



Iwona Schymalla, 2021-02-05 08:59

Rozwiązania telemedyczne w diabetologii - co mówią pacjenci



Gościem Iwony Schymalli jest pacjent, edukator, autor portalu edukacyjnego mojacukrzyca.org Jerzy Magiera.

W ostatnich miesiącach bardzo intensywnie korzystaliśmy z telewizyt i teleporad. W przeprowadzonej przez naszą redakcję sondy ulicznej wyraźnie słysząc, że kontakt pacjent-lekarz jest niezwykle istotny, że brakuje go pacjentom. A co wynika z Pana obserwacji?

Faktycznie, teleporady zagościły w naszej codziennej opiece nad pacjentem z cukrzycą. Jeśli chodzi o pacjentów już chorujących na cukrzycę, kiedy jest kontynuowanie ich leczenia, to myślę, że teleporada jest dobrym rozwiązaniem, bo możemy poradzić się zdalnie lekarza, nie musimy się do niego udawać. Jest to kontynuacja leczenia, więc możemy wysłać do lekarza elektronicznie nasze wyniki np. z glukometru czy z pompy insulinowej albo z systemu ciągłego monitorowania glikemii, który może dokonać ich interpretacji zdalnie i wprowadzić modyfikacje też w formie zdalnej. To oczywiście jest bardzo dobre przy dobrze kontrolowanej cukrzycy. Natomiast w przypadku nowo zdiagnozowanych cukrzyc czy pacjentów, u których cukrzyca jest powikłana i współistnieją inne choroby, teleporada nie do końca się sprawdzi. W takiej sytuacji lekarz powinien pacjenta zobaczyć na żywo, czasami potrzebne jest też badanie fizykalne, lekarz musi pacjenta dotknąć, sprawdzić i zobaczyć na własne oczy co się dzieje i zmodyfikować leczenie albo może w ogóle wprowadzić leczenie. To warto rozdzielić - kontynuacja leczenia w przypadku pacjentów ze świadomością swojej

choroby, dobrze prowadzoną cukrzycą, gdy wiedzą co robią i są w stanie to kontrolować, a w przypadku osób z powikłaniami cukrzycy czy też rozpoznanie cukrzycy (diagnoza): tu potrzebne są wizyty w formie stacjonarnej, czyli pacjent musi się po prostu pojawić w gabinecie lekarskim.

Rekomendowane jest przez ekspertów, żeby telewizyta nie była jedyną formą w przypadku rozpoznanej cukrzycy po raz pierwszy. I trudno też wyobrazić sobie pacjenta z powikłaniami cukrzycowymi (np. stopą cukrzycową), który byłby zaopiekowany tylko przez telewizytę. To są problemy, które wymagają jednak bezpośredniego kontaktu z lekarzem.

Stopa cukrzycowa jak najbardziej wymaga wizyty stacjonarnej. Musi to zrobić specjalista zajmujący się stopą cukrzycową, zbadać pacjenta i założyć opatrunek. Dlatego tu obowiązkowa jest wizyta w gabinecie lekarskim. Zaś w przypadku pacjentów kontynuujących leczenie, dla których wizyta u lekarza opiera się na drobnych modyfikacjach w leczeniu np. zmniejszeniu lub zwiększeniu dawek leku, modyfikacji w diecie, sczytaniu wyników i wspólnej analizie z pacjentem, wystarczająca będzie telewizyta. Oczywiście bardzo ważne jest też przygotowanie pacjenta do teleporad. Pacjent powinien wcześniej, na spokojnie (bo rozmowa z lekarzem może być stresująca) przygotować sobie na kartce pytania do lekarza. Przygotować się do rozmowy, sczytać z urządzenia zapisy, wygenerować sobie raporty z urządzeń i przesłać je, jeśli jest taka możliwość, na e-maila lekarzowi. I myślę, że teleporada powinna z nami zostać na dłużej, bo jest to ciekawa forma i nie zawsze każda wizyta musi być w gabinecie lekarskim, możemy spotykać się z lekarzem też w formie zdalnej.

Pacjenci (lekarze także) przykładają dużą wagę do jakości telewizyty. Co pacjenci poprawiliby w telewizytach, mając już pewne doświadczenie? Jakie wady tego typu rozwiązania zgłaszają?

Myślę, że dobrym rozwiązaniem jest to, by lekarz z pacjentem mógł się jednak zobaczyć, jeśli możliwości techniczne po obu stronach to umożliwiają. Bo wiele sygnałów przekazujemy w formie niewerbalnej i rozmowa telefoniczna nie zawsze jest w stanie wszystko przekazać. A jeżeli, chociażby w ekranie komputera, widzimy reakcje na twarzy, to jak się pacjent zachowuje i jak lekarz, to jednak ten kontakt wzrokowy też dużo przynosi. Gdyby była taka możliwość, to dobre by było zwiększenie liczby wizyt właśnie w formie face to face, byśmy się nie tylko słyszeli. Ważna jest też sprawna możliwość teleporady, bo pacjenci często zgłaszają, że planowa wizyta została im przełożona na dalszy termin z jakiegoś powodu i nie odbywają wizyty w pierwotnie wyznaczonym terminie, a z przełożonym bywa różnie.

A co ze zmianą terapii w czasie telewizyty? Czy to jest możliwe?

Tu oczywiście zostawiam głos lekarzom specjalistom, bo to od nich zależy decyzja o terapii, o wdrożeniu ewentualnych zmian. To zależy od tego jak bardzo modyfikowane jest leczenie i czy jest to tylko zmiana w danej kategorii leków czy kolejny krok w terapii, gdzie musimy wprowadzić nowe leki. To lekarz powinien decydować o tym, czy taką zmianę może dokonać zdalnie. Jedyny problem może być taki, że jeżeli pacjent przechodziłby z tabletek na insulinę (bo już zachodzi taka konieczność) to jednak jest wymagany element edukacyjny. Pielęgniarka czy lekarz musi pokazać, jak obsługiwać pen z insuliną, jak zakładać fiolkę, igłę. Tego pacjent zdalnie może się nie nauczyć i mieć z tym problem. Dlatego w tym przypadku powinno się to odbywać w formie stacjonarnej.

Jak Pan widzi przyszłość rozwiązań telemedycznych? Bo pandemia minie, ale te rozwiązania z nami z pewnością pozostaną. Czy powinno wprowadzić się pewne standardy działań i zastosowania narzędzi telemedycznych?

Teleporady powinny zostać z nami na dłużej, bo to ciekawa forma kontaktu z lekarzami specjalistami, i ciekawa forma edukacji. Kiedy chorujemy wiele lat i leczenie jest w miarę ustabilizowane, nie ma wahań związanych z leczeniem teleporady będą ciekawą formą. Powinny być kontynuowane, ale też raz na jakiś czas lekarz powinien pacjenta zobaczyć na żywo. Przykładowo: jeżeli mamy 3-4 wizyty u

diabetologa, to np. dwie widziałbym w formie zdalnej, a raz w roku jednak lekarz powinien zobaczyć nas na żywo. Czyli raz na jakiś czas pacjent musi się pojawić w gabinecie lekarskim.