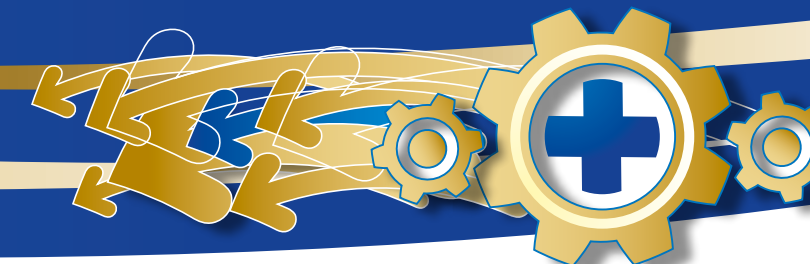




## PRIORYTETY 2024 W OCHRONIE ZDROWIA



# Przewlekła choroba nerek – wczesna diagnoza ratuje życie

Przewlekła choroba nerek (PChN) jest drugą co do częstości występowania, po nadciśnieniu tętniczym, przewlekłą chorobą w Polsce. Jest ona łatwa do zdiagnozowania i stosunkowo prosta do leczenia w początkowej fazie, jednak nierozpoznana i nieleczone postępuje niezauważenie i doprowadza do całkowitej niewydolności nerek lub do przedwczesnej śmierci. Mimo to jest rozpoznawana zbyt późno, a ponad 90 proc. osób z PChN nie jest świadomych swojej choroby.

Wczesne rozpoznanie PChN pozwala na wdrożenie odpowiednich procedur farmakologicznych i dietetycznych, które mogą znacznie spowolnić jej postęp. Żeby takie działania były możliwe, w Polsce wprowadzono od 1 listopada 2023 r. opiekę koordynowaną w PChN, a także testy eGFR w celu wykrywania wczesnej postaci PChN w ramach profilaktyki 40+.

Pomocny w tym zakresie może się również okazać innowacyjny projekt wczesnego wykrywania PChN u pacjentów z grup ryzyka prowadzony przez Doctor.One we współpracy z ALAB Laboratoria i Uczelnią Łazarskiego – Nephrohero.

### Choroba nerek zabija równie często jak nowotwory

– W Polsce na PChN choruje prawie 5 mln ludzi po 40. roku życia i co trzecia osoba po 60. roku życia. Skraca ona oczekiwaną długość życia co najmniej o 30 proc. Przedwcześnie umiera z jej powodu ok. 80–100 tys. ludzi – dokładnie tyle samo co z powodu nowotworów. Obie te choroby łączy jeszcze to, że na początku nie dają żadnych objawów. Różnica jest taka, że nowotworów się boimy, więc ich szukamy, a o chorobie nerek nikt nie wie, bo się jej nie wykrywa – przedstawił sytuację prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, z Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. – W grupie ryzyka PChN znajdują się osoby z cukrzycą, otyłością, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością serca, z wywiadem chorób nerek u krewnych. Warto wiedzieć, że nerki i serce chorują razem. Nie ma pacjenta z PChN bez choroby serca. Jeśli nerki są nadmiernie obciążone, zdecydowanie rośnie ryzyko choroby wieńcowej i w efekcie także zawału. Dlatego zarówno zalecenia kardiologiczne, jak i diabetologiczne mówią jednoznacznie, że należy badać nerki. Tymczasem pacjenci trafiają do nefrologa wtedy, kiedy nerek już właściwie nie mają... Wystarczy dodać, że co drugi pacjent, który rozpoczyna leczenie nerkozastępcze, nigdy nie miał zdiagnozowanej choroby nerek, chociaż był leczony przez kardiologa czy diabetologa przez 10–20 lat – dodał.

Jak zauważyła dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW, konsultant krajowa



### W DEBACIE PT. „WDROŻENIE KOORDYNOWANEJ OPIEKI NEFROLOGICZNEJ” UCZESTNICZYLI:

- **Jakub Chwiećko** – lider ds. innowacji w EIT Health InnoStars, Sieć Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej
- **prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert** – konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, Klinika Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
- **Wiktor Janicki** – prezes zarządu AstraZeneca Pharma Poland
- **dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, prof. UMW** – konsultant krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu
- **Tomasz Rudolf** – współzałożyciel, CEO Doctor.One

w dziedzinie medycyny rodzinnej, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, lekarze mają do dyspozycji skuteczne leki, które leczą chorobę nerek.

