

Przejście chorych na cukrzycę typu 1 spod opieki pediatrycznej pod opiekę internistyczną – problemy, wyzwania, zalecenia

Transition of young adults with type 1 diabetes mellitus from a pediatric to adult diabetes clinic – problems, challenges and recommendations

¹Katarzyna Modrzyńska, ²Agnieszka Szadkowska

¹MKA Lekarska Spółka Partnerska, ²Klinika Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Cukrzyca typu 1 jest chorobą przewlekłą, związaną z ryzykiem wystąpienia ostrych i przewlekłych powikłań. Pacjenci wymagają zatem stałej kontroli w poradni specjalistycznej niezależnie od swojego wieku, a zaprzestanie opieki diabetologicznej skutkuje pogorszeniem wyrównania metabolicznego cukrzycy i wcześniejszym rozwojem jej przewlekłych powikłań. Kiedy dziecko dorasta i osiąga 18 rok życia, musi przejść spod opieki poradni pediatrycznej pod opiekę poradni internistycznej. Jest to bardzo ważny moment w życiu młodego pacjenta. Jeśli proces przejścia zostanie dobrze zaplanowany, może pomóc młodym dorosłym w samodzielnym życiu z cukrzycą. W pracy przedstawiono różnice między opieką pediatryczną i internistyczną oraz czynniki wpływające na wyrównanie cukrzycy w okresie zmiany poradni. Ponadto opisano wdrażane w innych krajach programy ułatwiające młodym osobom z cukrzycą proces transmisji. Zaprezentowano również zalecenia różnych towarzystw naukowych dotyczące przygotowania i organizacji procesu przejścia, aby mógł on przebiegać w sposób optymalny i nie wiązał się z pogorszeniem kontroli metabolicznej cukrzycy.

Skróty: DMT1 – cukrzyca typu 1, HbA1c – hemoglobina glikowana, PTD – Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, ADA – Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne, SEARCH – SEARCH for Diabetes in Youth study, NICE – National Institute for Excellence.

Słowa kluczowe

cukrzyca typu 1, proces przejścia, młody dorosły, wyrównanie cukrzycy

Abstract

Type 1 diabetes is a chronic disease associated with the risk of acute and chronic complications. The patients with type 1 diabetes require constant monitoring in a diabetes outpatient clinic, regardless of their age, and the cessation of diabetes care may result in deterioration of metabolic control and earlier development of chronic complications. When the children grow up and reach 18 years of age, they must transfer from the custody of the pediatric outpatient clinic to the care of adult diabetes center. This is a very important time in the life of a young patient. When the transition is well planned, it can help young adults to live with diabetes independently. The paper presents the differences between pediatric and adult diabetes care and factors influencing diabetes control during transition process. In the article we discuss programs implemented in other countries to help young people with diabetes during transition process. Moreover the paper also demonstrates the recommendations of some scientific societies for the optimal organization of the transition to prevent a deterioration of metabolic control of diabetes.

Abbreviations: DMT1- type 1 diabetes mellitus, HbA1c – glycosylated hemoglobin, PTD – Polish Diabetes Association, ADA – America Diabetes Association, SEARCH – SEARCH for Diabetes in Youth study, NICE – National Institute for Excellence.

Key words

type 1 diabetes, transition of care, young adult, diabetes control

Wstęp

Według zaleceń większości towarzystw naukowych kompleksowe leczenie dziecka chorego na cukrzycę powinno być prowadzone w wyspecjalizowanym pediatrycznym ośrodku diabetologicznym. Wśród populacji wieku rozwojowego ponad 90% pacjentów choruje na cukrzycę typu 1, która obecnie jest jedną z najczęstszych chorób przewlekłych występujących u dzieci, a liczba nowych przypadków stale wzrasta [1–3]. Wśród pacjentów dorosłych dominuje cukrzyca typu 2, a specjalistyczna opieka diabetologiczna jest bardziej rozproszona. Te różnice epidemiologiczne i organizacyjne wpływają na inny rodzaj opieki na pacjentami z cukrzycą typu 1 w poradniach internistycznych w porównaniu do poradni pediatrycznych.

