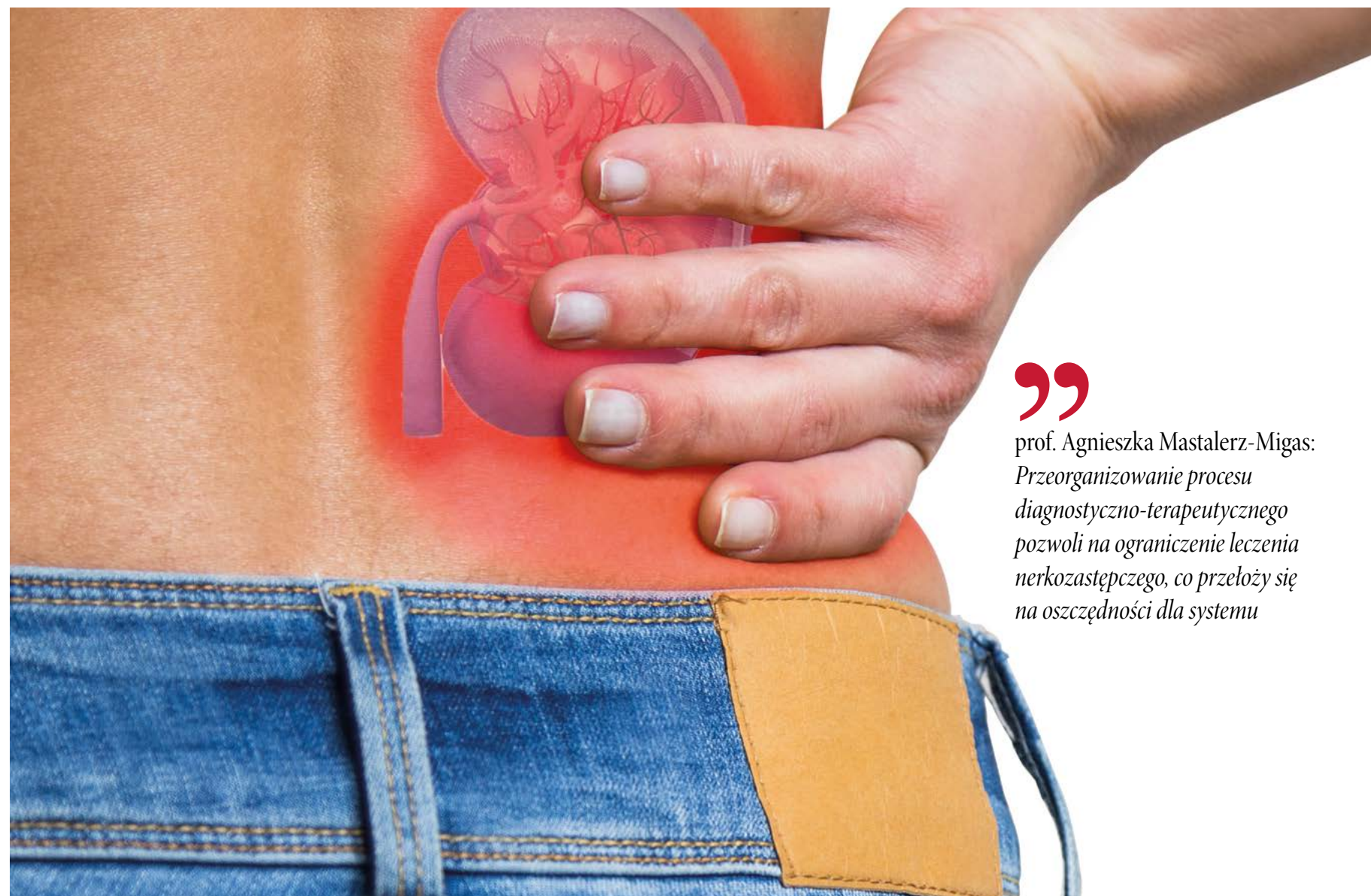


## NEFROLOGIA

# Ścieżka nefrologiczna – stawiamy na edukację lekarzy POZ

– Koordynacja opieki nefrologicznej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) ma odwrócić wskaźniki statystyczne dotyczące pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (PChN). Potrzebujemy czujności diagnostycznej, koordynatora, który dopilnuje terminowości zadań, i schematu postępowania dla lekarzy rodzinnych – mówiła dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej (PTMR), na konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024 podczas panelu „Wdrożenie koordynowanej opieki nefrologicznej”. Opieka nefrologiczna – nowa ścieżka w opiece koordynowanej – zaczęła obowiązywać od 1 listopada 2023 r.



