

**Agnieszka Mastalerz-Migas, Mateusz Babicki**

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

# Czy mamy systemowe rozwiązania dla pacjentów z cukrzycą typu 2, niewydolnością serca i przewlekłą chorobą nerek?

## Wstęp

W ostatnich latach w podstawowej opiece zdrowotnej zaszło wiele zmian. W 2022 r. wprowadzono dodatkowe badania laboratoryjne w ramach budżetu powierzonego, które dotychczas nie były dostępne w POZ. Możliwa jest ocena stężenia witaminy B<sub>12</sub>, kwasu foliowego, anty-CCP, ferrytyny, anty-HCV oraz oznaczenie antygenu *Helicobacter pylori* w kale. Ponadto testy w ramach diagnostyki *point of care*: streptest oraz szybki test CRP – u dzieci do ukończenia 6. roku życia [1]. Od stycznia 2023 r. dostępne są również testy combo trzy w jednym obejmujące diagnostykę w kierunku wirusa grypy, RS oraz SARS-CoV-2 [2]. Wprowadzono zadaniowy system ich rozliczania, na podstawie wykonania. Co więcej, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. wprowadziło w POZ nowe świadczenia zdrowotne w ramach modelu opieki koordynowanej. Model ten, zgodnie z założeniami POZ, ma zapewnić holistyczną opiekę nad pacjentem obejmującą zarówno działania profilaktyczne, jak i diagnostykę oraz leczenie schorzeń przewlekłych. Wdrożenie opieki koordynowanej znacząco zwiększyło możliwości lekarzy POZ w procesie diagnostyczno-terapeutycznym. W ramach opieki koordynowanej możliwe jest zlecenie dodatkowych badań laboratoryjnych, konsultacji dietetycznych,

porad edukacyjnych oraz konsultacji specjalistycznych na linii lekarz specjalista dziedziny – pacjent oraz lekarz specjalista dziedziny – lekarz POZ [3].

## Czym jest opieka koordynowana i jakie daje możliwości?

Opieka koordynowana jest przewidziana dla pacjentów w każdym wieku z określonymi schorzeniami przewlekłymi, które są zebrane w tzw. ścieżki opieki koordynowanej. Obecnie istnieją cztery ścieżki:

- diabetologiczna – cukrzyca,
- pulmonologiczna – astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- kardiologiczna – nadciśnienie tętnicze, niewydolność serca, migotanie przedsionków, choroba niedokrwienna serca,
- endokrynologiczna – niedoczynność tarczycy, guzki pojedyncze i mnogie tarczycy.

Warunkiem włączenia pacjenta do opieki koordynowanej jest występowanie co najmniej jednego z wymienionych schorzeń przewlekłych oraz przeprowadzenie porady kompleksowej. Porada kompleksowa jest odrębnym finansowanym rodzajem wizyty, która została stworzona na potrzeby realizacji opieki koordynowanej. Według zaleceń

porada kompleksowa powinna trwać nie krócej niż 30 minut i obejmować pełne badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta, analizę dotychczasowego leczenia, badań laboratoryjnych, a także zaplanowanie dalszego procesu diagnostyczno-terapeutycznego na najbliższy rok. Proces ten powinien zostać zawarty w indywidualnym planie opieki medycznej (IPOM), którego opracowanie stanowi podstawę włączenia do opieki koordynowanej. W IPOM należy również zawrzeć informacje dotyczące stosowanego leczenia przewlekłego, zaleconych badań dodatkowych, konsultacji dietetycznych, edukacyjnych oraz (w razie wskazań) z lekarzem specjalistą. IPOM to integralny element opieki koordynowanej, jest tworzony w ramach wizyty kompleksowej i stanowi część dokumentacji medycznej pacjenta. W miarę potrzeb zdrowotnych pacjenta może być wielokrotnie modyfikowany. Tworzenie IPOM jest możliwe za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl, niemniej coraz więcej programów gabinetowych również umożliwia jego generowanie [3].

Jak już wspomniano, wdrożenie opieki koordynowanej umożliwia przeprowadzenie dodatkowych badań, które są przypisane do poszczególnych ścieżek. Wykaz badań przedstawiono w tabeli 1. Co ważne, zakwalifikowanie pacjenta do którejkolwiek ze ścieżek umożliwia wykorzystanie badań przypisanych do pozostałych ścieżek, o ile usługodawca ma podpisaną umowę na ich realizację.