System organizacji opieki zdrowotnej w Polsce przewiduje leczenie pacjentów do 18 roku życia w poradniach pediatrycznych. Dotyczy to także pediatrycznej opieki diabetologicznej. Po ukończeniu 18 roku życia młoda osoba z cukrzycą typu 1 powinna trafić do poradni diabetologicznej dla dorosłych. Okres przechodzenia spod opieki diabetologa pediatry pod opiekę diabetologa internisty jest momentem szczególnym w życiu młodego chorego na cukrzycę typu 1. Naczelną zasadą w przekazaniu pacjenta pod opiekę poradni diabetologicznej dla dorosłych powinno być utrzymanie ciągłości opieki lekarskiej, bez powstawania istotnej przerwy między opuszczeniem poradni pediatrycznej a rozpoczęciem leczenia w poradni internistycznej [4]. Jednak ze względu na różne czynniki socjologiczne, psychologiczne i społeczne proces ten nie zawsze przebiega płynnie. Problem ten dotyczy nie tylko Polski i stanowi wyzwanie dla opieki diabetologicznej. Młodzi ludzie w wieku 18–30 lat, określanym w literaturze jako *emerging adulthood*, zmieniają miejsce zamieszkania, rozpoczynają studia lub pracę zawodową, zaczynają samodzielne życie poza rodzinnym domem i osłabiają swoje emocjonalne więzi z rodzicami. Przyjmują nowe role w dorosłym życiu. W tym czasie następuje także zmiana poradni diabetologicznej z dobrze znanej od wielu lat poradni pediatrycznej – na nowe środowisko, jakim jest opieka diabetologiczna dla dorosłych. Dlatego w procesie przejścia tak bardzo ważna jest troska zarówno o wyrównanie metaboliczne cukrzycy, jak i o odpowiedź na pytania związane z aspektami emocjonalnymi, społecznymi, psychologicznymi samodzielnego dorosłego życia poza miejscem zamieszkania, w nowym środowisku, bez wsparcia rodzinnego domu. Autorzy licznych publikacji w wielu krajach próbowali ustalić, jakie są główne problemy medyczne związane z procesem przejścia i jak można pomóc młodym ludziom z DMT1.

Znaczny odsetek młodych ludzi z cukrzycą typu 1 po ukończeniu 18 r.ż. nie trafia bezpośrednio do internistycznej poradni diabetologicznej (5–7). Stanowi to bardzo istotny problem medyczny, bowiem zaprzestanie opieki diabetologicznej skutkuje pogorszeniem wyrównania metabolicznego, wcześniejszym rozwojem przewlekłych powikłań cukrzycy i przedwczesną umieralnością [8,9]. W ciągu ostatnich kilkunastu lat przeprowadzono wiele badań klinicznych, które miały wyjaśnić przyczyny zaprzestania opieki diabetologicznej oraz pomóc w znalezieniu rozwiązań poprawiających opiekę specjalistyczną nad

tą grupą pacjentów. Wśród prac tych znajduje się przeprowadzone w Kanadzie badanie potwierdzające, że co czwarty pacjent z DMT1 po ukończeniu 18 r.ż. nie trafia do dalszej opieki medycznej [10]. Aż 31% pacjentów z DMT1 przyznaje się do dłuższej niż 6 miesięcy przerwy pomiędzy ostatnią wizytą u pediatry a pierwszą w poradni internistycznej [11]. Natomiast w badaniu przeprowadzonym w Bostonie z udziałem 258 młodych dorosłych z DMT1 wykazano, że 34% badanych zgłosiło dłuższą niż 6 miesięcy przerwę między wizytą u pediatry a wizytą u internisty. Stwierdzono również, że osoby, które w ostatnim roku opieki pediatrycznej miały trzy lub więcej wizyt w poradni, rzadziej zgłaszały 6-miesięczny brak opieki diabetologicznej w poradni dla dorosłych, co może świadczyć o tym, że były lepiej przygotowane do zmiany lekarza [12]. Inni badacze wskazują na większe ryzyko rozwoju i progresji ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycowych u nastolatków i młodych dorosłych z DMT1, którzy sporadycznie zgłaszali się do poradni specjalistycznych [13,14]. Natomiast opublikowane w kwietniu 2013 r. wyniki badania SEARCH, którego celem było opisanie czynników socjodemograficznych i klinicznych wpływających na złe wyrównanie cukrzycy u młodych chorych na cukrzycę w okresie zamiany opieki pediatrycznej na system opieki dla dorosłych, wskazują na 2,5-krotny wzrost ryzyka pogorszenia kontroli metabolicznej cukrzycy w kohorcie młodych dorosłych z DMT1 (n=185), którzy opuścili opiekę pediatryczną, w porównaniu z pozostającymi pod opieką poradni pediatrycznych [15].

Optymistyczne informacje zostały opublikowane w badaniu brytyjskim, w którym wykazano, że młodzi dorośli z DMT1, którzy mieli możliwość poznania lekarzy z nowych poradni przed zakończeniem opieki w poradniach pediatrycznych, częściej zgłaszali się do nowych poradni niż pozostali pacjenci (63%–71% vs 29–57%) [16].

Busse i wsp. wykazali, że zmiana poradni wiąże się z istotnym zmniejszeniem liczby wizyt młodych pacjentów (8,5 +/- 2,3 wizyty/rok w ostatnim roku przed tranzycją do 6,7 +/- 3, 2 wizyt w pierwszym roku po tranzycji) [17]. Podobne wnioski zaprezentowali skandynawscy badacze w pracy opublikowanej w 2008 r., stwierdzając zmniejszenie liczby wizyt młodych pacjentów z DMT1 z 3,6 +/- 1 w ciągu roku w poradniach pediatrycznych do 2,7 +/- 1 /rok w opiece dla dorosłych. Wykazali ponadto, że mniej niż 10% pacjentów miało stężenie HbA1c w zalecanych granicach. Autorzy zwrócili także uwagę na zwiększenie odsetka występowania retinopatii cukrzycowej w badanej grupie pacjentów z 5% do 29% (obserwacja 5-letnia między 18 a 24 r.ż.) [18].

