Załącznik do uchwały nr 1267/16
Zarządu Województwa Łódzkiego
z dnia 26 października 2016 r.

Fundusze Europejskie Program Regionalny | promuje łódzkie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

PROGRAM
WCZESNEGO WYKRYWANIA PRZEWLEKŁEJ CHOROBY NEREK DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO

Okres realizacji Programu: 2017-2018

Autorzy Programu: Ewelina Włodarczyk - główny specjalista ds. polityki zdrowotnej w Departamencie Polityki Zdrowotnej
Założenia do Programu (fiszka) – Justyna Felcenloben - główny specjalista ds. polityki zdrowotnej i programów zdrowotnych w Departamencie Polityki Zdrowotnej
we współpracy z Departamentem Europejskiego Funduszu Społecznego

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
3. Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś X, Priorytet Inwestycyjny 8 vi.
4. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, zatwierdzone przez Ministra Rozwoju w dniu 23.12.2015 r., wydane na podstawie art. 5 pkt 11 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020.
5. Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020., Rozdział 6.2, Narzędzie 2.
6. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego
Wrzesień, 2016

OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

Przewlekła choroba nerek (PChN) to wieloobjawowy zespół chorobowy, będący następstwem trwałego uszkodzenia lub spadku liczby czynnych nefronów niszczonych przez procesy chorobowe toczące się w nerkach, a tym samym powodujący progresywne zmniejszanie filtracji kłębuszkowej (GFR) (*Muszyńska, Mastalerz-Migas, Pokorna-Kałwak, Steciwko, 2010).* Według wytycznych Kidney Disease Improving Global Outcomes KDIGO opublikowanych w 2013 roku (*KDIGO, 2013*), przewlekłą chorobę nerek definiuje się jako nieprawidłowości budowy lub czynności nerek utrzymujące się powyżej 3 miesięcy, mające następstwa dla zdrowia. Stosowanie kryterium czasu jest istotne dla odróżnienia PChN od ostrego uszkodzenia nerek (*AKI – acute kidney injury*). Podstawą do rozpoznania przewlekłej choroby nerek jest utrzymywanie się w okresie dłuższym niż 3 miesiące któregokolwiek z następujących objawów: zmniejszenie przesączania kłębuszkowego (GFR) poniżej 60 ml/min/1,73 m^2 i/lub występowanie wskaźników uszkodzenia nerek takich jak: albuminuria (≥ 30 mg/d; wskaźnik albumina/kreatynina ≥ 30 mg/g), nieprawidłowy osad moczu, nieprawidłowości, przede wszystkim w zakresie elektrolitów będące wynikiem zaburzeń czynności cewek nerkowych, odchylenia w badaniach obrazowych nerek, zmiany stwierdzone w biopsji nerek, a także przeszczep nerki.

Klasyfikacja przewlekłej choroby nerek opiera się na ustaleniu przyczyny PChN oraz stopnia jej zaawansowania (określonego na podstawie wielkości GFR i albuminurii).

Wyróżnia się 5 stadiów choroby, w zależności od stopnia wydolności nerek, mierzonej na podstawie wartości przesączania kłębuszkowego. Prawidłowe GFR u młodej dorosłej osoby wynosi około 125 ml/min/1,73 m^2. Kategoria G1 oznacza prawidłowe lub zwiększone GFR (≥ 90 ml/min/1,73 m^2), a G2 - niewielkie zmniejszenie GFR (60-89 ml/min/1,73 m^2). Powyższe stadia, w których funkcje wydalnicze nerek są prawidłowe lub nieznacznie obniżone, nie wystarczają do rozpoznania PChN, jeśli nie występują jednocześnie inne wykładniki uszkodzenia nerek stwierdzone w badaniach laboratoryjnych lub obrazowych. Wartością graniczną, poniżej której można mówić o niewydolność nerek jest GFR < 60 ml/min/1,73 m^2. Kategoria G3 w wytycznych KDIGO 2012 została podzielona na 2 podgrupy (G3a – GFR: 45-59 ml/min/1,73 m^2; G3b – GFR: 30-44 ml/min/1,73 m^2), z uwagi na znacznie wyższe ryzyko postępu przewlekłej choroby nerek i zgonu z przyczyn ogólnych jak i sercowo-naczyniowych przy wartościach GFR w drugiej podgrupie. Kategoria G4 oznacza ciężkie zmniejszenie przesączania kłębuszkowego (15-29 ml/min/1,73 m^2). Przy GFR <15 ml/min/1,73 m^2 występuje schyłkowa niewydolność nerek (kategoria G5).

