

# Pielęgniarstwo diabetologiczne



dr n. o zdr. Dorota Kilańska

Prezes Fundacji Florencia, profesor Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Ekspert ds. Europejskich Ministerstwa Zdrowia



**C**oraz więcej pielęgniarek pełni wiodącą rolę w zarządzaniu chorobami przewlekłymi. W Holandii w POZ po latach eksperymentów przywrócono opiekę środowiskową pielęgniarkom, których efektywność jest zdecydowanie większa niż zespołów wieloprofesjonalnych. W niektórych przypadkach, w wyniku rosnącej liczby osób wymagających opieki dzieje się to automatycznie. W innych sytuacjach strategiczną odpowiedzią na zidentyfikowane potrzeby jest wprowadzenie do praktyki klinicznej pielęgniarek specjalistów i pielęgniarek zaawansowanej praktyki (ANP). W Wielkiej Brytanii pielęgniarki diabetologiczne znajdowały się wśród pierwszych grup pielęgniarek podejmujących dodatkowe działania, obejmujące dodatkowe obowiązki w zakresie zarządzania opieką specjalistyczną.

Międzynarodowe trendy stanowią wyzwanie – WHO ocenia, że ponad 180 mln osób na całym świecie ma cukrzycę. Liczba ta prawdopodobnie ulegnie podwojeniu do 2030 roku. Około 80% zgonów spowodowanych cukrzycą zdarza się w krajach o niskim i średnim dochodzie na mieszkańca. Prawie połowa zgonów wśród diabetyków dotyczy osób poniżej 70. r.ż., a 55% – kobiet. Według Międzynarodowej Federacji Diabetologicznej (IDFa), w 1985 roku na całym świecie było 30 mln osób z cukrzycą. Dziś jest już ich ponad 415 mln (co jedenasta dorosła osoba). Jest to ponad siedmiokrotny wzrost tylko w ciągu ostatnich 20 lat. Do 2040 r. liczba ta wzrośnie do 642 mln (IDFa). „Cukrzyca to główna przyczyna częściowej utraty wzroku i ślepoty u dorosłych w krajach rozwiniętych. Cukrzyca jest przyczyną większości amputacji kończyn, które nie są wynikiem wypadku. U osób z cukrzycą występuje większe

prawdopodobieństwo wystąpienia ataku serca lub udaru. Osoby z cukrzycą częściej są bardziej narażone na ryzyko zapażenia na choroby nerek” (IDFa). Retinopatia cukrzycowa w krajach uprzemysłowionych jest główną przyczyną utraty wzroku u dorosłych w wieku produkcyjnym (20–65 lat). W krajach rozwiniętych zgon u osób z cukrzycą typu 2, głównie z powodu chorób układu krążenia, wystąpi średnio o 5–10 lat wcześniej niż u osób niechorujących na cukrzycę.

Krajowe Centrum Modelowania Analiz Społeczno-Ekonomicznych w Australii przewiduje, że częstość występowania cukrzycy typu 2 podwoi się w następnych 40 latach i dotknie 1,6 mln osób – przez ten czas choroba będzie kosztować 14 mld dolarów australijskich rocznie. Natomiast powikłania obejmują: 270 tys. operacji by-pass, ponad 250 tys. udarów i ponad 750 tys. dolegliwości nerek (C3 Collaborating for Health 2009).

W 2018 roku leczenie cukrzycy wyniosło w Polsce 2 mld zł. Blisko połowę (49%) stanowiły koszty leków stosowanych przy cukrzycy. Kolejne 25% to paski do oznaczania glukozy we krwi.

W 2007 roku wśród 5 krajów o największej liczbie chorych na cukrzycę były: Indie (40,9 mln), Chiny (39,8 mln), Stany Zjednoczone (19,2 mln), Rosja (9,6 mln) i Niemcy (7,4 mln). W tym samym roku wśród 5 krajów z najwyższą zachorowalnością na cukrzycę w populacji dorosłych znajdowały się: Nauru (30,7%), Zjednoczone Emiraty Arabskie (19,5%), Arabia Saudyjska (16,7%), Bahrajn (15,2%) i Kuwejt (14,4%). W 2013 r. największa zachorowalność to Chiny, Indie, USA, Brazylia, Rosja, Meksyk, Indonezja. Do 2025 roku największy wzrost zachorowalności na cukrzycę dotknie krajów rozwijających się. Każdego roku kolejne

7 mln osób zachoruje na cukrzycę. Eksperti Narodowego Funduszu Zdrowia w nowym raporcie „NFZ dla zdrowia — Cukrzyca” podają, że w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób, czyli 9,1% ludności. Wśród nich dominowały osoby powyżej 55 roku życia. (84%). W latach 2013–2018 zachorowalność na cukrzycę wśród dorosłych Polaków wzrosła o 14%.