Nakhla i wsp. przedstawili w 2009 r. informacje na temat liczby hospitalizacji wśród młodych osób z DMT1, dowodzące, że proces przejścia młodych pacjentów spod opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych wiązał się ze wzrostem liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy z 7,6 do 9,5/100 pacjentów/rok (p=0,03) w drugim roku po zmianie systemu opieki. Na podstawie danych dotyczących kohorty 1507 pacjentów z DMT1 badacze wykazali, że pacjenci, którzy nie zmienili lekarza prowadzącego cukrzycę po 18 r.ż., rzadziej wymagali hospitalizacji z powodu cukrzycy niż pozostali pacjenci [19].

Należy zatem zadać pytania, dlaczego proces przejścia nie odbywa się płynnie, dlaczego rośnie liczba hospitalizacji młodych dorosłych z cukrzycą typu 1, dlaczego rzadziej odwiedzają oni poradnie internistyczne i gorzej kontrolują swoją chorobę. Młodzi dorośli z DMT1 zwracają uwagę na liczne różnice pomiędzy poradnią dziecięcą a opieką internistyczną, spośród których wymieniają: bardziej formalne i mniej przyjazne środowisko w poradniach dla dorosłych, mniejsze zaangażowanie rodziców w ich chorobę, zwiększenie własnej odpowiedzialności za swoje leczenie oraz skoncentrowanie działań terapeutycznych na prewencji powikłań cukrzycowych [20]. Badania ankietowe prowadzone wśród młodych dorosłych wykazały, że w poradni internistycznej bardzo wysoko ocenili oni jasno określony przez lekarza cel terapeutyczny. Natomiast w poradni pediatrycznej ankietowani najbardziej docenili łatwiejszy dostęp do lekarza w pilnych przypadkach [12].

Wyniki badań wskazują na istnienie wielu czynników, które wpływają na przebieg procesu omawianego przejścia. Można do nich zaliczyć czynniki związane z samą chorobą: czas trwania cukrzycy, wyrównanie metaboliczne cukrzycy, umiejętność samodzielnego zarządzania swoją chorobą – prowadzenie samokontroli, stosowanie insulinoterapii. Istotny jest też wiek młodej osoby zmieniającej poradnię, właściwe przygotowanie do procesu przejścia oraz opieka wielospecjalistycznego zespołu terapeutycznego przed, w trakcie i po zamianie lekarza prowadzącego cukrzycę. Wsparcie rodziny, czynniki psychospołeczne, kontynuowanie nauki, wybór zawodu i rozpoczęcie pracy także mają ogromne znaczenie dla przebiegu procesu tranzycji. Kryteria sukcesu zadowalającego procesu przejścia definiuje się w oparciu o wyrównanie metaboliczne cukrzycy – poziom HbA1c, obecność lub brak ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy oraz ocenę jakości życia młodych osób z DMT1.

Programy przekazywania pacjentów spod opieki pediatrycznej pod opiekę internistyczną

Prezentowany w licznych badaniach obserwacyjnych problem związany ze zmianą opieki po ukończeniu 18 r.ż. wskazał na konieczność stworzenia programów, które byłyby pomocą dla młodych dorosłych z DMT1. Miały pomóc im szybciej zrealizować pierwszą wizytę w poradni dla dorosłych, ułatwić osiągnięcie docelowego niższego poziomu HbA1c, kontynuację leczenia cukrzycy przez wiele lat, a także uchronić ich przed ostrymi i przewlekłymi powikłaniami cukrzycy.

W Kanadzie opracowano projekt „Maestro” koordynujący przejście młodych pacjentów w wieku 18–25 lat z opieki pediatrycznej do opieki internistycznej. Celem programu było ułatwienie i zaplanowanie dostępu do opieki dla dorosłych poprzez stworzenie strony internetowej, organizację spotkań grupowych i edukacyjnych oraz redakcję specjalnie dedykowanego im pisma. Badanie przeprowadzone przez Van Walleghe oceniało 2 grupy pacjentów: pierwszą, młodszą, która uczestniczyła w programie od momentu przejścia spod opieki

pediatrycznej, oraz drugą, starszą – objętą tym programem w czasie od 1 do 7 lat po zmianie poradni diabetologicznej. 40% pacjentów z grupy drugiej przestało korzystać z opieki poradni internistycznych przed włączeniem ich do projektu „Maestro”. Dla porównania takich pacjentów było tylko 11% w grupie pierwszej, która od początku brała udział w projekcie. Rezultatem wdrożenia projektu „Maestro” była znaczna poprawa w korzystaniu z opieki dla dorosłych w grupie młodszych pacjentów (częstsze wizyty) oraz powrót pacjentów ze starszej grupy wiekowej do korzystania z wizyt lekarskich i edukacyjnych w poradniach internistycznych [21].