Pomiar albuminurii przy klasyfikacji PChN stosuje się ze względu na jej udokumentowaną korelację z progresją choroby oraz wzrostem ryzyka zgonu lub wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. Są trzy kategorie albuminurii: A1 - nieobecna lub łagodna (utrata albumin z moczem <30 mg/d); A2 - umiarkowana (30-300 mg/d); A3 - ciężka (>300 mg/d). Przy albuminurii >30 mg/d utrzymującej się przez okres ponad 3 miesięcy można rozpoznać PChN niezależnie od wartości przesączania kłębuszkowego. (*Drabczyk, 2013).* Wraz ze wzrostem kategorii albuminurii i wskaźnika GFR rośnie ryzyko niekorzystnego rokowania, zwłaszcza przy progresji obu czynników łącznie *(Wróblewski, 2014).*

Przewlekła choroba nerek może wystąpić samoistnie lub być powikłaniem innych chorób cywilizacyjnych. Czynniki ryzyka wystąpienia PChN dzielą się na kliniczne (cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby autoimmunologiczne, zakażenia dróg moczowych, kamica moczowa, przeszkoda w dolnych drogach moczowych, nowotwór, PChN stwierdzona w wywiadzie rodzinnym, przebyta ostra niewydolność nerek, narażenie na leki nefrotoksyczne) oraz socjodemograficzne (podeszły wiek, narażenie na niektóre czynniki chemiczne i środowiskowe, niski status socjoekonomiczny, niektóre grupy etniczne) *(Myśliwiec red., 2008).*

Wśród przyczyn schyłkowej niewydolności nerek na pierwszym miejscu rozpoznaje się nefropatię cukrzycową, następnie przewlekłe kłębuszkowe zapalenie nerek oraz nefropatię nadciśnieniową *(Król i Rutkowski, 2008).*

PChN ma początkowo przebieg bezobjawowy, a symptomy kliniczne pojawiające się wraz z postępującym upośledzeniem funkcji nerek są mało charakterystyczne. Wraz z progresją choroby pogorszeniu ulegają wszystkie czynność nerek związane z regulacją gospodarki wodno-elektrolitowej, równowagi kwasowo-zasadowej i wapniowo-fosforanowej oraz produkcją erytropoetyny i reniny. Dolegliwości takie jak m.in.: ciągłe zmęczenie, bezsenność, trudności z koncentracją, drżenia mięśniowe, brak apetytu, niesmak w ustach, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, obrzęki nóg i twarzy widoczne tuż po przebudzeniu, suchość skóry, świąd, częste oddawanie moczu (zwłaszcza w nocy), niedokrwistość, bóle kostno-stawowe oraz nawracające zakażenia układu moczowego pojawiają się, gdy nerki są już bardzo zniszczone.

PChN jest jednym z głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia. Zaburzenia metaboliczne występujące w tej chorobie, przyspieszają procesy miażdżycowe w naczyniach krwionośnych oraz odkładanie się złogów wapniowo-fosforanowych w tętnicach wieńcowych i zastawkach serca. PChN wpływa także na rozwój neuropatii autonomicznej serca i naczyń, prowadzącej m.in. do upośledza odczuwania bólu wieńcowego - u ok. 75% pacjentów z chorobą niedokrwienną serca występuje jej bezobjawowa forma *(Januszko-Giergielewicz i in., 2014).* Większość chorych na

przewlekłą chorobę nerek ma objawy niewydolności krążenia związanej z nadciśnieniem, niedokrwistością, miażdżycą, czy przerostem mięśnia lewej komory serca. U osób z PChN występuje 10-20 razy wyższe ryzyko zgonu z przyczyn sercowych niż u osób w tym samym wieku i tej samej płci bez PChN *(Johnson, 2012).* Według badań przeprowadzonych w USA, 45% chorych z niewydolnością nerek umiera z przyczyn sercowo-naczyniowych *(Dąbrowski i Szybka, 2010).*