Cukrzyca w krajach rozwiniętych jest najczęstszą przyczyną niewydolności nerek i generuje ogromne koszty wynikające z konieczności wykonania dializy.

W najbogatszych krajach świata wydatki na leczenie cukrzyki stanowią ponad 80% środków przeznaczanych na ochronę zdrowia. W krajach o średnim i niskim dochodzie, gdzie wkrótce będzie żyć 80% osób z cukrzycą, przeznaczana się mniej niż 20% budżetu na ochronę zdrowia. W samych Stanach Zjednoczonych mieszka ok. 8% populacji świata chorej na cukrzycę. Trzeba też pamiętać, że cukrzyca jeszcze niezdiagnozowana także wymaga nakładów finansowych. Przeznaczanie niewystarczających środków na zapobieganie kosztownym powikłaniom, takim jak: choroby serca, udar, choroby nerek i amputacje, powoduje, że wydatki na opiekę medyczną nad chorymi na cukrzycę są dużo wyższe niż być powinny. Przykładowo, koszty leczenia pacjenta z cukrzycą, z chorobą nerek w ostatnim stadium, są 3–4 razy wyższe niż osoby, która nie ma żadnych powikłań związanych z cukrzycą.

Z uwagi na coraz większą liczbę osób dotkniętych więcej niż jedną chorobą przewlekłą (np. cukrzyca i choroby układu krążenia), choroby przewlekłe przestały być postrzegane jednostkowo i w oderwaniu od siebie. Nakładają one na pacjentów, ich rodziny i system opieki zdrowotnej podobne wymagania np. dotyczące opieki, w związku z czym ogólnie stosowane strategie postępowania mogą być skuteczne dla wszystkich schorzeń przewlekłych. Pacjenci przewlekłe chorzy wymagają wielopłaszczyznowego wsparcia w ich społeczności lokalnej, aby tak długo, jak to możliwe, utrzymać najlepszy możliwy do osiągnięcia stan zdrowia i poziom funkcjonowania. Aby mogli szybko reagować na wszelkie zmiany lub pogorszenie stanu zdrowia, przed rozwinięciem

się stanu ostrego, potrzebują umiejętności w zakresie samoopieki. Aby pacjenci sami potrafili poradzić sobie z problemami w środowisku domowym, opieka musi być planowana, a postępowanie wyprzedzać ich potrzeby zdrowotne.

Modele opieki nad przewlekle chorymi są adaptowane i wykorzystywane w różnych krajach. Pielęgniarki znajdując się w uprzywilejowanej pozycji, ponieważ mogą prowadzić i wspierać je swoimi kompetencjami. Jako przykłady wskazano dwa modele opieki: Model Opieki nad Przewlekle Chorymi (CCM) i schemat Innowacyjny Model Opieki w Chorobach Przewlekłych WHO (ICCC). Istotą ujęcia CCM jest interakcja pomiędzy „poinformowanym, aktywnym pacjentem i przygotowanym, proaktywnym zespołem terapeutycznym”. Oznacza to „zmotywowanego pacjenta posiadającego informacje, umiejętności i poczucie pewności przy podejmowaniu skutecznych decyzji dotyczących jego zdrowia i postępowania zdrowotnego oraz działanie zespołowe na rzecz zapewnienia niezbędnych dla pacjenta informacji, wspomaganie jego decyzji i dostarczania środków celem zapewnienia wysokiej jakości opieki”. Pielęgniarka posługuje się tutaj m.in. narzędziami służącymi do oceny podejmowania decyzji przez pacjenta i ustalania, kto ma największy wpływ na zmianę zachowania.

Schemat Struktury Innowacyjnej Opieki w Stanach Przewlekłych WHO (ICCC) jest oparty na założeniu, że pozytywne rezultaty w przypadku chorób przewlekłych mogą być osiągnięte tylko wtedy, gdy przygotowani, poinformowani i zmotywowani pacjenci i ich rodziny, zespoły opieki medycznej i interesariusze społeczni pracują razem (WHO, 2002). Ramy tej opieki oparte są na następujących podstawowych zasadach:

- podejmowaniu decyzji w oparciu o dowody naukowe,
- zorientowaniu na środowisko lokalne,
- zorientowaniu na profilaktykę,
- zorientowaniu na podnoszenie jakości,
- integracji,
- elastyczności.