Badanie prowadzone we Włoszech przez Cadario retrospektywnie oceniało proces przejścia młodych osób z DMT1 w 2 kohortach w latach 1994–2004. Grupa A otrzymała list medyczny z historią choroby, z przypomnieniem konieczności wizyty w poradni internistycznej. Grupa B uczestniczyła w specjalnym programie obejmującym ostatni rok opieki w poradni pediatrycznej, z uwzględnieniem jej oczekiwań w ramach procesu zmiany poradni diabetologicznej. Pacjenci z grupy B otrzymali indywidualne wsparcie, osobistego koordynatora procesu oraz możliwość powrotu do opieki pediatrycznej w przypadku niezadowolenia ze zmiany lekarza prowadzącego cukrzycę. Ostatnia wizyta w poradni pediatrycznej odbywała się w obecności lekarza-internisty, który miał się dalej opiekować młodym pacjentem z DMT1, a pierwsza wizyta w poradni internistycznej odbywała się w obecności pediatry leczącego wcześniej chorego. Wyniki tego badania pokazały, że 100% pacjentów z grupy B w pierwszym oraz trzecim roku po zmianie poradni pozostawało pod opieką poradni internistycznej, a w grupie tej zaobserwowano istotną statystycznie redukcję poziomu HbA1c w porównaniu z wartościami obserwowanymi w ostatnim roku opieki pediatrycznej ($p < 0,01$). Natomiast w grupie A poziom HbA1c nie uległ zmianie. Zatem w pierwszym roku po procesie przejścia zaobserwowano istotnie statystycznie niższe wartości HbA1c w grupie B w porównaniu z wartościami HbA1c w grupie A ($p < 0,05$) [22].

Opublikowano również wyniki kilku badań interwencyjnych. W Australii w 2007 r. Holmes-Walker i wsp. przedstawili wyniki 5-letniej obserwacji efektów wdrożenia programu specjalnie opracowanego dla osób z DMT1 w wieku 15–25 lat [13]. W ramach programu stworzono stanowisko koordynatora procesu tranzycji, który m.in. umawiał kolejne wizyty lekarskie co trzy miesiące i kontaktował się z pacjentami przed każdą wizytą. Pacjenci uczestniczący w programie mogli mieć kontakt z zespołem terapeutycznym w razie potrzeby telefonicznie, poza godzinami pracy placówek medycznych. U osób uczestniczących w programie wykazano istotnie statystyczne obniżenie poziomu HbA1c ($p < 0,001$) oraz mniej hospitalizacji z powodu cukrzycowej kwasicy ketonowej. Autorzy uważają, że jeśli właściwie wspomaga się młodych dorosłych w korzystaniu z opieki w poradniach internistycznych, to obserwuje się poprawę kontroli metabolicznej cukrzycy, a zmniejszona dzięki temu liczba hospitalizacji pozwala na redukcję kosztów leczenia. Zaoszczędzone w ten sposób środki można przeznaczyć na stworzenie programu i funkcji koordynatora procesu tranzycji. W 2008 r. opublikowano wyniki programu interwencyjnego

opracowanego przez Logana i wsp. w Wielkiej Brytanii [23]. W ramach tego programu stworzono poradnię tranzycyjną, w której pacjentów pediatrycznych w ostatnim roku opieki dla dzieci wspólnie przyjmowali lekarz pediatra i lekarz internista. Pacjenci raz w roku uczestniczyli w zebraniu grupy fokusowej, w trakcie którego próbowano ustalić, jakie najkorzystniejsze rozwiązania powinna proponować im poradnia tranzycyjna. Pacjenci mogli także wybierać spośród osób będących w zespole terapeutycznym te, u których chcieliby odbyć dwie z trzech zaplanowanych rocznie wizyt – u lekarza diabetologa, pielęgniarki diabetologicznej, dietetyka czy psychologa klinicznego. W ciągu trzech lat zaobserwowano, że 84% pacjentów korzysta z opieki poradni dla młodych dorosłych z DMT1. Ponadto stwierdzono istotną statystycznie redukcję odsetka HbA1c (z 9,7% do 9,0%, $p=0,008$) między pierwszą a trzecią wizytą pacjentów w poradni tranzycyjnej.

W 2011 r. Crowley i wsp. [24] opublikowali przegląd systematyczny, którym objęto wyniki 10 badań na temat procesu przejścia spod opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych młodych dorosłych z chorobami przewlekłymi, z czego 8 badań dotyczyło cukrzycy. Badania miały charakter interwencyjny z oceną towarzyszących zdarzeń dodatkowych w trakcie obserwacji. Interwencje obejmowały edukację pacjentów pod opieką koordynatorów procesów przejścia albo z zaangażowaniem wspólnych pediatryczno-internistycznych zespołów, stworzenie specjalnych przychodni tylko dla młodych pacjentów albo porady telefoniczne poza godzinami pracy placówek medycznych. W sześciu na osiem badań wykazano poprawę w zakresie wyrównania metabolicznego cukrzycy lub występowania powikłań cukrzycy.

