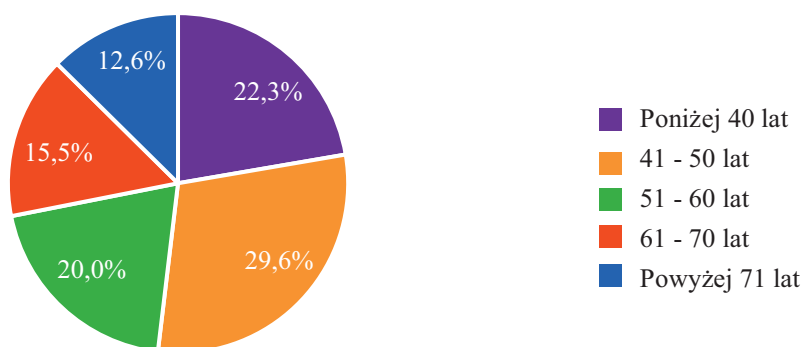
310 odpowiedzi



W badaniu ankietowym wzięło udział 310 osób, w tym 72,6% kobiet.

Wiek

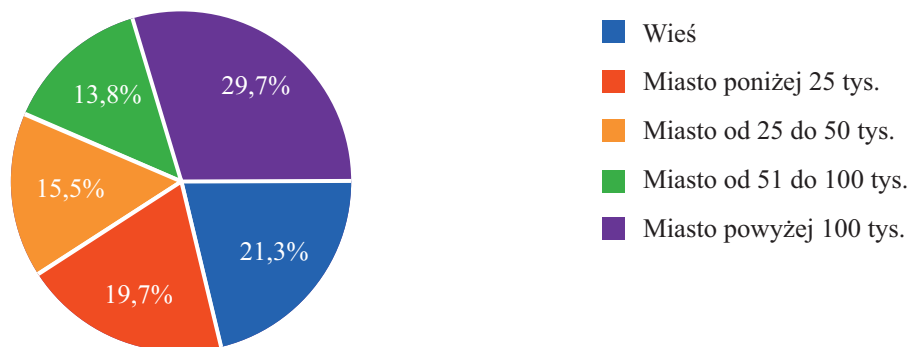
310 odpowiedzi



52% ankietowanych to osoby do 50. roku życia. 35,5% respondentów to osoby między 51. a 70. rokiem życia. Pozostałe osoby (12,6%) zadeklarowały przynależność do grupy wiekowej powyżej 71 r.ż.

Miejsce zamieszkania

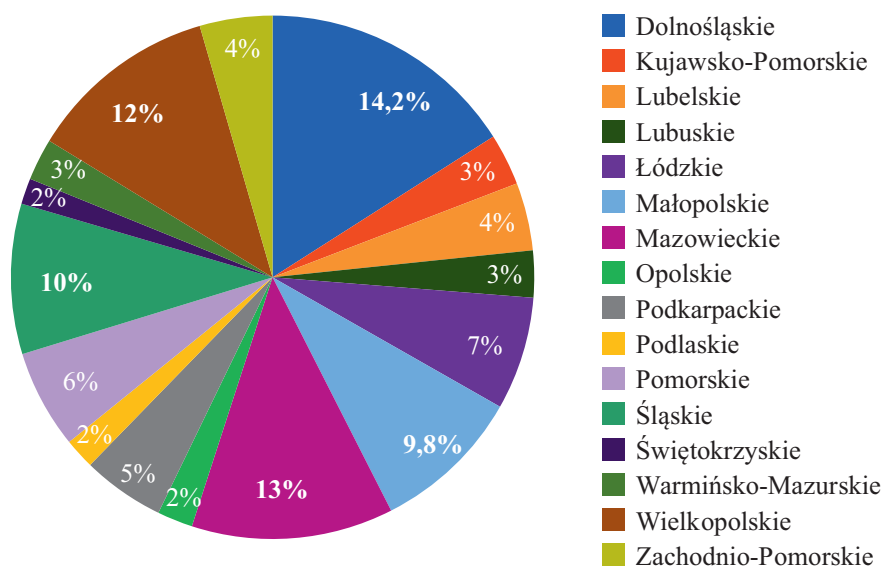
310 odpowiedzi



29,7% respondentów to mieszkańcy miast powyżej 100 tysięcy, a 41% respondentów to mieszkańcy wsi i miast poniżej 25 tysięcy mieszkańców.

Województwo

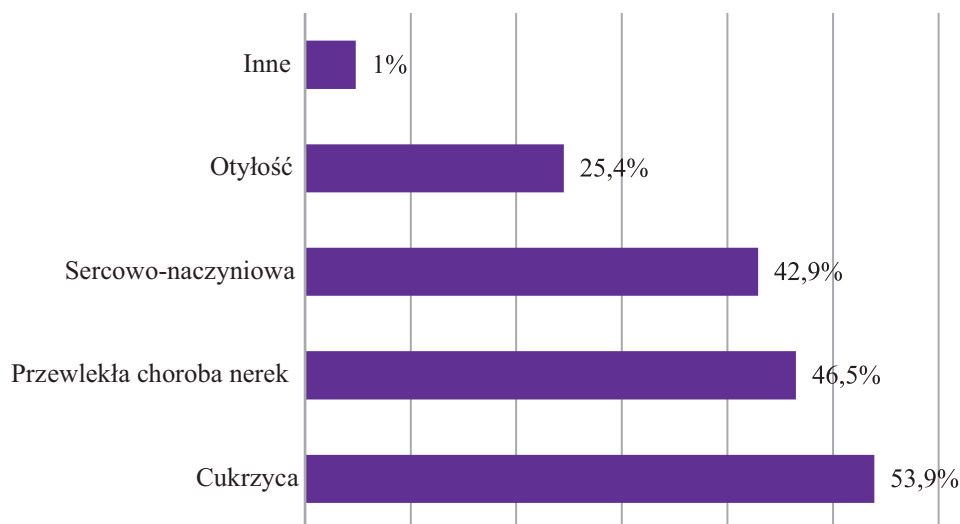
310 odpowiedzi



Najwięcej osób wypełniło ankietę z województw: dolnośląskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego, małopolskiego, śląskiego i łódzkiego.

Czy choruje Pan/Pani na którąkolwiek z poniższych chorób?