Nadciśnienie tętnicze może być zarówno przyczyną jak i skutkiem chorób nerek. W Polsce częstość jego występowania w populacji dorosłych waha się od 30 do 34%. Analiza częstości występowania nadciśnienia tętniczego wśród uczestników programu PolNef, u których zdiagnozowano PChN potwierdziła jego wysoką - 70% częstość. Nadciśnienie tętnicze okazało się również niezależnym czynnikiem ryzyka wystąpienia albuminurii w przypadku kobiet i mężczyzn *(Król i Rutkowski, 2014).*

Przewlekła choroba nerek ma charakter postępujący i niemal u wszystkich chorych konieczne jest rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego. Stosowane metody to hemodializa (HD, dializa pozaustrojowa), dializa otrzewnowa (dializa wewnątrzustrojowa) oraz przeszczep nerki. W Polsce metodą stosowaną u ponad 90% pacjentów jest hemodializa. Leczenie nerkozastępcze ma na celu utrzymanie właściwego składu i objętości płynów ustrojowych, a przez to zapewnienie pacjentowi długości i jakości życia podobnej jak w prawidłowej czynności nerek. Najlepsze efekty dla chorego daje przeszczep nerki od dawcy żywego, jest to także metoda tańsza od dializoterapii. Jednak według informacji zamieszczonej na stronie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych, w Polsce przeszczepianie nerek od dawców żywych jest metodą leczenia znacznie rzadziej stosowaną (2 – 5% wszystkich przeszczepień), w porównaniu z innymi krajami europejskimi czy USA (20 – 60%).

Wczesne wykrycie choroby i rozpoczęcie terapii oraz przestrzeganie przez pacjenta zaleceń lekarskich i dietetycznych, może wyraźnie poprawić jego stan zdrowia, pozwala uniknąć powikłań ze strony innych narządów, zwłaszcza układu krążenia i w wielu przypadkach umożliwia odroczenie decyzji o leczeniu nerkozastępczym. Dlatego dużą rolę w profilaktyce PChN odgrywają badania przesiewowe, oparte na testach laboratoryjnych krwi i moczu oraz edukacja pacjentów.

2. Epidemiologia

Przewlekła choroba nerek jest obecnie uznawana za chorobę cywilizacyjną i poważny problem społeczny. Według ekstrapolacji badania NHANES III odsetek osób chorujących wynosi około 11%. Szacuje się, że PChN w różnych stadiach występuje u 600 mln ludzi na świecie i ponad 4,2 mln ludzi w Polsce *(Król i Rutkowski, 2008).* W badaniu PolNef przeprowadzonym w 2004 roku w województwie pomorskim, PChN rozpoznano

u 18,4% uczestników *(Król i Rutkowski 2014)*. Niewiele niższy wynik uzyskano w wyniku analizy dokumentacji medycznej pacjentów poradni podstawowej opieki zdrowotnej w Olsztynie – 17,8% *(Kozłowska-Trusewicz i Małyszko, 2010)*. W grupach ryzyka (nadciśnienie, cukrzyca itp.) PChN może dotyczyć ponad 50% subpopulacji *(Rutkowski z Zespołem Konsultanta Krajowego, 2009)*.

Zgodnie z pismem skierowanym do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego przez NEFRON, Sekcję Nefrologiczną Izby Gospodarczej Medycyna Polska w związku z obchodami Światowego Dnia Nerek w 2016 roku, w prowadzonej od 2010 roku kampanii społecznej bezpłatnych badań przesiewowych nerek NEFROTEST, w której wzięło udział do tej pory ponad 44 tys. osób ze wszystkich województw, nieprawidłowy wynik stężenia kreatyniny oraz wskaźnika eGFR stwierdzono u ponad 10% przebadanej populacji. W województwie łódzkim kampanię prowadzono w dwóch powiatach - w 2015 roku wśród 1.131 osób przebadanych w powiecie kutnowskim 4% osób miało wynik niezgodny z normami, w 2014 roku w Sieradzu wśród 882 badanych odsetek wyników wskazujących na problem z nerkami wynosił ponad 18%.