– Przez lata w PChN mogliśmy mówić tylko o częściowym hamowaniu progresji poprzez skuteczne leczenie chorób, które do niej doprowadziły, oraz postępowanie nefarmakologiczne. W tej chwili mamy leki, które są zarejestrowane do leczenia

PChN – floszyny. To ogromny postęp, ponieważ nie tylko możemy pracować nad zwiększeniem wykrywalności PChN, ale mamy też terapię dla pacjentów, u których już chorobę wykryjemy – tłumaczyła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

### Stawiamy na edukację lekarzy POZ

Od 1 listopada 2023 r. doszła nowa ścieżka w opiece koordynowanej – opieka nefrologiczna.

– Przed wszystkim stawiamy na edukację lekarzy POZ, rodzinnych, pierwszego kontaktu, ponieważ



”

prof. Ryszard Gellert: *Co drugi pacjent, który rozpoczyna leczenie nerkozastępcze, nigdy nie miał zdiagnozowanej choroby nerek, chociaż był leczony przez kardiologa czy diabetologa przez 10–20 lat*

to oni w największym stopniu mogą budować świadomość istnienia PChN wśród pacjentów. Kończymy opracowanie ścieżki diagnostyczno-terapeutycznej, dzięki której otrzymamy standard postępowania w diagnostyce i terapii. Problem zaczyna się bowiem od świadomości diagnostycznej. Patrząc, jak wielka jest skala niedoddiagnozowania PChN, stwierdzamy, że naprawdę mamy ogromne zadanie do wykonania. Dlatego szczególnie mocno rekomendujemy lekarzom utrzymanie czujności diagnostycznej w grupach ryzyka. Zalecamy wykonywanie badań diagnostycznych raz w roku w ramach porady kompleksowej. Kolejny element to włączenie leczenia, a jeśli jest wskazanie, skierowanie na konsultację nefrologiczną, ewentualnie do szpitala, kiedy widzimy, że stan pacjenta tego wymaga. Przez ostatnich kilka lat nie było edukacji w tym zakresie. Staramy się to nadrabiać, przygotowując krótki, zwięzły opis, jak stworzyć indywidualny plan opieki medycznej, tzn. jak często powinny odbywać się kontrole, jak postępować z pacjentem, kiedy kierować go do specjalisty, jak leczyć, jak kontrolować. Czyli jak sprawować przewlekłą opiekę w tej chorobie – wyjaśniła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.



”

prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: *Dzięki opiece koordynowanej pacjenci otrzymują edukację, konsultacje dietetyka, możliwość konsultacji specjalistycznej nefrologa i współpracy z nefrologiem na etapie, gdy zostaje wykryta PChN*

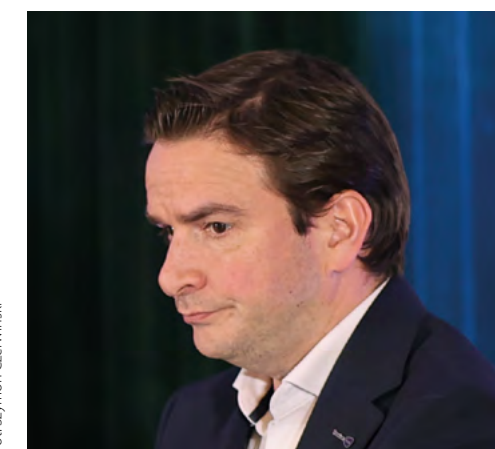
Przewlekła choroba nerek jest trudna do rozpoznania, ponieważ w wczesnym etapie nie wywołuje żadnych objawów.

– Pacjent często myśli: „skoro mnie nie boli, to na co ja mam się skarżyć?”. Lekarz myśli: „skoro pacjent się nie skarży, to dlaczego ja mam go badać?”. To jest prosty mechanizm psychologiczny. Musimy to zmienić. Udało się to z nowotworami, musimy tak samo zmienić myślenie o PChN. Musimy motywować lekarzy, żeby szukali choroby nerek jak nowotworu, bo jest tak samo groźna. Żeby rozmawiali z pacjentami, przekazywali im wiedzę w sposób jasny, rozumiały i pokazywali korzyści. Przekonywali, że przy pierwszym nieprawidłowym wyniku konieczne jest powtórzenie badania, żeby móc postawić diagnozę – tłumaczył prof. Ryszard Gellert.

### Pacjenci giną w systemie

Podczas debaty wielokrotnie podkreślano, że warto postawić na wczesną diagnostykę, ponieważ choroba nerek jest łatwa do wykrycia i na wczesnym etapie całkowicie wyleczalna.