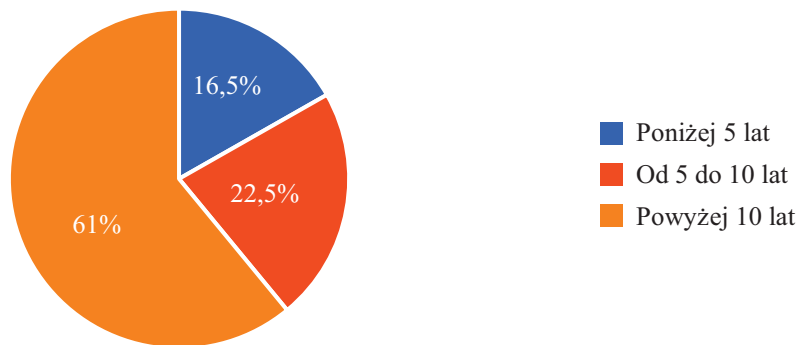
(Można zaznaczyć kilka odpowiedzi)



Najwięcej ankietowanych wskazało cukrzycę (53,9%), tuż za nią przewlekłą chorobę nerek (46,5%), następnie chorobę sercowo-naczyniową (42,9%) i otyłość (25,4%). 1% respondentów wskazało na inne jednostki chorobowe m.in. ŁZS, osteoporozę, czy Zespół Marfana.

Jak długo Pan/Pani choruje?

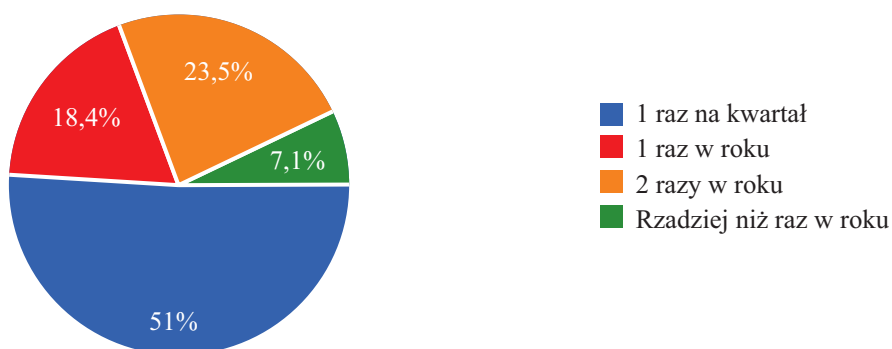
310 odpowiedzi



61% ankietowanych choruje dłużej niż 10 lat, 22,5% od 5 do 10 lat, a 16,5% poniżej 5 lat.

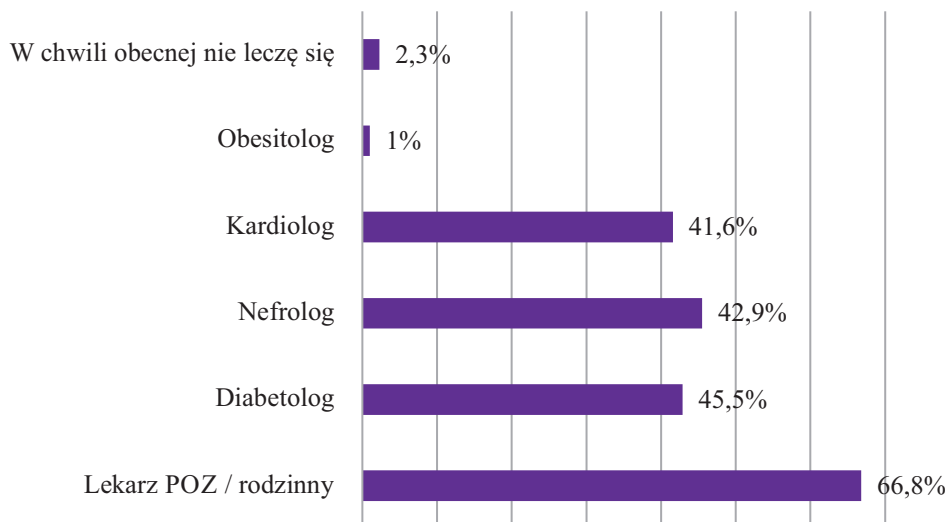
Jak często odwiedza Pan/Pani specjalistę w związku ze swoją chorobą?

310 odpowiedzi



51% ankietowanych odwiedza specjalistę raz na kwartał, 23,5% dwa razy w roku, 18,4% raz w roku. 7,1% respondentów uczęszcza na wizytę specjalistyczną rzadziej niż raz w roku. Warto podkreślić, że do grupy pacjentów najczęściej odbywających wizyty lekarskie (raz na kwartał) należą przede wszystkim osoby z chorobami nefrologicznymi (w tym osoby dializowane).

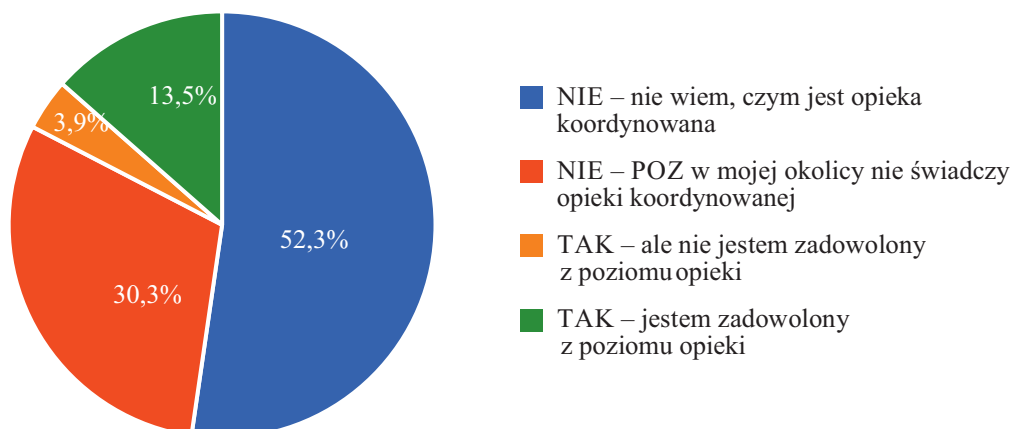
Czy obecnie z chorobą jest Pan/Pani pod stałą opieką lekarza? Prosimy o wskazanie lekarza, który zajmuje się u Pana/Pani leczeniem. (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)



Najwięcej ankietowanych jest pod stałą opieką lekarza rodzinnego (66,8%), z opieki nefrologicznej korzysta 42,9% badanych, z opieki diabetologicznej korzysta 45,5% ankietowanych, a kardiologicznej 41,6% respondentów. Tylko 2,3% respondentów obecnie się nie leczy.

Czy korzysta Pan/Pani z opieki koordynowanej w związku ze swoją chorobą?