Prezentowane wyniki badań interwencyjnych pokazują, że proces przejścia młodych osób z opieki pediatrycznej do opieki dla dorosłych, zaplanowany i kontrolowany w trakcie jego przebiegu, może pomóc młodym dorosłym w samodzielnym życiu z cukrzycą.

Udział pacjentów w organizacji procesu przejścia młodych dorosłych spod diabetologicznej opieki pediatrycznej do opieki internistycznej

W 2009 r. opublikowano wyniki badań ankietowych dotyczących przebiegu procesu tranzycji, przeprowadzonych w 36 krajach [25]. Dane te wskazują, że obecnie proces tranzycji daleki jest od oczekiwań młodych dorosłych i wymaga poprawy. Wyniki potwierdzają, że proces przejścia winien rozpoczynać się wcześniej, a opracowane strategie powinny w sposób płynny wprowadzać młodych dorosłych w odpowiednio dla nich przygotowaną opiekę internistyczną. Uczestnicy badania zaproponowali wiele rozwiązań, które mogą pomóc w osiągnięciu tego celu: stworzenie w każdym centrum pediatrycznym wielospecjalistycznego zespołu zajmującego się omawianym przejściem, wypracowanie w młodej osobie z DMT1 poczucia osobistej odpowiedzialności za postępowanie ze swoją chorobą oraz planowanie własnego dorosłego samodzielnego

życia bez powikłań cukrzycowych. Celem zmniejszenia ryzyka rozwoju i progresji powikłań cukrzycy bardzo istotne jest także monitorowanie tego procesu [26–28].

W lutym 2014 r. opublikowano wyniki badania Hilliard i wsp., przeprowadzonego w celu zidentyfikowania potrzeb i oczekiwań oraz zebrania doświadczeń młodych osób z DMT1 i ich rodziców w okresie przed procesem przejścia i po nim [29]. W badaniu tym uczestniczyły dwie grupy pacjentów: grupa 1 – przed procesem przejścia, pacjenci w wieku 15–17 lat, określona jako „Oczekiwanie wobec procesu tranzycji”, i grupa 2 – młodzi dorośli w wieku 18–22 lat, określani jako „Grupa potranzycyjna”. Uczestnicy badania odpowiadali na pytania zawarte w specjalnie opracowanych kwestionariuszach. Obie grupy zwróciły uwagę na rolę koordynacji procesu przejścia pomiędzy opieką dla dzieci i dla dorosłych oraz zgłosiły potrzebę zorganizowania logistycznej pomocy w dotarciu do specjalistycznych ośrodków internistycznych. Idealnym rozwiązaniem w pierwszym etapie procesu tranzycji byłoby stworzenie specjalnych poradni przeznaczonych dla młodych dorosłych z DMT1. Opieka w poradniach przejściowych pozwoliłaby na doskonalenie umiejętności samodzielnego prowadzenia cukrzycy przez młodego pacjenta i na zdobycie własnych doświadczeń w dorosłym życiu z cukrzycą. Po pozytywnym zakończeniu tego etapu powinno nastąpić przejście do poradni internistycznej dla dorosłych.

Zalecenia towarzystw naukowych dotyczące procesu przejścia

Różne towarzystwa naukowe opracowały własne zalecenia dotyczące postępowania w procesie przejścia. W 2011 r. opublikowano stanowisko Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego [6]. Autorzy przedstawiają w nim różnice pomiędzy opieką pediatryczną i opieką dla dorosłych. W opiece pediatrycznej podkreślają zaangażowanie rodziców oraz wpływ cukrzycy u dziecka na życie całej rodziny. W opiece internistycznej zwracają uwagę na oczekiwanie ze strony lekarza podejmowania przez młodego pacjenta odpowiedzialności za własne decyzje oraz na fakt, że wizyty w poradni są krótsze niż u pediatrów i bardziej skoncentrowane na problemach medycznych. Respondenci badań ankietowych wśród czynników wpływających na kontynuację opieki medycznej wybierają czas jako istotny warunek sukcesu procesu przejścia. Dlatego ważne jest, by zorganizować specjalne poradnie dla osób z DMT1 w wieku do 30 lat. Alternatywą mogłyby być poradnie diabetologiczne dla dorosłych przyjmujące młodych z DMT1 w godzinach popołudniowych, najlepiej w wyznaczonym specjalnie dla nich czasie. Autorzy zwracają uwagę na odpowiednie przygotowanie przez ośrodki pediatryczne dokumentacji medycznej na temat przebiegu cukrzycy pacjenta. Dokumentacja ta byłaby przekazywana przejmującemu go lekarzowi w opiece internistycznej [11,17,21,30].