Opieka koordynowana daje możliwość przeprowadzenia do 3 konsultacji dietetycznych w roku oraz do 6 porad edukacyjnych w roku. Porady edukacyjne mogą być prowadzone zarówno przez lekarza, jak i pielęgniarkę. Ich celem jest zwiększenie świadomości pacjentów w zakresie choroby przewlekłej, omówienie zasad profilaktyki, np. szczepień ochronnych czy badań profilaktycznych. Ponadto pacjent uzyskuje informacje, jak radzić sobie w sytuacjach wynikających z obecnego stanu zdrowia [3–5].

Reasumując – opieka koordynowana daje dodatkowe możliwości w zakresie diagnostyki, leczenia oraz propagowania działań profilaktycznych wśród pacjentów. Wprowadzenie takiego modelu opieki przynosi wiele korzyści dla pacjenta, ale też dla lekarza. Po pierwsze – z jednej strony standaryzuje zasady postępowania w ramach określonych schorzeń przewlekłych, ale z drugiej daje możliwość indywidualnego podejścia. Po drugie – rozszerza zakres świadczeń zdrowotnych, jakie pacjent może uzyskać u swojego lekarza rodzinnego, a przez to może zmniejszyć liczbę osób leczonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (ograniczenie do trudnych przypadków klinicznych). Po trzecie – zwiększa znaczenie pielęgniarki POZ jako członka

**Tabela 1.** Badania dodatkowe wykonywane w ramach opieki koordynowanej [3]

Ścieżka opieki koordynowanej	Badanie diagnostyczne
kardiologiczna	EKG wysiłkowe
	holter EKG 24-, 48-, 72-godzinny
	holter ciśnieniowy
	USG dopplerowskie tętnic szyjnych i naczyń kończyn dolnych
	echo serca przezklatkowe
	BNP, NT-proBNP
	albuminuria
	UACR
pulmonologiczna	spirometria
	spirometria z próbą rozkurczową
diabetologiczna	UACR
	albuminuria
	USG dopplerowskie tętnic szyjnych i naczyń kończyn dolnych
endokrynologiczna	anty-TPO
	anty-TSHR
	anty-TG
	biopsja aspiracyjna celowana cienkoigłowa tarczycy

EKG – badanie elektrokardiograficzne, USG – badanie ultrasonograficzne, BNP – peptyd natriuretyczny typu B, NT-proBNP – N-końcowy fragment propeptydu natriuretycznego typu B, UACR – wskaźnik albumina/kreatynina w moczu, anty-TPO – przeciwciała przeciwko peroksydazie tarczycowej, anty-TSHR – przeciwciała przeciwko receptorom TSH, anty-TG – przeciwciała przeciwko tyreoglobulinie.

zespołu terapeutycznego. Co więcej, do zespołu dołączają również koordynator oraz dietetyk. Jest wiele schorzeń przewlekłych, które w zdecydowanej większości mogą być prowadzone przez lekarza POZ, a w przeszłości często wymagały konsultacji specjalistycznych jedynie z uwagi na brak odpowiednich badań diagnostycznych w POZ. Niewątpliwie należą do nich niewydolność serca, przewlekła choroba nerek czy schorzenia tarczycy.

### Rozwiązania systemowe dla pacjentów z niewydolnością serca, cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek

Na pytanie zawarte w tytule można zatem śmiało odpowiedzieć twierdząco. Tak, istnieją rozwiązania systemowe dla pacjentów z niewydolnością serca, cukrzycą i przewlekłą chorobą nerek, a jednym z nich niewątpliwie jest opieka koordynowana.