Społeczny wymiar choroby powiększa fakt stałego narastania grupy osób w jej schyłkowym stadium, wymagającym leczenia nerkozastępczego. Na świecie korzysta z niego ponad 2 mln ludzi, przy czym szacuje się, że jest to tylko 10% populacji, która wymaga takiej formy terapii *(Campbell i in., 2016)*. W Polsce w 2013 roku dializowano 19.420 osób, tj. o 794 więcej niż rok wcześniej *(Załuska i wsp., 2015)*. Według danych Poltransplantu, w latach 2009 – 2014 w całym kraju wykonano 6.225 przeszczepów nerek oraz 163 jednoczesne przeszczepy nerki i trzustki *(Biuletyn informacyjny Poltransplant, 2015)*. W 2015 roku liczba przeszczepów nerek wyniosła 1.018, a liczba przeszczepów nerek i trzustki – 41. Na Krajowej Liście Oczekujących na przeszczep nerek w grudniu 2015 roku było ponad 900 osób.

Przyczyną wzrostu częstości występowania przewlekłej choroby nerek jest starzenie się populacji, epidemia otyłości oraz cukrzycy typu 2, ale również zbyt późne rozpoznawanie choroby i czynników jej ryzyka.

Najczęstszym powodem uszkodzenia nerek jest obecnie cukrzyca. Jawna nefropatia cukrzycowa rozwija się u 30-35% chorych na cukrzycę, przy czym ryzyko jej rozwoju najbardziej wzrasta po 5-15 latach do początku choroby. U chorych na cukrzycę typu I niewydolność nerek może wystąpić u 8% chorych po 25 latach choroby i u 15% osób po 35 latach trwania choroby *(Grzeszczak, 2015)*. Według najnowszych danych opublikowanych na stronie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny, w 2014 r. na świecie na cukrzycę chorowało 422 mln ludzi, przy czym 23,5 miliona osób było niezdiagnozowanych. W Polsce około 2 mln 700 tys. osób ma cukrzycę (±9%), z czego 550 tys. jest tego nieświadoma (*Prezentacja dr Pauliny*

Karwowskiej – Raport WHO, Prezentacja prof. Tomasza Zdrojewskiego – Raport na temat cukrzycy w Polsce). Biorąc pod uwagę częstość występowania PChN u osób z cukrzycą można stwierdzić, że skala problemu jest bardzo duża.

Większość danych epidemiologicznych dotyczących występowania przewlekłej choroby nerek odnosi się do pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek poddawanych leczeniu nerkozastępczemu. Rzeczywista częstość występowania PChN we wcześniejszych stadiach pozostaje nieznana w Polsce, jak i na świecie. Niekompletność danych dla województwa łódzkiego potwierdzają ustalenia z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie nefrologii.

W programie „Zdrowe nerki dla Łodzi" przeprowadzonym w latach 2010/2011 wśród 956 pacjentów jednej z poradni podstawowej opieki zdrowotnej, u których występował co najmniej jeden z wymienionych czynników ryzyka: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, dodatni wywiad rodzinny w kierunku chorób nerek, cechy PChN stwierdzono u 25,3% badanych. Najwięcej osób było w 2 stadium choroby - 61,5%. Pomimo występowania typowych dla przewlekłej choroby nerek czynników ryzyka w populacji objętej programem oraz faktu, że były to osoby objęte opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, nie wykryto u nich wcześniej problemów z nerkami. Wyniki badania wskazują na potrzebę prowadzenia badań przesiewowych w grupach szczególnie narażonych (*Kołodziejska, Adamiec i Nowicki, 2013*).

Dane pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczą rozpoznań głównych N17-N19 wg ICD10 (niewydolność nerek). Z informacji uzyskanych z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (ŁOW NFZ) wynika, że w województwie łódzkim od 2013 r. obserwuje się wzrost liczby pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (z 7.586 w 2013 r. do 9.356 w 2015 r.) i leczenia szpitalnego (z 4.388 w 2013 r. do 5.519 w 2015 r.). Liczba pacjentów z niewydolnością nerek leczonych w poradniach nefrologicznych województwa łódzkiego w latach 2013 - 2015 wzrosła z 7.150 do 8.831 (o 19%). W 2015 roku osoby w wieku aktywności zawodowej stanowiły 20,8% tej populacji.

W latach 2013-2015 w województwie łódzkim dializoterapią objęto 2.611 osób, z czego w 2015 roku 1.711 osób. 40% osób dializowanych w 2015 r. była w wieku aktywności zawodowej.