Niektóre zalecenia Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego, opublikowane w 2011 r., przedstawiają się następująco:

- pediatry powinni zacząć przygotowanie swoich pacjentów i ich rodzin do procesu przejścia co najmniej rok przed planowanym zakończeniem opieki pediatrycznej;

- przygotowanie powinno obejmować naukę samodzielnego postępowania w cukrzycy oraz stopniowe przenoszenie odpowiedzialności za podejmowanie decyzji z rodziców na dorastającego młodego człowieka;

- młody człowiek powinien być poinformowany o różnicach między poradniami pediatrycznymi a poradniami internistycznymi;

- pediatra powinien przygotować dokumentację medyczną na temat przebiegu leczenia cukrzycy;

- pediatry i internści powinni wspólnie pomagać młodym dorosłym w definiowaniu i rozwiązywaniu problemów prowadzących do pogorszenia wyrównania metabolicznego cukrzycy;

- opieka medyczna powinna być zindywidualizowana, właściwie zaplanowana i realizowana szczególnie w zakresie samodzielnego postępowania w cukrzycy, odpowiedzialnego stosowania leków obniżających glikemię w celu uniknięcia ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycowych;

- w poradniach internistycznych należy stale monitorować ryzyko wystąpienia i progresji powikłań mikro- i makronaczyniowych cukrzycy poprzez prowadzenie odpowiednich badań;

- ocena występowania powikłań makronaczyniowych cukrzycy powinna rozpocząć się już w poradniach pediatrycznych poprzez kontrolę ciśnienia tętniczego, badanie profilu lipidowego oraz kontrolowanie masy ciała. Leczenie nadciśnienia tętniczego i zaburzeń lipidowych powinno być prowadzone zgodnie z zaleceniami pediatrycznymi i internistycznymi [6].

W 2004 r. w Wielkiej Brytanii zostały opracowane przez National Institute for Clinical Excellence (NICE) zalecenia dotyczące diagnostyki i terapii cukrzycy typu 1 u dzieci, młodzieży oraz dorosłych, w których również zaprezentowano rekomendacje dla procesu przejścia pacjentów spod opieki pediatrycznej do poradni dla dorosłych. NICE zwraca w nich uwagę na potrzebę odbycia 3–4 wizyt pacjenta w poradni w ciągu roku celem dobrej kontroli metabolicznej cukrzycy. Zaleca także lokalne opracowanie protokołów przekazania pacjenta z DMT1 pomiędzy poradniami dla dzieci i dla dorosłych. NICE podkreśla, że wiek i moment przejścia do opieki internistycznej powinny być ustalane indywidualnie dla każdego pacjenta zależnie od jego rozwoju, dojrzałości emocjonalnej oraz lokalnych warunków. Tranzycja powinna być skoordynowana z innymi zmianami, które dokonują się w życiu młodej osoby i przebiegać najlepiej w okresie stabilnego wyrównania metabolicznego cukrzycy. NICE zwraca także uwagę, że zespoły pediatryczne wraz ze specjalistami w dziedzinie interny wspólnie powinny tworzyć przychodnie dla młodych dorosłych z DMT1. Lekarze pediatry powinni również uprzedzić swoich pacjentów o odmiennościach opieki internistycznej, szczególnie w zakresie ustalania docelowego wyrównania metabolicznego cukrzycy oraz prowadzenia badań screeningowych w kierunku powikłań cukrzycowych [31]. W Wielkiej Brytanii pacjentowi opuszczającemu poradnię pediatryczną proponowane są różne warianty leczenia. Młoda osoba z DMT1 może kontynuować opiekę medycz-

ną w przychodni lub szpitalu dla dorosłych albo w placówce, w której przyjmują i pediatra, i internista. Może także leczyć się w przychodni młodzieżowej w tym samym ośrodku pediatrycznym. Zostały także opracowane programy edukacyjne, np. warsztaty dla młodzieży przygotowujące do procesu przejścia. Stworzono stanowisko koordynatora procesu tranzycji, który planuje wizyty w poradni dla dorosłych i monitoruje zgłaszanie się pacjentów na umówione spotkania. Działają również poradnie rodzinne dla pacjentów w każdym wieku, w których nie ma konieczności zmiany lekarza [9].

W zaleceniach dotyczących postępowania w cukrzycy typu 1 u dzieci i młodzieży, opracowanych w Australii przez Australian Diabetes Society w 2009 r., pojawił się rozdział dotyczący właściwego przekazania nastolatka do opieki dla dorosłych [32]. Autorzy wymieniają kluczowe elementy osiągnięcia sukcesu w tym procesie, m. in. elastyczny i indywidualnie ustalony dla konkretnego pacjenta czas przekazania, zapewnienie dalszej dostosowanej do potrzeb młodych ludzi opieki w poradni internistycznej (np. specjalnie wydzielone poradnie pracujące także w godzinach popołudniowych i wieczornych), przydzielenie każdej osobie opuszczającej opiekę pediatryczną „managera tranzycji”, okres przygotowania przed zmianą lekarza, koordynację procesu przejścia, możliwość wyboru lekarza w poradni internistycznej, zapewnienie konsultacji specjalistycznych z zakresu innych dziedzin, opiekę psychologiczną oraz przygotowanie dokumentacji medycznej. Ważne jest również utrzymanie kontaktu z młodą osobą z DMT1 już po opuszczeniu poradni pediatrycznej do czasu upewnienia się, że systematycznie korzysta ona z opieki w poradni dla dorosłych.