Opieka koordynowana umożliwiła diagnostykę w kierunku niewydolności serca w ramach POZ, która dotychczas była niemożliwa. Według oficjalnych wytycznych rozpoznanie choroby można ustalić w przypadku współistnienia objawów klinicznych (np. duszność wysiłkowa, *ortopnoe*, kaszel, nykturia, obrzęki kończyn dolnych) oraz nieprawidłowości czynnościowych i/lub strukturalnych serca w badaniu echokardiograficznym [6]. W przypadku niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (*heart failure with reduced ejection fraction* – HFrEF) frakcja wyrzutowa lewej komory wynosi  $\leq 40\%$ . W niewydolności serca z zachowaną frakcją wyrzutową lewej komory (*heart failure with preserved ejection fraction* – HFpEF) i niewydolności serca z łagodnie obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory (*heart failure with mid-range ejection fraction* – HFmrEF) frakcja wyrzutowa to odpowiednio  $\geq 50\%$  i 41–49%, przy czym występuje dysfunkcja rozkurczowa lub wada strukturalna serca oraz podwyższone stężenie peptydu natriuretycznego, których stwierdzenie również jest możliwe w ramach opieki koordynowanej [3, 6]. Należy wspomnieć o możliwości wykonania próby wysiłkowej, która stanowi jeden z etapów procesu kwalifikacyjnego do ewentualnego przeszczepu serca [6]. Obecnie rozwiązania systemowe dają możliwość prewencji – jedną z najczęstszych przyczyn niewydolności serca jest źle leczone nadciśnienie tętnicze, więc poprawa skuteczności jego leczenia może zmniejszyć ryzyko rozwoju choroby [6]. Wprowadzenie opieki koordynowanej ułatwiło prawidłowe leczenie nadciśnienia tętniczego z uwagi na dostępność

holtera ciśnieniowego. Co więcej, możliwa jest wcześniejsza diagnostyka występujących zaburzeń rytmu poprzez wykonanie badania holterowskiego EKG w zapisie 24-, 48- oraz 72-godzinny.

W przypadku pacjentów z cukrzycą opieka koordynowana zwiększa możliwość wczesnej diagnostyki powikłań choroby. Rutynowa ocena wskaźnika albumina/kreatynina w moczu (*urine albumin-creatinine ratio* – UACR) pozwala na wczesną diagnostykę cukrzycowej choroby nerek, najczęstszego powikłania cukrzycy [3]. Do rozwiązań systemowych, które w ostatnim czasie zostały wprowadzone dla pacjentów z cukrzycą (w tym typu 2), należy dodać refundację systemu stałego monitorowania glikemii, która obowiązuje od 1 stycznia 2023 r. Pacjenci z cukrzycą typu 2 mogą uzyskać refundację jedynie w przypadku stosowania intensywnej insulinoterapii (minimum 3 wstrzyknięcia insuliny w ciągu doby). Refundacji podlega 13 sztuk w ciągu 6 kolejnych miesięcy kalendarzowych, do 26 sensorów rocznie [7]. Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2023 r. system stałego monitorowania glikemii jest preferowaną formą oceny glikemii u chorych na cukrzycę w trakcie intensywnej insulinoterapii [8].

W dniu powstawania tego artykułu nie ma wyodrębnionej ścieżki nefrologicznej uwzględniającej przewlekłą chorobę nerek (PChN), jednak należy zaznaczyć, że w Polsce najczęstszą jej przyczyną są powikłania schorzeń przewlekłych, zwłaszcza cukrzycy, nadciśnienia tętniczego czy niewydolności serca. Schorzenia te, jak już wspomniano, są objęte opieką koordynowaną, a ich prawidłowe leczenie zmniejsza ryzyko rozwoju PChN. Co więcej, w ścieżkach kardiologicznej i diabetologicznej dostępne jest oznaczenie albuminurii oraz UACR, które oprócz tego, że stanowią jedno z kryteriów rozpoznania PChN, są też bardzo ważnym czynnikiem prognostycznym [9]. Włączenie tych badań do świadczeń w POZ może się przyczynić do wcześniejszego wykrywania choroby i wdrażania odpowiedniego leczenia. Oznaczenie UACR od wielu lat należało do podstawowych badań diagnostycznych u pacjentów z PChN, a dotychczas było niedostępne w ramach POZ.