Zasadniczym znaczeniem dla obu tych modeli jest skupienie się na informacji oraz motywacji pacjentów, ich rodzin

i społeczności lokalnych, wspieranych przez świadome i poinformowane zespoły kliniczne. Stawia to przed personelem medycznym wyzwania, wymuszając współdziałanie i koordynację pracy z pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem zweryfikowanych naukowo interwencji, np. model zmiany zachowań 5xA, czy wywiad motywujący.

Pielęgniarki odgrywają wiodącą rolę w każdym z zespołów, szczególnie w zakresie: dostarczania informacji i edukacji pacjentów; budowania relacji z pacjentami, opiekunami i społecznościami lokalnymi; zapewnienia ciągłości opieki; wykorzystania technologii do zagwarantowania zapewnienia opieki (ICN 2007); wspomagania przestrzegania długotrwałych terapii oraz promowania praktyki współpracy (ICN 2004).

W Stanach Zjednoczonych model opieki nad przewlekle chorymi został opracowany i wprowadzony w życie przede wszystkim przez lekarzy. I to właśnie lekarz – Thomas Bodenheimer – stwierdza, że „literatura w zakresie opieki zdrowotnej i doświadczenia w podejmowaniu wielu działań na rzecz poprawy opieki nad przewlekle chorymi wskazują, że pielęgniarki, a nie lekarze, są kluczem do wdrażania modelu opieki nad przewlekle chorym w zespole opieki skoncentrowanym na pacjencie. (...) Obserwuje się wiele pozytywnych wyników w opiece planowej, realizowanej przez pielęgniarki opiekujące się chorymi w domu – być może ze względu na lepszą komunikację pielęgniarek z pacjentami. Pielęgniarki wydają się być szczególnie niezbędne w zespołach i są w stanie ustalić, być może bardziej korzystną, od lekarzy, współpracę z pacjentami. Dlatego pielęgniarki powinny być dobrze przygotowane do stawienia czoła wyzwaniu, jakim jest epidemia chorób przewlekłych na świecie” (Bischoff et al. 2009).

W celu profilaktyki i zarządzania chorobą przewlekłą wymagane są od pielęgniarek następujące kompetencje (ICN 2008):

- Kierowanie/umożliwianie klientom/pacjentom dostępu do najlepszego, osiągalnego świadczenia zdrowotnego (Pielęgniarka Dyplomowana).
- Poszanowanie umacniania i przestrzegania praw klienta/pacjenta do informacji, dokonywania wyboru i samodzielnego decydowania o zakresie opieki

pielęgniarskiej i zdrowotnej (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista).

- Przejawianie zawodowej uczciwości i wykazywanie etycznego postępowania w reakcji na marketingowe strategie przemysłu (farmaceutycznego) w sytuacjach przepisywania leków i innych produktów (Pielęgniarka Specjalista, Pielęgniarka Zaawansowanej Praktyki).
  - Działanie jako źródło informacji i wiedzy w zakresie specjalistycznego obszaru praktyki dla klientów/pacjentów pragnących poprawić swój styl życia, zapobiegać chorobom/urazom i radzić sobie ze zmianami w sytuacjach zdrowia, niepełnosprawności i śmierci (Pielęgniarka Dyplomowana).
  - Rozpoznawanie możliwości promowania, zapobiegania chorobom i utrzymania zdrowego stylu życia i udzielanie stosownych wskazówek/informacji jednostkom, rodzinom i społecznościom (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista).
  - Implementacja strategii nauczania/uczenia się odpowiednio do potrzeb i cech osoby lub grupy (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista).
  - Współpraca z pielęgniarkami, innymi profesjonalistami, społecznościami i grupami zainteresowanymi działaniami zmierzającymi do zmniejszenia zachorowalności i promowania zdrowego stylu życia i zdrowego środowiska w kwestiach istotnych w praktyce specjalistycznej (Pielęgniarka Specjalista).
  - Prezentowanie w praktyce punktu widzenia uwzględniającego różnorodne mierniki zdrowia (Pielęgniarka Dyplomowana i Pielęgniarka Specjalista).
  - Współpraca z innymi profesjonalistami w sprawowaniu opieki zdrowotnej w kierunku doskonalenia pielęgniarstwa i innych usług zdrowotnych dostępnych klientom/pacjentom (Pielęgniarka Dyplomowana).
- W Polsce pielęgniarki zajmujące się pacjentami z cukrzycą stanowią bardzo zaangażowaną grupę profesjonalistów, która w pełni samodzielnie realizuje świadczenia edukacyjne. Odpowiedzią na potrzeby systemu winno być podniesienie roli pielęgniarek specjalistek do rekomendowanej przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek „Pielęgniarki Zaawansowanej Praktyki”.