W roku 2013 Polskie Towarzystwo Diabetologiczne w swoich *Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę* po raz pierwszy zamieściło Aneks nr 1 przedstawiający Zalecenia dotyczące przekazywania chorego na cukrzycę typu 1 *spod opieki pediatrycznej pod opiekę internistyczną* [4]. W aneksie tym zwrócono uwagę na konieczność utrzymania ciągłości opieki lekarskiej bez powstawania istotnej przerwy między opuszczeniem poradni pediatrycznej a rozpoczęciem leczenia w poradni internistycznej. Opracowano szczegółowe zalecenia dla pediatrów i internistów przekazujących sobie młodych pacjentów z DMT1. Autorzy zalecają, aby moment przekazania opieki nad chorym na cukrzycę z poradni pediatrycznej do poradni diabetologicznej dla dorosłych był ustalany indywidualnie, tak aby proces ten nie zakłócał przebiegu terapii, w zależności od rozwoju emocjonalnego pacjenta, jego sytuacji rodzinnej i edukacyjnej oraz innych uwarunkowań. Proces przygotowywania pacjenta przez lekarza pediatrę do przejścia pod opiekę internistyczną powinien trwać przez co najmniej rok. Na ostatniej wizycie w poradni pediatrycznej, odbywającej się nie później niż sześć miesięcy przed przekazaniem opieki, pacjent powinien być kierowany na wizytę w diabetologicznej poradni internistycznej po ustaleniu terminu wizyty w konkretnej poradni dla dorosłych, najlepiej po wcześniejszym porozumieniu się z tą placówką, a nawet z konkretnym lekarzem. W zaleceniach przedstawiono również wzór Karty Informacyjnej Opieki Pediatrycznej, zawierającej wszelkie istotne informacje dotyczące przebiegu leczenia cu-

krzycy w placówce pediatrycznej. Taka karta opieki powinna być przygotowana dla każdego pacjenta i przekazywana mu na koniec leczenia w poradni dla dzieci. Pacjent powinien zostać objęty opieką internistyczną najpóźniej sześć miesięcy po zakończeniu opieki pediatrycznej. Autorzy zaleceń rekomendują tworzenie regionalnych sieci współpracujących poradni pediatrycznych i internistycznych, między którymi ustalano by zasady stałego kontaktu i przekazywania pacjentów. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne zamieściło taki aneks również w *Zaleceniach klinicznych dotyczących postępowania u chorych na cukrzycę*, opracowanych na rok 2014 [33].

Podsumowanie

Satysfakcjonujący proces przejścia to nie tylko identyfikacja potrzeb w zakresie edukacji i doskonalenia samej opieki

medycznej, ale także określenie zadań oraz problemów psychologicznych, emocjonalnych i społecznych młodych dorosłych z DMT1 jak też pomocy w ich rozwiązaniu. Jest to bardzo ważny moment w życiu osoby z DMT1, ponieważ skutkiem zaprzestania opieki diabetologicznej jest pogorszenie wyrównania metabolicznego i wcześniejszy rozwój przewlekłych powikłań cukrzycy. Zadowalający proces tranzycji jest definiowany na podstawie osiągnięcia docelowych wartości HbA1c, obecności lub braku ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycowych i oceny jakości życia młodych osób z DMT1. Wyniki badań interwencyjnych świadczą o tym, że właściwie prowadzona pomoc dla młodych dorosłych w korzystaniu z opieki poradni internistycznych wpływa na poprawę kontroli metabolicznej, zmniejsza liczbę hospitalizacji i uczy samodzielnego życia z cukrzycą. Towarzystwa naukowe zwracają uwagę, aby – jeśli to możliwe – proces przejścia odbywał się w okresie stabilnego wyrównania cukrzycy.