– Jest to choroba, którą możemy wykryć przez proste i tanie badania. Narzędzie, którym dysponuje lekarz POZ w ramach opieki koordynowanej,



”

Tomasz Rudolf: *Przy dwuetapowym procesie diagnostycznym na każdym etapie pacjenci giną w systemie. Musimy znaleźć sposoby, by skuteczniej ich zmotywować do dokończenia diagnostyki*

to wskaźnik ACR – stosunek stężenia albuminy do kreatyniny w moczu. Pozwala on wykryć mikroalbuminurię, czyli niewielki poziom białka, na wczesnym etapie uszkodzenia nerek – mówiła prof. Agnieszka Mastalerz-Migas. – 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 GFR < 60 ml/min tudzież dwa razy ACR > 30 mg/g. Dopiero po takim dwukrotnym nieprawidłowym wyniku można postawić diagnozę PChN. Myślę, że wielu lekarzy o tym nie pamięta i nawet jeśli pojedyncze oznaczenie zostaje wykonane, to niestety łatwo może zniknąć w dokumentacji medycznej – zauważyła.

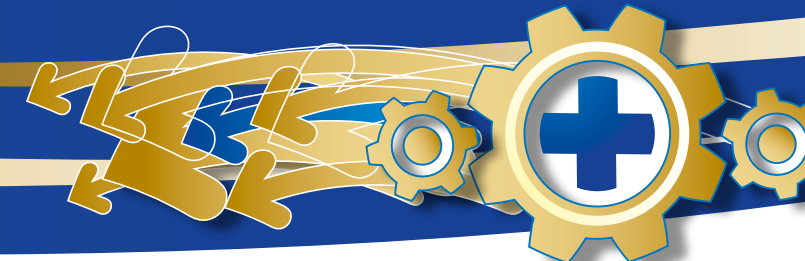
Okazuje się, że największą trudnością w postawieniu prawidłowej diagnozy jest właśnie konieczność wykonania nie jednego, ale dwóch badań. Nawet osoby, które mają nieprawidłowy wynik pierwszego testu, często to lekceważą i nie przychodzą na powtórne badania.

Mówił o tym Tomasz Rudolf, współzałożyciel, CEO Doctor.One, który pracował przy projekcie Nephrohero: – Projekt uwzględnił dwuetapowy





## PRIORYTETY 2024 W OCHRONIE ZDROWIA



proces diagnozy PChN, bo jak wiemy, w przypadku tej choroby nie wystarczy jednorazowe badanie. Czasem największe wyzwanie polegało na tym, żeby doprowadzić pacjentów skutecznie nie tylko do pierwszego badania, które pokaże, że mają ryzyko PChN, ale do drugiego, podczas którego diagnoza zostanie potwierdzona i będą mogli rozpocząć leczenie. Nieprawidłowy wynik uzyskano u 15 pacjentów (u 72 proc. wyniki były w normie), wszyscy oni dostali od nas koordynatora, który pilnował, by po 3 miesiącach pojawili się drugi raz na badaniu. U 88 proc. osób, które zgłosiły się na drugi etap badania, zdiagnozowano PChN. Niestety nie wszystkich udało się skłonić do przeprowadzenia ponownego testu. To bardzo jasno pokazuje, że przy dwuetapowym procesie diagnostycznym na każdym etapie pacjenci giną w systemie. Musimy znaleźć sposoby, by skuteczniej ich zmotywować do dokończenia diagnostyki. Co może zrobić lekarz POZ, co IKP, co system, żeby do tej diagnozy doszło? Naszym zdaniem ważne jest, żeby badania w kierunku PChN nie były dodatkowym programem profilak-

tycznym, tylko żeby były wpisane w pracę lekarza rodzinnego. Niesłuchanie ważna jest koordynacja, przypominanie pacjentowi przez system – przez placówkę, lekarza bądź koordynatora, że badania należy powtórzyć w celu postawienia diagnozy. Ważne jest też zintegrowanie tego z obecną ścieżką pacjenta, tak żeby badania w kierunku PChN nie były dodatkowym procesem, ale były realizowane na co dzień – proponował. Wynikami badania Nephrohero zainteresował się prof. Ryszard Gellert.  
– To co zwróciło moją uwagę, co moim zdaniem pokazuje absolutną bezradność pacjenta wobec problemu, to fakt, że co drugi pacjent, wiedząc o tym, że ma chore nerki, nie konsultował się z lekarzem. Najpewniej były to osoby, które w ramach projektu Nephrohero dostały voucher, wykonały badanie, ale nie wiedziały, co z tym dalej zrobić. A co druga osoba w ogóle nie poszła na drugie badanie po 3 miesiącach, jeśli wynik był nieprawidłowy. Rezultaty tego projektu pokazują wyraźnie, że ludzie są w dużym stopniu bierni. Jeśli my – lekarze i cały system opieki zdrowotnej – nie będziemy