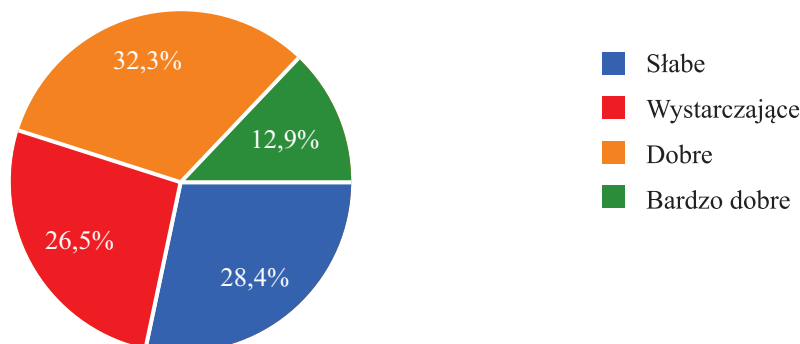
310 odpowiedzi



Ponad połowa pacjentów (52,3%) wskazała, że nie wie, czym jest opieka koordynowana. 30,3% ankietowanych skazało, że POZ w ich okolicy nie świadczy opieki koordynowanej. Spośród tych negatywnych odpowiedzi najczęściej pochodzi z województwa: dolnośląskiego, mazowieckiego i wielkopolskiego. Nawet w dużych miastach >100 tys. mieszkańców 31% respondentów nie ma świadomości dostępności opieki koordynowanej.

Jak ocenia Pan/Pani kompetencje Pani/Pana lekarza POZ w związku z chorobą?

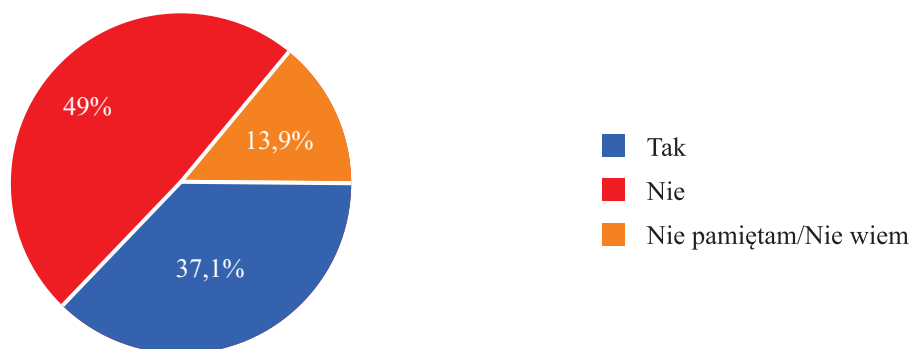
310 odpowiedzi



45,2% ankietowanych ocenia kompetencje swojego lekarza POZ bardzo dobrze i dobrze, 26,5% ledwie wystarczająco, a aż 28,4% ocenia je słabo.

Czy w związku z chorobą doświadczył/-a Pan/Pani kiedykolwiek stygmatyzacji? (Stygmatyzacja to przypinanie komuś „etykiety”, przez którą inni zaczynają go unikać, wyśmiewać albo traktować jak gorszego)

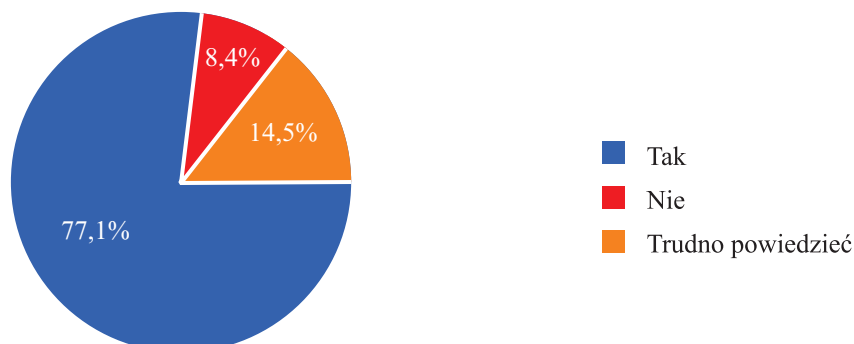
310 odpowiedzi



37,1% ankietowanych przyznaje, że z powodu choroby doświadczyło stygmatyzacji. 49% respondentów nie ma takich doświadczeń, a 13,9% ankietowanych nie potrafi określić, czy doświadczyło stygmatyzacji.

Czy choroba wpływa na Pana/Pani zdrowie psychiczne? (samopoczucie, emocje...)

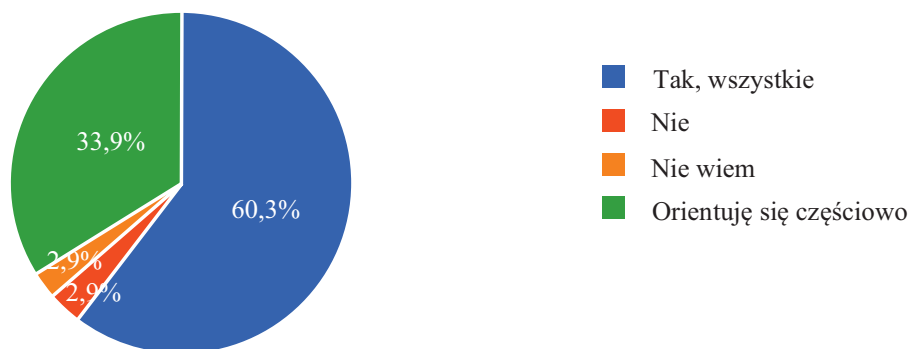
310 odpowiedzi



77,1% ankietowanych potwierdza, że choroba ma wpływ na ich zdrowie psychiczne.

Czy znane są Panu/ Pani możliwe powikłania w związku z chorobą?

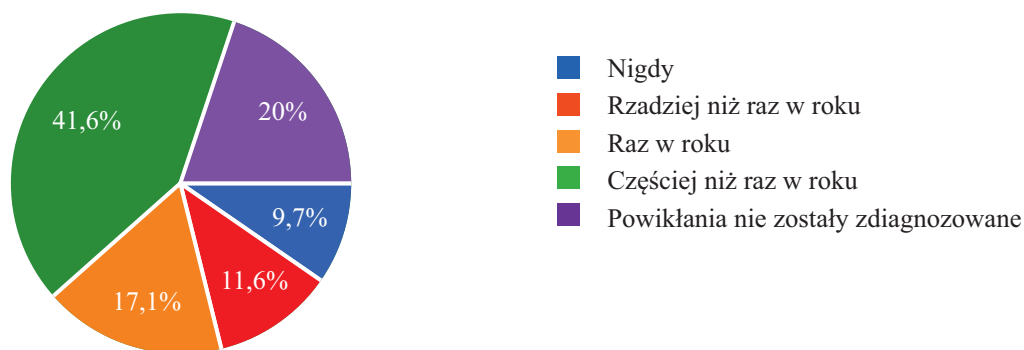
310 odpowiedzi



60,3% pacjentów ma świadomość możliwych powikłań wynikających z choroby, 33,9% orientuje się zaledwie częściowo. Pozostała grupa pacjentów (5,8%) nie ma wiedzy na temat możliwych powikłań.

Jak często korzysta Pan/Pani z opieki specjalistycznej w związku z powikłaniami swojej choroby?