”

prof. Agnieszka Mastalerz-Migas:  
Przeorganizowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego pozwoli na ograniczenie leczenia nerkozastępczego, co przeloży się na oszczędności dla systemu

To dopiero początek procesu wdrażania projektu, na razie placówki do niego przystępują, więc na efekty trzeba poczekać.

– Naprawdę warto. Przeorganizowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego pozwoli na ograniczenie leczenia nerkozastępczego, co przeloży się na oszczędności dla systemu – uważa ekspertka.

#### Bez edukacji nie będzie efektów

– Przede wszystkim stawiamy na edukację lekarzy POZ, rodzinnych, pierwszego kontaktu, ponieważ to oni w największym stopniu mogą budować świadomość istnienia PChN wśród pacjentów. Ta choroba nie boli, przez lata nie daje praktycznie żadnych objawów, a możemy ją wykryć dzięki prostym i tanim badaniom – stwierdziła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. – Narzędziem lekarza POZ w ramach opieki koordynowanej jest wskaźnik ACR (stosunek stężenia albuminy do kreatyniny w moczu), który pozwala wykryć mikroalbuminurię, czyli niewielki poziom białka na wczesnym etapie uszkodzenia nerek – dodała. Ekspertka podkreśliła, że w edukacji lekarzy bardzo ważne jest uwrażliwienie na grupy ryzyka, czyli tych pacjentów, u których ryzyko wystąpienia uszkodzenia nerek jest największe.

– Szeroki screening populacyjny byłby trudny do przeprowadzenia i prawdopodobnie jego efektywność byłaby znacznie niższa niż zawężonego do grupy ryzyka – wyjaśniła.

Bardzo istotne jest to, że nową ścieżkę lekarze są w stanie przeprowadzić sprawniej, ponieważ w opiece koordynowanej realizowanej od ponad roku jest już większość najczęstszych chorób cywilizacyjnych, które prowadzą do uszkodzenia nerek, jak chociażby cukrzyca czy choroby układu sercowo-naczyniowego.

– Opieka koordynowana pozwala wystandaryzować proces. Kończymy opracowanie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, dzięki której otrzymamy standard postępowania w diagnostyce i terapii pacjenta – zaznaczyła specjalistka.

#### Leki zmieniają paradygmat postępowania z pacjentem

Przez lata w PChN mówiło się jedynie o częściowym hamowaniu progresji poprzez skuteczne leczenie chorób, które do niej doprowadziły, oraz postępowanie nefarmakologiczne.

– Obecnie mamy leki zarejestrowane do leczenia PChN – floszyny. To ogromny postęp, ponieważ możemy nie tylko pracować nad zwiększeniem wykrywalności PChN, lecz także mamy terapię, którą możemy zaoferować pacjentom z tym rozpoznaniem – mówiła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Wyjaśniła również, że dzięki opiece koordynowanej pacjenci otrzymają zarówno leczenie, jak i edukację, konsultacje dietetyka, możliwość konsultacji specjalistycznej nefrologa i współpracy z nefrologiem (u pacjenta, który ma wykrytą PChN).

– Naszym celem jest zmiana wskaźników statystycznych, bo wiemy, że dzisiaj PChN jest wykrywana na ogół wtedy, gdy GFR wynosi 20–30. To bardzo późno, często jest to już krzywa spadkowa pokazująca, że zbliżamy się nieuchronnie do leczenia nerkozastępczego. A my chcemy chorobę wykrywać wcześniej – kiedy można zastosować



leczenie farmakologiczne, spowolnić progresję i zapewnić pacjentowi długie lata życia ze względnie wydolnymi nerkami – tłumaczyła ekspertka.

#### Potrzebna czujność diagnostyczna

Problem zaczyna się od świadomości diagnostycznej. Skala niedodiagnozowania PChN pokazuje, że jest ogromne zadanie do wykonania. Dlatego szczególnie trzeba postawić na utrzymanie przez lekarzy czujności diagnostycznej w grupach ryzyka.