szukać, to nie znajdziemy. Musimy być aktywni, bo pacjenci po prostu nie wiedzą, co z tym badaniami zrobić – stwierdził.  
– Równie ważne jest to, żeby lekarz, który zleca badanie, miał nawyk sprawdzenia wyniku. Bo 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, jej kompleksowości – dodała prof. Agnieszka Mastalerz-Migas.

### Potrzebne są nowoczesne technologie

Jakub Chwiećko, lider ds. innowacji w EIT Health InnoStars, z Sieci Lekarzy Innowatorów Naczelnej Izby Lekarskiej, powiedział, że w opiece koordynowanej nad pacjentem ogromnie ważna jest rola lekarza POZ: – Chciałbym podkreślić, że takiego lekarza POZ, który zna pacjenta i któremu ten pacjent ufa. Niestety nie zawsze jedno łączy się z drugim z uwagi na ogromne obciążenie opieki zdrowotnej w dzisiejszych czasach. Szczególnie widoczne jest to w dużych miastach, w których

mamy dodatkową opiekę prywatną i systemy, które ze sobą „nie rozmawiają”. Problem w tym, że pacjent pomimo nieprawidłowego wyniku pierwszego badania często nie zgłasza się ponownie. Świadczy to o tym, że wykonał je w jednostce prywatnej, a następnie trafia do POZ, gdzie lekarz nawet nie wie, że takie badanie w ogóle było wykonane, jeżeli pacjent sam nie pokaże wyników. Jest to problem systemowy, który widać wyraźnie w badaniach przeprowadzonych przez Centrum Zdrowia w ubiegłym sezonie – jedynie 30 proc. zdarzeń medycznych było raportowane do systemu P1. Obecnie już 45 proc., czyli tendencja jest wzrostowa, ale nadal mniej niż połowa zdarzeń trafia do systemu P1. Warto mieć świadomość, że nie mamy pełnej diagnostyki laboratoryjnej, która jest dostępna w P1. Wiemy na przykład, że pacjent wykonał badania, ale w IKP nie podejrzyna realnych wyników, nie są one też transferowane pomiędzy placówkami. To duży problem systemowy, który można próbować przezwyciężyć poprzez wprowadzenie automatyzacji. Wierzę w nowoczesne technologie, dlatego ponad półtora roku temu stworzyliśmy sieć Lekarzy Innowatorów. Uważamy, że jest wiele rozwiązań, które można efektywnie i skutecznie wdrażać do opieki zdrowotnej, by wspierać lekarzy w ich decyzjach terapeutycznych. Są to właśnie systemy, które poprzez automatyzację są w stanie na przykład lekarzowi POZ pokazać czerwoną flagę: „ten pacjent należy do grupy ryzyka” lub „ten pacjent miał nieprawidłowy wynik badań”. Mam nadzieję, że opieka podstawowa, która naprawdę robi świetną robotę, będzie dalej się rozwijała w systemie koordynowanym. Koordynacja jest nam bardzo potrzebna, co widać chociażby po takich programach jak KOS-zawał. Jest to opieka efektywna, pomaga pacjentom, wpływa na zmniejszenie liczby powikłań w przyszłości i przynosi wymierne korzyści finansowe – przekonywał.

### Zrównoważone systemy ochrony zdrowia

O tym, w jaki sposób do zwiększenia wykrywalności PChN mogą się przyczynić nie tylko lekarze czy dostępność nowoczesnych technologii, lecz także wsparcie ze strony firm farmaceutycznych, mówił w trakcie debaty Wiktor Janicki, prezes zarządu AstraZeneca Pharma Poland: – Rola firm farmaceutycznych w systemie się zmienia. Oczywiście dostarczają leki, które pozwalają skutecznie leczyć choroby, ale wydaje mi się, że kolejnym krokiem jest zadbanie o to, żeby te choroby były również skutecznie diagnozowane, żeby opieka nad pacjentami przebiegała jak najsprawniej. Oczywiście to przede wszystkim rola ekspertów, jednak my jako firmy możemy poszukiwać różnych wzorców w innych krajach i z nich czerpać.