310 odpowiedzi

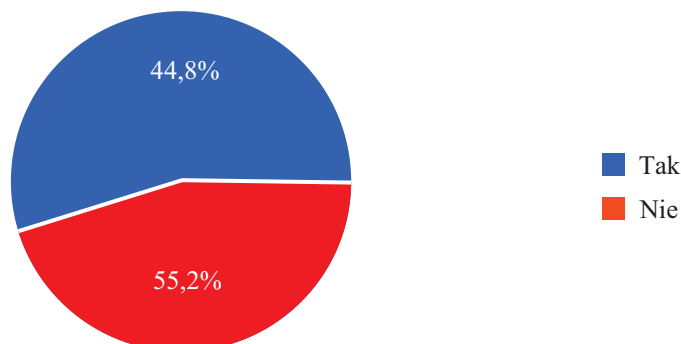


41,6% ankietowanych częściej niż raz w roku korzysta z opieki specjalistycznej w związku z powikłaniami swojej choroby. U 20% ankietowanych powikłania nie zostały zdiagnozowane.

W grupie pacjentów, którzy częściej niż raz w roku korzystają z opieki specjalistycznej, przeważają pacjenci nefrologiczni (w tym osoby dializowane).

Czy korzysta Pan/Pani z opieki specjalistycznej w związku z powikłaniami, które wynikają z innych chorób?

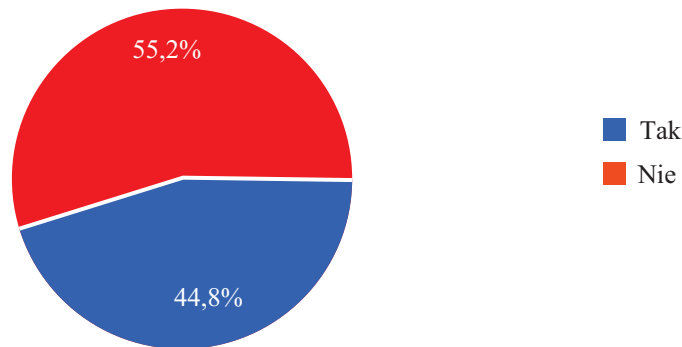
310 odpowiedzi



Ponad połowa pacjentów (55,2%) korzysta z opieki specjalistycznej w związku z powikłaniami wynikającymi z innych chorób. Jednak aż 44,8% pacjentów nie jest pod żadną opieką specjalistyczną.

Czy w ciągu ostatnich 5 lat wystąpiła u Pana/Pani konieczność hospitalizacji z powodu powikłań?

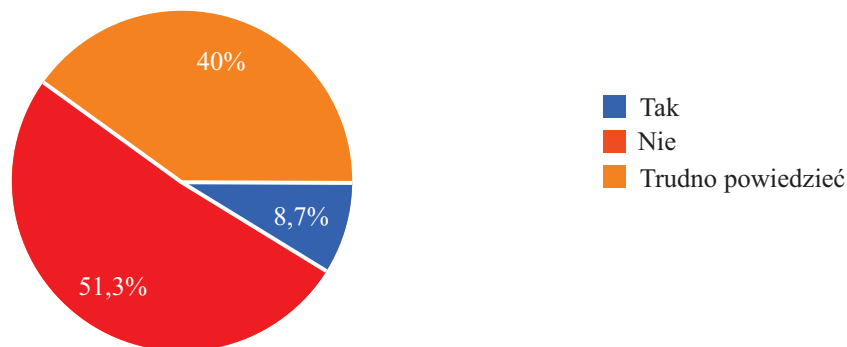
310 odpowiedzi



U 55,2% respondentów, w ciągu ostatnich 5 lat, nie wystąpiła konieczność hospitalizacji z powodu powikłań. Z kolei 44,8% respondentów z powyższych powodów trafiło do szpitala.

Czy uważa Pan/Pani, że opieka specjalistyczna w zakresie leczenia powikłań jest wystarczająco dostępna?

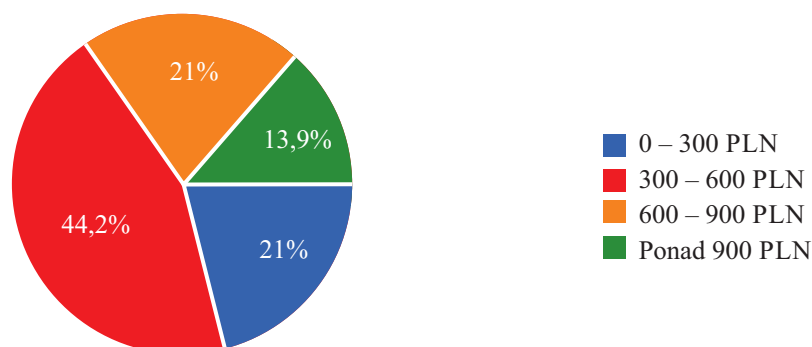
310 odpowiedzi



Ponad połowa respondentów (51,3%) nie jest zadowolona z dostępności opieki specjalistycznej w zakresie leczenia powikłań, 40% ankietowanych nie ma zdania. Jedynie 8,7% ankietowanych jest zadowolonych z dostępności opieki specjalistycznej.

Jakie są Pana/Pani miesięczne wydatki związane z leczeniem choroby (leki, testy, sprzęt, wizyty prywatne)?

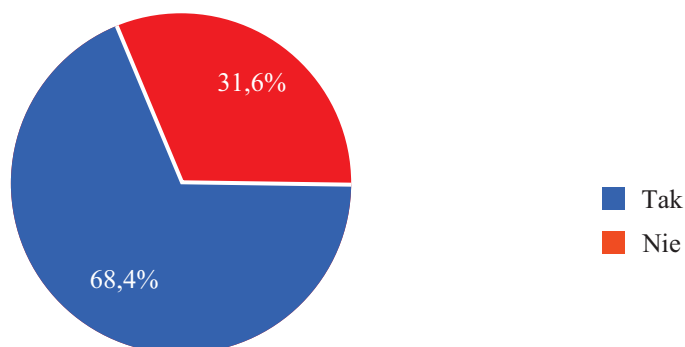
310 odpowiedzi



44,2% respondentów deklaruje, że koszt miesięcznych wydatków związanych z leczeniem choroby to 300-600 PLN. Koszty do 300 PLN miesięcznie ponosi 21% ankietowanych, podobnie jak koszty w przedziale 600-900 PLN. Obciążenie powyżej 900 PLN jest udziałem 13,9% respondentów.

Czy koszty leczenia wpływają na Pana/Pani decyzje dotyczące stosowania się do zaleceń terapeutycznych?