– Zalecamy wykonywanie badań diagnostycznych raz w roku w ramach porady kompleksowej. Kolejny element to włączenie leczenia, jeśli jest rozpoznane, a także skierowanie na konsultację nefrologiczną, ewentualnie do hospitalizacji, jeśli widzimy, że stan pacjenta na to wskazuje. I to również będzie opisane – podkreśliła konsultant krajowa.

– Staramy się nadrobić braki edukacyjne w tym zakresie. W ostatnich latach nie prowadzono bowiem szkoleń dla lekarzy POZ z tej dziedziny. Przygotujemy opis, jak stworzyć indywidualny plan opieki medycznej, tzn. jak często powinny odbywać się kontrole, jak postępować z pacjentem, kiedy kierować go do specjalisty, jak go leczyć, czyli jak sprawować przewlekłą opiekę w tej chorobie – dodała.

#### Wskaźniki rozpoznania PChN

Zdaniem ekspertki, żeby rozpoznać chorobę, wskaźniki uszkodzenia nerek czy obniżenia ich

funkcji muszą się utrzymywać przez dłuższy czas. Dlatego do postawienia diagnozy PChN potrzeba dwóch oznaczeń w odstępie co najmniej 3 miesięcy. Czyli dwa razy obniżony GFR poniżej 60 lub dwa razy oznaczony wskaźnik ACR o wartości powyżej 30 mg/g. Dopiero po takim dwukrotnym nieprawidłowym wyniku można postawić diagnozę PChN.

– Myślę, że wielu lekarzy o tym zwyczajnie nie pamięta i nawet jeśli pojedyncze oznaczenie zostanie wykonane, to niestety łatwo może zniknąć w dokumentacji medycznej – zaznaczyła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Wyjaśniła, że PTMR przygotowuje dodatkowo kurs dotyczący PChN.

– Chcemy, żeby lekarze wiedzieli, skąd pozyskać wiedzę. Naszym celem jest budowanie świadomości dotyczącej tej choroby – dodała.

Mówiąc o budowaniu koordynacji opieki w nefrologii, wskazała, że to dopiero początek procesu, który będzie wymagał sporo czasu i wysiłku.

– Ogromnie ważną będzie rola koordynatora, który dopilnuje przykładowo, żeby pacjent przyszedł na drugie badanie, a lekarz zobaczył wynik. Oczywiście docelowo będziemy chcieli ten proces zautomatyzować. Narzędziem cyfrowym, dzięki któremu będziemy mogli to zrobić, jest dokument elektroniczny IPOM, czyli Indywidualny Plan Opieki Medycznej – tłumaczyła.

#### Budowanie kultury bezpieczeństwa pacjenta

Jak wynika z projektu Nephrohero, ogromnie ważne jest budowanie kultury bezpieczeństwa pacjenta w aspekcie wykonania badania diagnostycznego. Jak wynika z badań przeprowadzonych podczas projektu, jeśli pacjent zostanie skierowany na badanie od lekarza, to chętniej je wykona. Równie ważne jest to, żeby lekarz, który zleca badanie, miał nawyk sprawdzenia wyniku. Najgorszą rzeczą, jaką można zrobić, jest skierowanie pacjenta na badanie i niezainteresowanie się wynikiem. A niestety tak się często zdarza. To również powinien być element budowania koordynacji opieki i jej kompleksowości.

Równoległe PTMR dzięki niezależnemu grantowi od firmy AstraZeneca zrealizowało duże wielośrodkowe badanie epidemiologiczne.

– Przy współpracy z placówkami POZ, dzięki zaangażowaniu wielu lekarzy przebadaliśmy ponad 5 tys. pacjentów z grup ryzyka. W tej chwili dane są opracowywane, ale już widzimy, że w tej grupie u mniej więcej 14 proc. uczestników wykryto PChN. To naprawdę wysoki wskaźnik – podkreśliła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Dodała, że wcześniej został przeprowadzony kurs edukacyjny dla lekarzy, dzięki któremu wiedzieli, jakie postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne wdrożyć.

– Można powiedzieć, że ten projekt był dla nas pilotażem opieki nefrologicznej. Pomógł wychwytać systemowe luki, jeśli chodzi o wykrywanie PChN i wdrażanie opieki nad pacjentami. Teraz będziemy realizować kolejny jego etap. Naszym celem jest podniesienie wskaźników wykrywalności PChN. Mam nadzieję, że za 2, 3 lata będziemy mieli zdecydowanie lepsze wyniki – podsumowała prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

Dorota Mirska