– Warto zwrócić uwagę, że w Polsce kwestia profilaktyki nie jest wystarczająco doceniana – kontynuował Wiktor Janicki. – Jeżeli spojrzymy na najprostszym miernik, jakim są pieniądze inwestowane w profilaktykę, to w krajach europejskich jest to ok. 8 proc. łącznych wydatków na ochronę zdrowia, w Polsce natomiast ok. 4 proc. Czyli z całego budżetu na ochronę zdrowia przeznaczamy dwa



Fot. Szymon Czerwiński



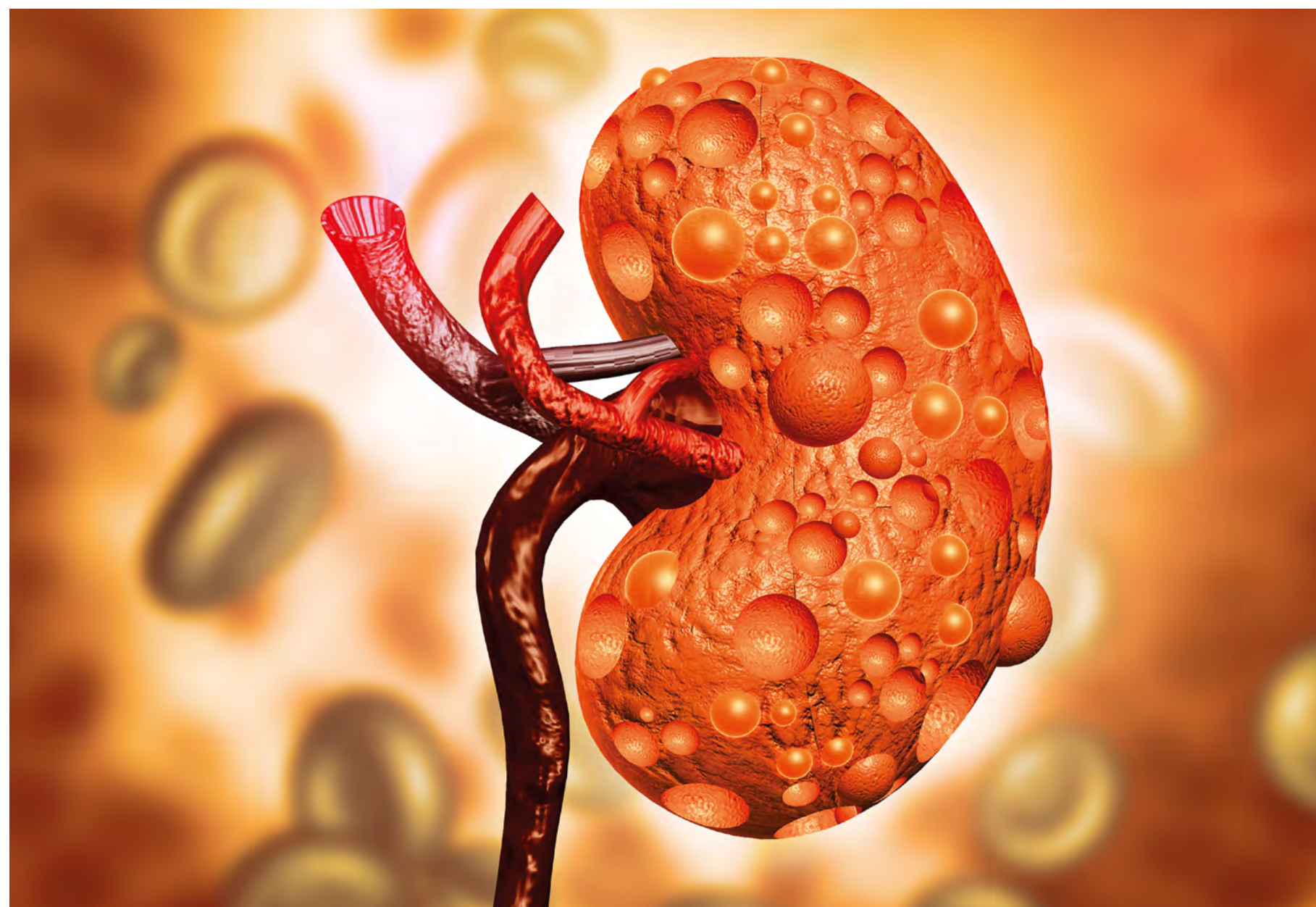
Fot. Szymon Czerwiński

”