Obecne rozwiązania systemowe, oprócz badań dodatkowych, dają możliwość aktywnej edukacji pacjentów. W wielu badaniach wykazano, że w schorzeniach przewlekłych świadomość pacjenta co do swojej choroby ma kluczowe znaczenie dla osiągnięcia sukcesu terapeutycznego. Opieka koordynowana umożliwia przeprowadzenie do 6 porad

edukacyjnych w ciągu roku. Według zaleceń celem porad edukacyjnych jest określenie, a następnie stopniowe uzupełnienie deficytów wiedzy pacjentów w zakresie swojego stanu zdrowia. Kolejne cele to ocena umiejętności radzenia sobie z codziennymi problemami wynikającymi z choroby oraz ocena świadomości zdrowotnej i motywacji pacjenta. W ramach porad edukacyjnych zalecane jest również przeprowadzenie instruktażu wykonywania pomiarów parametrów stanu zdrowia (ciśnienia tętniczego, tętna) oraz prawidłowej obsługi glukometru. Porady edukacyjne powinny uwzględniać rozmowę z pacjentem na temat działań profilaktycznych, przede wszystkim szczepień ochronnych, które stanowią istotny element opieki nad osobami z cukrzycą, niewydolnością serca czy PChN [4–6, 8, 9]. Należy również aktywnie edukować pacjentów w zakresie zachowań prozdrowotnych: nawyków żywieniowych, spożycia alkoholu, palenia papierosów, jakości snu, aktywności fizycznej oraz radzenia sobie ze stresem. Każda edukacja musi być ukierunkowana na potrzeby zdrowotne pacjenta, które mogą być różnorodne. Dla przykładu – wśród chorych na cukrzycę należy aktywnie prowadzić edukację w zakresie profilaktyki i leczenia stopy cukrzycowej (m.in. sposoby pielęgnacji stóp). Ważnym elementem jest również kształcenie umiejętności rozpoznawania stanów niepokojących lub bezpośrednio zagrażających życiu [4, 5].

Nieodzownym elementem leczenia cukrzycy, PChN czy niewydolności serca jest prawidłowa dieta. Dotychczas nie było oferty porad dietetycznych w ramach NFZ. Opieka koordynowana daje takie możliwości, a zgodnie z jej założeniami wykwalifikowani dietetycy mogą przeprowadzić do 3 porad w roku dla pacjenta.

Należy również pamiętać o możliwości przeprowadzenia konsultacji pacjent – lekarz specjalista dziedzinowy bez konieczności kierowania chorego do poradni specjalistycznej. Model ten pozwala na skonsultowanie wątpliwości lekarza POZ związanych z leczeniem pacjenta. Nowością jest również konsultacja lekarz POZ – lekarz specjalista dziedzinowy, w trakcie której lekarz POZ może zasięgnąć porady co do dalszego postępowania z pacjentem.

### Podsumowanie

Obecny system funkcjonowania POZ pozwala na bezpieczne i skuteczne leczenie pacjentów z wielo-

ma schorzeniami przewlekłymi, w tym cukrzycą czy niewydolnością serca. Model opieki koordynowanej zwiększył zakres możliwości diagnostyczno-terapeutycznych lekarzy POZ. Ponadto świadczenia zostały rozszerzone o niezbędne porady edukacyjne oraz dietetyczne dla pacjentów.

### Piśmiennictwo

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001293/O/D20221293.pdf>. Dostęp: 6.08.2023.
2. Zarządzenie nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1624/Zarządzenie-3\\_2023\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1624/Zarządzenie-3_2023_DSOZ). Dostęp: 6.08.2023.
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220001965/O/D20221965.pdf>. Dostęp: 6.08.2023.
4. Porada edukacyjna POZ z elementami monitorowania stanu pacjenta. [https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2023/03/Porada\\_edukacyjna\\_kardiologia\\_OK.pdf](https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2023/03/Porada_edukacyjna_kardiologia_OK.pdf). Dostęp: 6.08.2023.
5. Porady edukacyjne w cukrzycy w ramach opieki koordynowanej w POZ. <https://ptmr.info.pl/wp-content/uploads/2023/03/Cukrzyca-wytyczne-porad-edukacyjnych.pdf>. Dostęp: 6.08.2023.
6. McDonagh TA, Metra M, Adamo M i wsp. 2021 ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J* 2021; 42: 3599-3726.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20220002319/O/D20222319.pdf>. Dostęp: 6.08.2023.
8. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2023. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecenia-aktywni-czlonkowie-2023>. Dostęp: 6.08.2023.
9. Guidelines – KDIGO. <https://kdigo.org/guidelines>. Dostęp: 6.08.2023.

### Adres do korespondencji:

lek. Mateusz Babicki  
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. Syrokomli 1  
51-141 Wrocław  
e-mail: ma.babicki@gmail.com