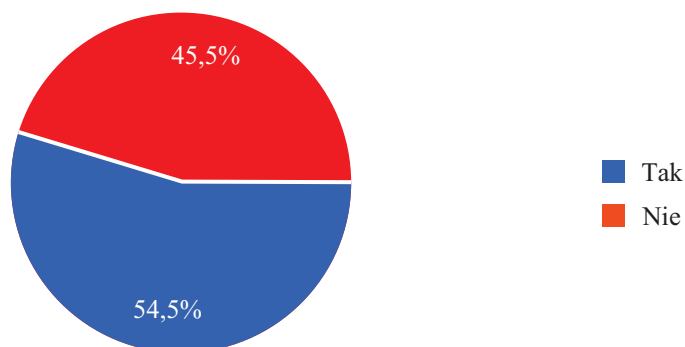
310 odpowiedzi



68,4% pacjentów potwierdza, że stosowanie się do zaleceń terapeutycznych jest uzależnione od kosztów leczenia związanych z chorobą.

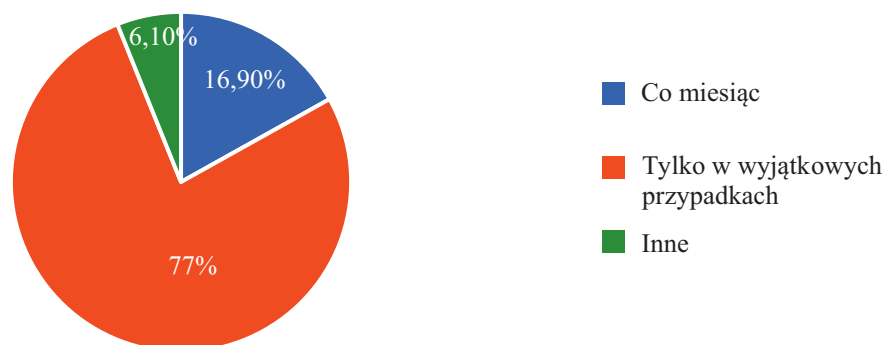
Czy kiedykolwiek musiał/-a Pan/Pani zrezygnować z zakupu leków lub sprzętu z powodu ich kosztu?

310 odpowiedzi



Ponad połowa respondentów (54,5%) przyznaje, że kiedyś musiała zrezygnować z zakupu leków lub sprzętu z powodu ich kosztów.

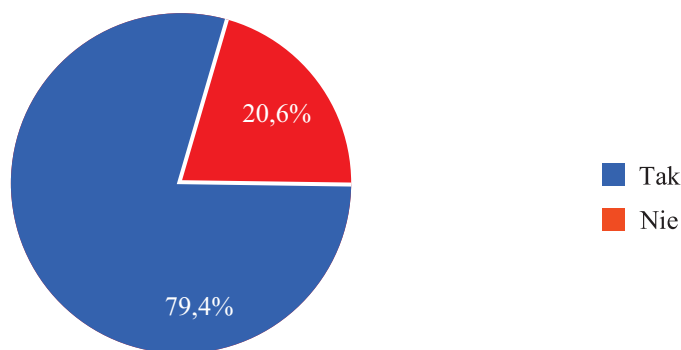
Jeśli na poprzednie pytanie, odpowiedział/-a Pan/Pani na TAK. To jak często musi Pan/Pani zrezygnować z zakupu leków lub sprzętu z powodu ich kosztu?



77% ankietowanych deklaruje, że rezygnacja z zakupu leków lub sprzętu zdarza się im tylko w wyjątkowych przypadkach. Niepokojące jest to, że jednak 16,9% respondentów mierzy się z taką sytuacją każdego miesiąca.

Czy wydatki związane z leczeniem mają znaczący wpływ na Pana/Pani budżet domowy?

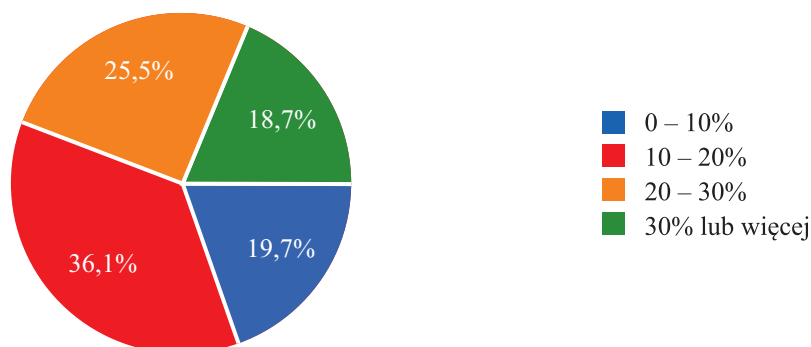
310 odpowiedzi



Ponad $\frac{3}{4}$ respondentów (79,4%) potwierdza, że wydatki związane z leczeniem mają znaczący udział w ich budżecie domowym. W miastach poniżej 25 tys. i wsiach, odpowiedź TAK wskazało 42% respondentów, w miastach powyżej 100 tys. odpowiedź TAK wskazało 28% ankietowanych.

Jaki procent budżetu domowego Pana/Pani rodziny zajmują wydatki związane z leczeniem (leki, badania, sprzęt medyczny, zabiegi, inne)?

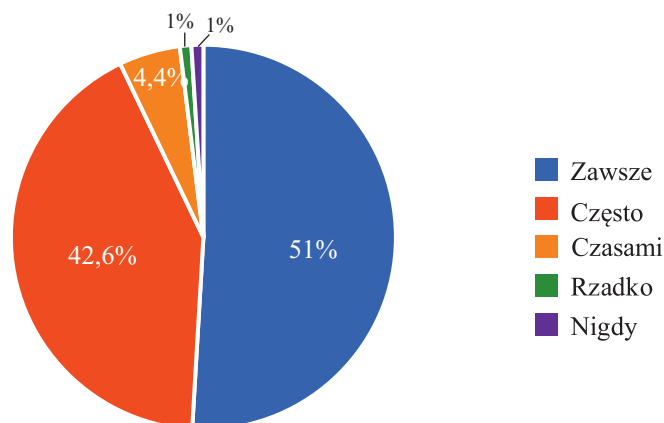
310 odpowiedzi



W grupie 36,1% ankietowanych wydatki związane z leczeniem stanowią od 10 do 20% budżetu domowego. Wydatki rzędu 20-30% budżetu są udziałem 25,5% respondentów, a 30% i więcej to obciążenie 18,7% ankietowanych pacjentów. Tylko 19,7% respondentów przeznaczają na leczenie 10% budżetu domowego.

Czy stosuje się Pan/Pani regularnie do zaleceń lekarza (np. przyjmowanie leków, badania, wizyty, inne)?