Jakub Chwiećko: Wierzę w nowoczesne technologie, dlatego stworzyliśmy sieć Lekarzy Innowatorów. Uważamy, że jest wiele rozwiązań, które można wdrażać do opieki zdrowotnej, by wspierać lekarzy w ich decyzjach terapeutycznych

”

Wiktor Janicki: Uważam, że firmy, które są w tej szczęśliwej sytuacji, że nie mają już wyzwania refundacyjnych, powinny brać na siebie odpowiedzialność za profilaktykę



Fot. ianagphoto

razy mniej na profilaktykę. W obszarze PChN mamy refundację leków. Ministerstwo Zdrowia dokonało rzeczywiście olbrzymiego skoku jakościowego, jeżeli chodzi o dostępność nowoczesnego leczenia. Naszą odpowiedzialnością w tej sytuacji jest również pomyślenie o tym, jak sprawić, żeby udrożnić diagnostykę i tym samym poprawić opiekę nad pacjentami. Uważam, że firmy, które są w tej szczęśliwej sytuacji, że nie mają już wyzwania refundacyjnych, powinny brać na siebie odpowiedzialność za profilaktykę. Jako firma w 2023 r. wydaliśmy ponad 15 mln zł na wspieranie profilaktyki w różnych obszarach: PChN, onkologicznym, w chorobach rzadkich. Wierzę, że im zdrowszy i mniej przeciążony będzie system ochrony zdrowia, tym lepiej dla nas wszystkich. Także potencjalnych pacjentów. Jest taka piękna nazwa „zrównoważone systemy ochrony zdrowia”. Moim zdaniem te systemy będą zrównoważone, jeżeli wszyscy będziemy wykonywali swoją pracę. Jeżeli każdy z nas nie dołoży tej swojej malutkiej cegiełki do naprawy systemu, nawet w takich częściach jak na przykład upowszechnienie profilaktyki, to on nie ma szans wytrzymać chociażby zmian demograficznych, które są przed nami. Jesteśmy w tej szczęśliwej sytuacji, że dzięki pracy prof. Mastalerz-Migas i prof. Gellerta już dużo się dzieje, ale myślę, że konieczne są dalsze kroki. Warto w Ministerstwie Zdrowia przejść do etapu analizy, oceny, a co nie działała w profilaktyce, gdzie mamy białe plamy w procesie. Zastanówmy się, jak z tej wiedzy skorzystać i zbudować rozwiązanie na poziomie całego systemu i całego kraju – proponował.

### Chcemy wykrywać PChN wcześniej i zapewnić pacjentom długie życie

Debatę podsumowała prof. Agnieszka Mastalerz-Migas: – Jesteśmy dopiero na początku drogi, a budowanie koordynacji opieki wymaga sporo czasu i wysiłku. Ogromnie ważna będzie rola koordynatora, który dopilnuje, żeby pacjent przyszedł na drugie badanie, żeby lekarz zobaczył wynik itd. Oczywiście docelowo będziemy chcieli ten proces zautomatyzować. Będziemy mogli to zrobić dzięki wykorzystaniu narzędzia cyfrowego – dokumentu elektronicznego IPOM, czyli Indywidualnego Planu Opieki Medycznej. Kolejnym krokiem, nad którym powinniśmy pracować, jest zrobienie checkpointów, w których będzie się wprowadzało wyniki jako element elektronicznej dokumentacji medycznej. Pozwoli to faktycznie sprawdzić, czy badanie zostało wykonane i jaki był wynik. Dzięki opiece koordynowanej pacjenci otrzymują edukację, konsultacje dietetyka, możliwość konsultacji specjalistycznej nefrologa i współpracy z nefrologiem na etapie, gdy zostaje wykryta PChN. Naszym celem jest zmiana wskaźników statystycznych, bo wiemy, że na ogół PChN jest wykrywana, kiedy pacjent ma GFR w zakresie 20–30 ml/min. To bardzo późno, ponieważ często jest to już krzywa spadkowa pokazująca, że zbliżamy się nieuchronnie do leczenia nerkozaścępczego. A my chcemy wykrywać chorobę wcześniej – wtedy, kiedy możemy zastosować leczenie farmakologiczne, spowolnić progresję i zapewnić pacjentowi długie lata życia ze względnie wydolnymi nerkami.

Dorota Mirska