Piśmiennictwo

1. Patterson CC, Dahlquist GG, Gyurus E et al. *Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989–2003 and predicted new cases 2005–20: a multicentre prospective registration study*. *Lancet*. 2009;373: 2027-2033.
2. Mayer-Davis E, Dabelea D, Talton JW et al. *Increase in prevalence of type 1 diabetes from the SEARCH for Diabetes in Youth study: 2001 to 2009* [Abstract]. *Diabetes*. 2012;6: A322.
3. Jarosz-Chobot P, Polanska J, Szadkowska A et al. *Rapid increase in the incidence of type 1 diabetes in Polish children from 1989 to 2004, and predictions for 2010 to 2025*. *Diabetologia*. 2011;54: 508-515.
4. *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2013*. *Diabetologia Kliniczna*. 2013; 2, supl. A: A 53.
5. Weissberg-Benchell J, Wolpert H, Anderson BJ. *Transitioning from pediatric to adult care: a new approach to the postadolescent young person with type 1 diabetes*. *Diabetes Care*. 2007;30: 2441-2446.
6. Peters A, Laffel L. *The American Diabetes Association Transitions Working Group. Diabetes care for emerging adults: recommendations for transition from pediatric to adult diabetes care systems*. *Diabetes Care*. 2011;34: 2477-2485.
7. Hanna KM. *A framework for the youth with type 1 diabetes during the emerging adulthood transition*. *Nurs Outlook*. 2012. doi:10.1016/j.outlook.2011.10.005.
8. Bryden KS, Dunger DB, Mayou RA et al. *Poor prognosis of young adults with type 1 diabetes: a longitudinal study*. *Diabetes Care*. 2003;26: 1052-1057.
9. Wills CJ, Scott A, Swift PG et al. *Retrospective review of care and outcomes in young adults with type 1 diabetes*. *BMJ*. 2003;327: 260-261.
10. Frank M. *Factors associated with non-compliance with a medical follow-up regimen after discharge from a pediatric diabetes clinic*. *Can J Diabetes*. 1996;20: 13-20.
11. Pacaud D, Yale JF, Stephure D et al. *Problems in transition from pediatric care to adult care for individuals with diabetes*. *Can J Diabetes*. 2005;40: 29-35.
12. Garvey KC, Wolpert HA, Rhodes ET et al. *Health care transition in patients with type 1 diabetes: young adult experiences and relationship to glycemic control*. *Diabetes Care*. 2012;35(8): 1716-1722.
13. Holmes-Walker DJ, Llewellyn AC, Farell K. *A transition care programme which improves diabetes control and reduces hospital admission rates in young adults with type 1 diabetes aged 15–25 years*. *Diabet Med*. 2007;24: 764-769.
14. Mainous III AG, Koopman RJ, Gill JM et al. *Relationship between continuity of care and diabetes control: evidence from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*. *Am J Public Health*. 2004;94: 66-70.
15. Lotstein D, Seid M, Klingensmith G et al. *Transition From Pediatric to Adult Care for Youth Diagnosed With Type 1 Diabetes in Adolescence*. *Pediatrics*. 2013;131:e1062; originally published online March 25, 2013.
16. Kipps S, Bahu T, Ong K et al. *Current methods of transfer of young people with Type 1 diabetes to adult services*. *Diabet Med*. 2002;19: 649-654.
17. Busse FP, Hiermann P, Galler A et al. *Evaluation of patients' opinion and metabolic control after transfer of young adults with type 1 diabetes from a pediatric diabetes clinic to adult care*. *Horm Res*. 2007;67: 132-138.
18. Sparud-Lundin C, Ohn I, Danielson E et al. *Glycaemic control and diabetes care utilization in young adults with type 1 diabetes*. *Diabet Med*. 2008;25: 968-973.
19. Nakhla M, Daneman D, To T et al. *Transition to adult care for youths with diabetes mellitus: findings from a Universal Health Care System*. *Pediatrics*. 2009;124: e1134-1141.

20. Visentin K, Koch T, Kralik D. *Adolescents with type 1 diabetes: transition between diabetes services*. J Clin Nurs. 2006;15: 761-769.
21. Van Wallegghem N, Macdonald CA, Dean HJ. *Evaluation of a systems navigator model for transition from pediatric to adult care for young adults with type 1 diabetes*. Diabetes Care. 2008;31: 1529-1530.
22. Cadario F, Prodam F, Bellone S et al. *Transition process of patients with type 1 diabetes (T1DM) from pediatric to the adult health care service: a hospital-based approach*. Clin Endocrinol. 2009;71: 346-350.
23. Logan J, Peralta E, Brown K et al. *Smoothing the transition from paediatric to adult services in type 1 diabetes*. J Diabetes Nurs. 2008;12: 328-338.
24. Crowley R, Wolfe I, Lock K et al. *Improving the transition between paediatric and adult healthcare: a systematic review*. Arch Dis Child. 2011 Jun;96(6): 548-553.
25. Beaufort C, Jarosz-Chobot P, Frank M et al. *Transition from pediatric to adult diabetes care: smooth or slippery?* Pediatr Diabetes. 2010;11: 24-27.
26. Court JM, Cameron FJ, Berg-Kelly K et al. *Diabetes in adolescence*. Pediatr Diabetes. 2008;9: 255-262.
27. Rayman G. *The diabetes centre – a potential advancement in transitional care*. Pediatr Diabetes. 2006;7 (Suppl. 5): 15.
28. Jones SE, Hamilton S. *The missing link: paediatric to adult transition in diabetes services*. Br J Nurs. 2008;10-23: 842-847.
29. Hilliard M, Perlus J, Clark L et al. *Perspectives from before and after the pediatric to adult care transition: a mixed-methods study in type 1 diabetes*. Diabetes Care. 2014;37: 346-352.
30. Insabell G, Grey M, Knaf G et al. *The transition to young adulthood in youth with type 1 diabetes on intensive treatment*. Pediatr Diabetes. 2007;8: 228-234.
31. *National Institute for Excellence, Clinical Guideline 15, July 2004: Type 1 diabetes: diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults*. www.nice.org.uk (stan na 14.05.2014)
32. *Australian Diabetes Society: National Evidence-Based Clinical Care Guidelines for Type 1 Diabetes in Children, Adolescents and Adults*. www.diabetessociety.com.au (stan na 14.05.2014)
33. *Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014*, Diabetologia Kliniczna. 2014;3, supl. A: A 56.