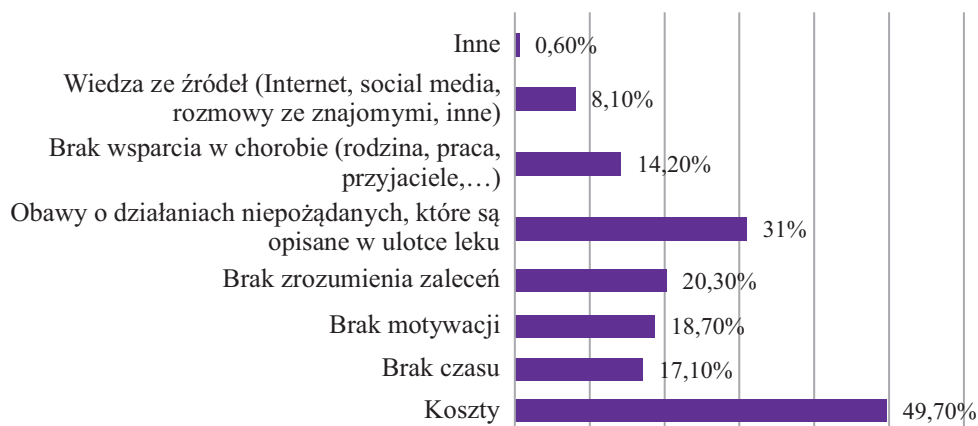
310 odpowiedzi



Nieco ponad połowa ankietowanych (51%) regularnie stosuje się do zaleceń lekarza, 42,6% deklaruje, że robi to często.

Jakie czynniki utrudniają Panu/Pani przestrzeganie zaleceń? (możliwość wielokrotnego wyboru)

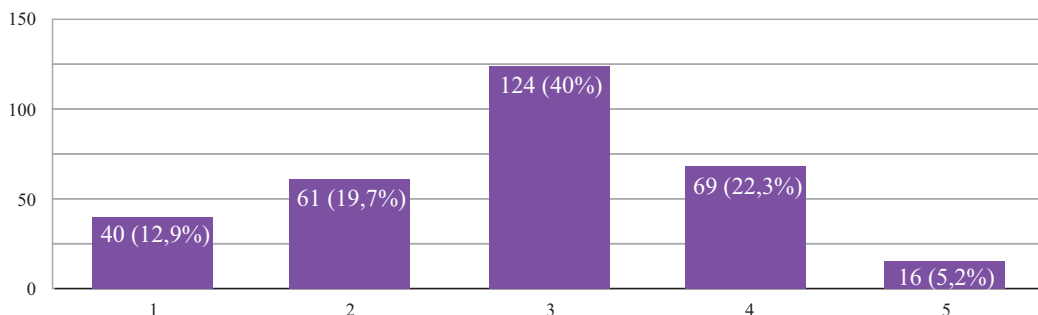
310 odpowiedzi



Wśród najczęstszych czynników utrudniających przestrzeganie zaleceń pacjenci najczęściej wskazywali: koszty (49,7%), obawy o działania niepożądane (31%), niezrozumienie zaleceń lekarza (20,3%), brak czasu i motywacji (odpowiednio 17,1% i 18,7%), brak wsparcia w chorobie (14,2%). Co ciekawe, dla 8,1% ankietowanych informacje dostępne w Internecie (fake newsy, niezetelne informacje) stanowią przeszkodę w przestrzeganiu zaleceń.

Jak ocenia Pan/Pani trudność w utrzymaniu zaleceń terapeutycznych w swoim codziennym życiu (w skali 1-5)?

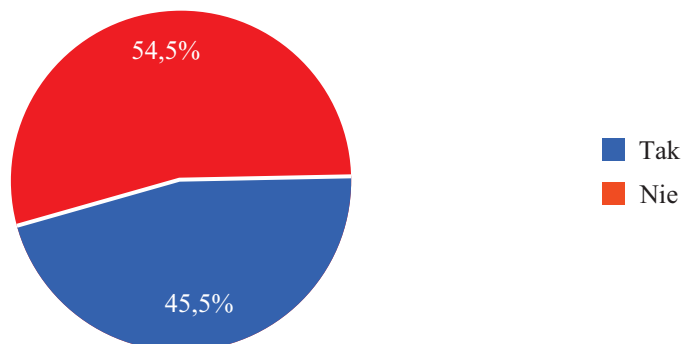
310 odpowiedzi



Utrzymanie zaleceń terapeutycznych jest średnim wyzwaniem dla pacjentów, spośród których 40% ocenia stopień trudności na 3 w skali 1 do 5.

Czy zdarza się Panu/Pani samodzielnie modyfikować dawki leków bez konsultacji z lekarzem?

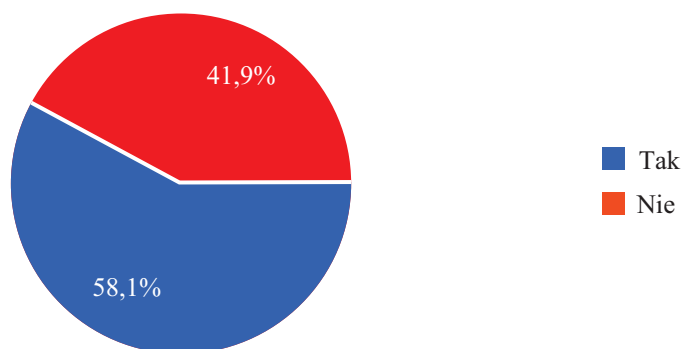
310 odpowiedzi



Prawie połowa ankietowanych (45,5%) przyznaje, że czasem samodzielnie modyfikuje dawki leków bez konsultacji z lekarzem. Jednak ponad połowa (54,5%) respondentów stosuje się wytyczne wskazane przez lekarza.

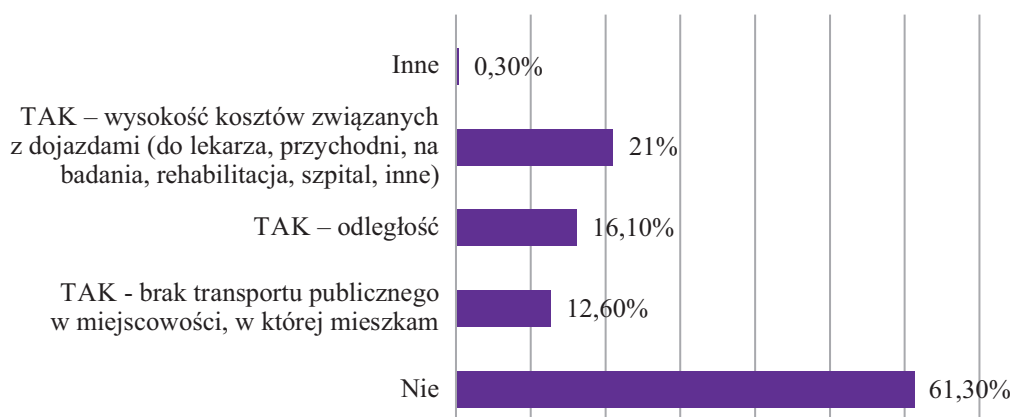
Czy czuje się Pan/Pani wystarczająco poinformowany/-a na temat swojej terapii?

310 odpowiedzi



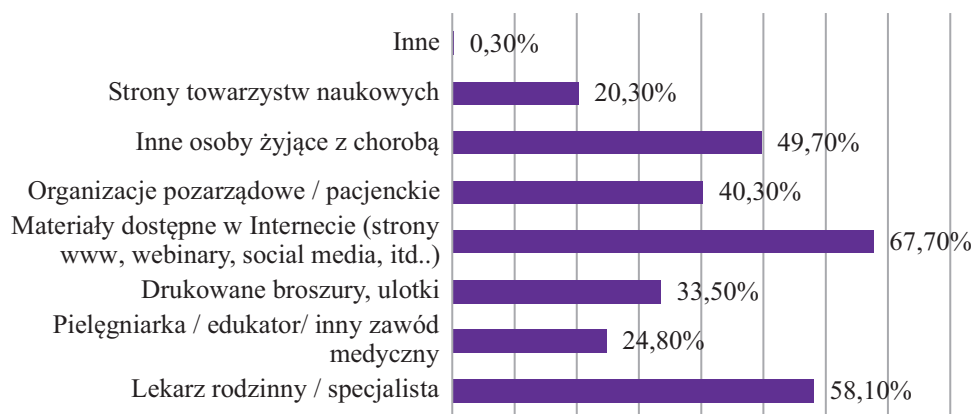
58,1% respondentów potwierdza, że czuje się wystarczająco poinformowany na temat swojej terapii. Jednak 41,9% ankietowanych udzieliło negatywnej odpowiedzi. W tej grupie najczęściej osób pochodzi z województwa dolnośląskiego i mazowieckiego.

Czy doświadcza Pan/ Pani wykluczenia transportowego w związku z chorobą?



61,3% nie doświadcza wykluczenia transportowego, główny problem to koszty dojazdów do lekarza, przychodni, badania, na rehabilitację, czy do szpitala.

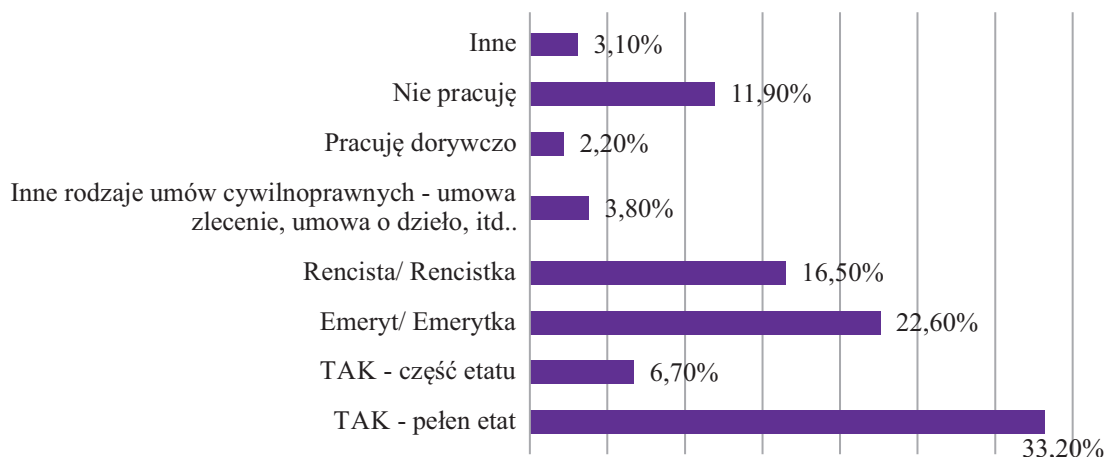
W związku z chorobą skąd czerpie Pan/Pani wiedzę edukacyjną przydatną na temat choroby i jej leczenia? Można zaznaczyć kilka odpowiedzi.



Informacje o swojej chorobie i leczeniu pacjenci czerpią przede wszystkim osobno z Internetu tj. strony www, webinary, social media (67,7%), od lekarza rodzinnego i specjalisty (58,1%), innych osób żyjących z chorobą (49,7%), organizacji pozarządowych (40,3%), z drukowanych materiałów informacyjnych (43,3%), od pielęgniarki lub edukatora (24,8%) oraz ze stron towarzystw naukowych (20,3%).

Czy obecnie Pan/Pani pracuje zawodowo?

310 odpowiedzi



Tylko co trzeci respondent (33,2%) jest aktywny zawodowo, pracując na cały etat.

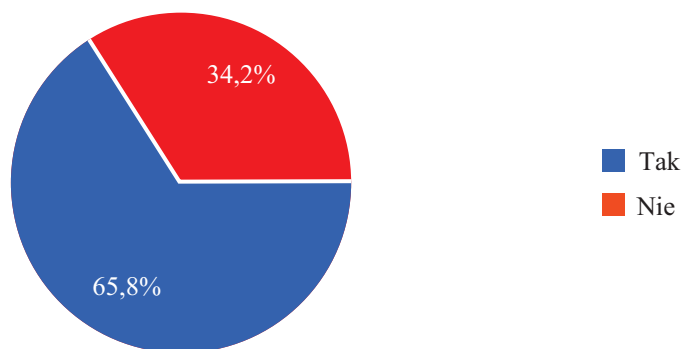
39,1% respondentów przebywa na rencie i emeryturze, a 11,9% ankietowanych w ogóle nie jest aktywnych zawodowo.

Tylko 6,7% ankietowanych pracuje na część etatu.

Czy choroba miała wpływ na Pana/Pani decyzje zawodowe?

Na przykład wybór pracy, zmiana pracy, wcześniejsza emerytura, renta, itd.

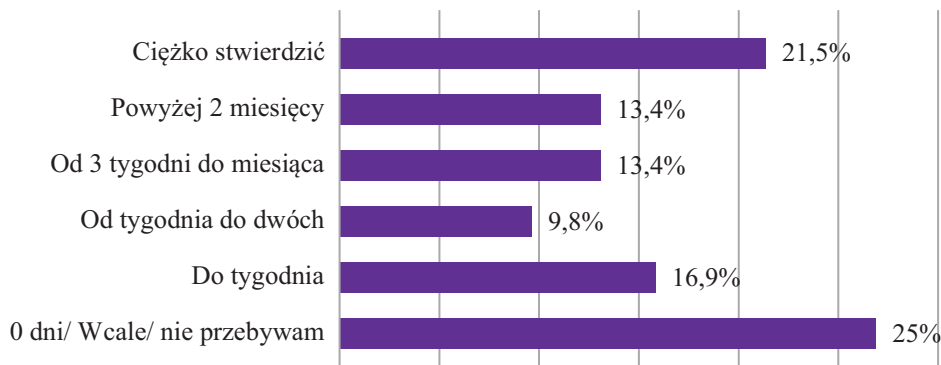
310 odpowiedzi



65,8% respondentów potwierdza, że choroba miała wpływ na wybór pracy, zmianę zawodu, czy przejście na wcześniejszą emeryturę lub rentę.

Jak długo przeciętnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim rocznie z powodu choroby? Prosimy o udzielenie krótkiej odpowiedzi

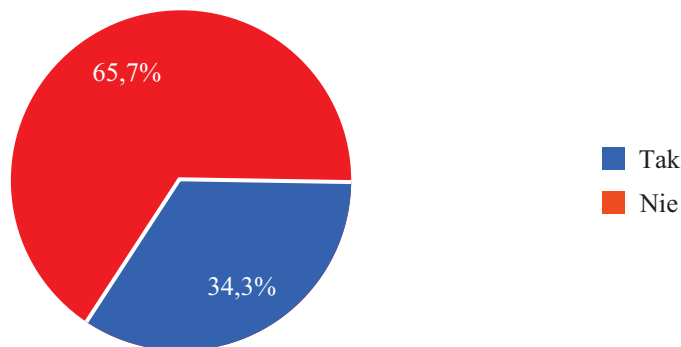
145 odpowiedzi



Aż 25% deklaruje, że w ciągu roku nie korzysta ze zwolnień lekarskich z powodu choroby. Jako główny powód respondenci wskazali strach przed utratą pracy oraz wynikające ze zwolnienia konsekwencje finansowe.

Czy w miejscu pracy spotkał/-a się Pan/Pani z barierami, niezrozumieniem lub dyskryminacją związaną z chorobą?

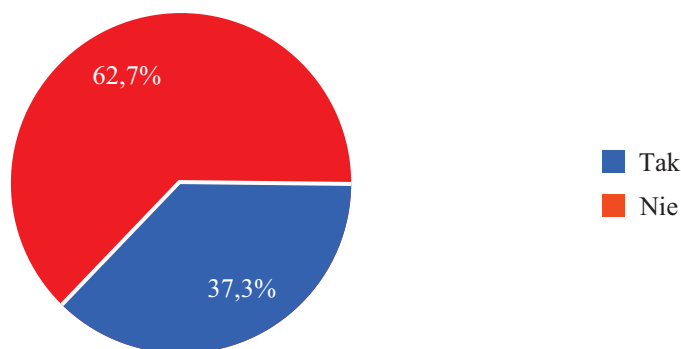
178 odpowiedzi



65,7% ankietowanych deklaruje, że nie spotkało się z dyskryminacją w miejscu pracy. Z kolei 34,3% respondentów potwierdza, że doświadczyło dyskryminacji w miejscu pracy, przy czym najwięcej wskazań odnotowano w województwach: mazowieckie, wielkopolskie, śląskie i pomorskie.

Czy w obecnej pracy ma Pan/Pani możliwość pracy zdalnej, elastycznych godzin pracy ze względu na sytuację zdrowotną?

166 odpowiedzi

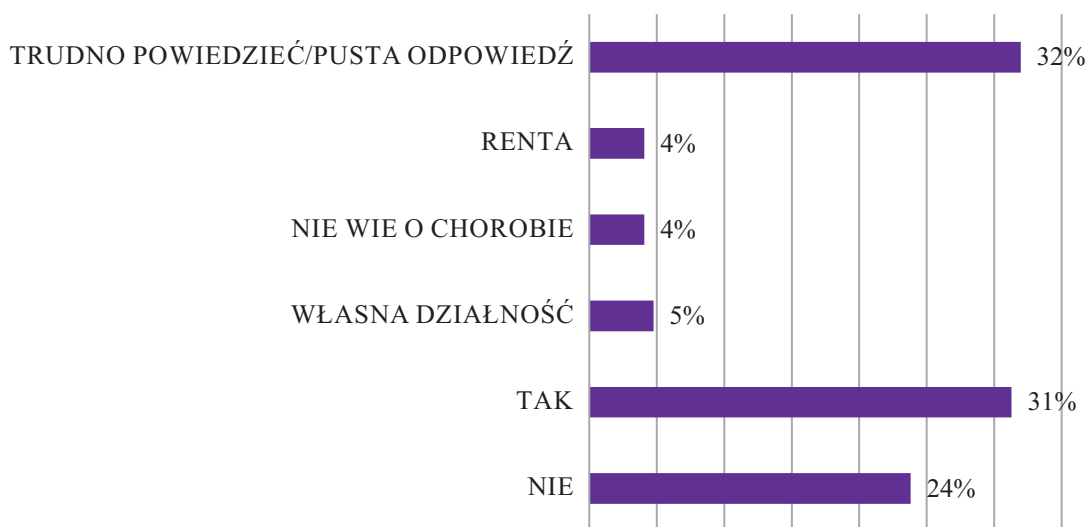


62,7% respondentów w obecnej pracy nie ma możliwości pracy zdalnej ani elastycznych godzin pracy wynikających z ich sytuacji zdrowotnej.

Czy pracodawca wspiera Pana/Pani potrzeby zdrowotne związane z chorobą?

Prosimy o informację TAK/NIE oraz krótką informację, w jaki sposób wspiera/nie wspiera.

147 odpowiedzi



Aż 56% ankietowanych nie otrzymuje wsparcia ze strony pracodawcy w zakresie swoich potrzeb zdrowotnych bądź nie potrafi jednoznacznie ocenić, czy takie wsparcie jest im udzielane – *Jesteśmy tylko numerem, który przynosi zyski z dotacji za zatrudnienie osoby z grupą.*

31% respondentów deklaruje wsparcie ze strony pracodawcy – *Tak, pozwala wychodzić w trakcie pracy na wizyty lekarskie, również otrzymałam ze związków środki pieniężne.*

Pozytywne odpowiedzi wynikają z faktu, że ankietowani mają orzeczoną stopień niepełnosprawności.

Przykładowe odpowiedzi:

„Gdy ostatnio mając grypę poszłam na tydzień na L4, w następnym miesiącu dostałam dużo gorszy grafik – pracujące 3 soboty i popołudniowe zmiany. Gdy się zapytałam, czy to jest kara za to, że byłam chora usłyszałam odpowiedź – Tak”.

„Nie, w celu udania się na wizytę kontrolną muszę brać dzień wolny w pracy”.

„Mam własną działalność, właśnie ze względu na brak zrozumienia poprzednich pracodawców”.

„Zdecydowanie i za to jestem ogromnie wdzięczna, ale wynika to też z tego, że ja po prostu powiedziałam, że jestem chora i swojej choroby nie wykorzystuję w pracy”.

„Tak – wykorzystywanie wolnych dni z puli urlopu wypoczynkowego w razie złego samopoczucia”.

„Nie wie o chorobie, ale nigdy nie ma problemu z wyjściem wcześniej do lekarza, mam dofinansowanie abonamentu medycznego w prywatnej przychodni i możliwość pracy zdalnej w pewnym wymiarze”.

**Dziękujemy wszystkim osobom zaangażowanym
w przygotowanie raportu.**

Projekt został zrealizowany przy wsparciu merytorycznym Związku Pracodawców
Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA



w ramach inicjatywy
Forum Ekspertów ds. Cukrzycy