Częstość korzystania ze świadczeń w zakresie nefrologii w województwie łódzkim jest wysoka w porównaniu z resztą kraju. Na podstawie danych Centrali NFZ za I półrocze 2015 roku wyliczono, że współczynnik leczonych chorych w poradniach nefrologicznych na 10.000 mieszkańców, w województwie łódzkim był jednym z najwyższych w Polsce (po województwie śląskim i podkarpackim) i wynosił 43 osoby, przy średniej dla kraju 37 *(uchwała 13/2015/III Rady NFZ z dn. 15.09.2015 r.)*. Według „Mapy potrzeb zdrowotnych

w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa łódzkiego", w 2014 roku współczynnik chorobowości szpitalnej osób hospitalizowanych na 100 tys. ludności w oddziałach nefrologicznych w województwie łódzkim był najwyższy w kraju. Z uwagi na czynniki predysponujące do rozwoju przewlekłej choroby nerek warto dodać, że wartość tego współczynnika była również najwyższa w Łódzkiem w porównaniu z resztą Polski dla oddziałów kardiologicznych i diabetologicznych.

Przewlekłą chorobę nerek należy rozpatrywać jako istotny problem dla województwa łódzkiego również z uwagi na postępujący proces starzenia się populacji regionu oraz złą sytuację epidemiologiczną w zakresie chorób układu krążenia. Efektywność nerek zmniejsza się począwszy od 40 roku życia o 10% z każdym dziesięcioleciem. Natomiast województwo łódzkie pod względem demograficznym jest najstarsze w Polsce. Odsetek osób w wieku poprodukcyjnym w 2014 roku według danych GUS wynosił 21,2%, przy średniej w kraju 19%. Mediana wieku w regionie wynosiła 41,3 (dla Polski 39,4).

Według „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa łódzkiego", Łódzkie charakteryzuje się jedną z wyższych zapadalności na choroby kardiologiczne (obok śląskiego, dolnośląskiego i mazowieckiego) - w tych województwach około 1 na 100 mieszkańców w roku 2013 rozpoczął leczenie w związku ze schorzeniem kardiologicznym. Natomiast zgodnie z Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 *„choroby układu krążenia są najczęstszą przyczyną zgonu, ale szczególnie duże nasilenie umieralności z tego powodu obserwowano w województwach lubuskim, łódzkim i śląskim".*

3. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Celem Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 – 2020 (RPO WŁ na lata 2014-2020), Priorytet inwestycyjny 8 vi Aktywne i zdrowe starzenie się, jest wdrożenie programów mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu, w tym szczególnie osób powyżej 50 roku życia. Realizowane działania m.in. poprzez wykrywanie chorób we wcześniejszym stadium, mają przyczynić się do utrzymania aktywności zawodowej osób ze zdiagnozowaną chorobą.

Mając na uwadze powyższe zapisy RPO WŁ na lata 2014-2020 „Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego" (zwany dalej Programem) skierowany jest do osób, które spełniają łacznie poniższe wymogi:

- są mieszkańcami województwa łódzkiego;
- są w wieku aktywności zawodowej z przedziału 50-65 lat. Przy czym zgodnie z

ustaleniami przedstawionymi przez Ministerstwo Rozwoju osoby w wieku aktywności zawodowej powinny być osobami aktywnymi zawodowo tj. osobami pracującymi albo osobami pozostającymi bez zatrudnienia, ale poszukującymi pracy i zainteresowanymi jej podjęciem[1];

- nie miały rozpoznanej dotychczas przewlekłej choroby nerek;
- występuje u nich przynajmniej jeden z poniższych czynników ryzyka, zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence *(NICE guideline CG182)* oraz opinią AOTMiT nr 147/2016 z dnia 12.08.2016 r. o projekcie niniejszego Programu.
  - cukrzyca,
  - nadciśnienie tętnicze,
  - przebyta ostra niewydolność nerek,
  - ekspozycja na leki związane z gwałtownym pogorszeniem funkcji nerek,
  - choroby układu sercowo-naczyniowego,
  - zaburzenia strukturalne układu moczowego, z nawracającą kamicą nerkową lub przerostem gruczołu krokowego,
  - choroby układowe, które mogą wpływać na funkcje nerek (np. toczeń rumieniowy układowy),
  - schyłkowa niewydolność nerek lub choroby nerek o podłożu genetycznym w rodzinie;
  - otyłość z BMI > 35 kg/m^2.

W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, z badań przesiewowych mogą skorzystać osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonywanych w ramach NFZ, budżetu państwa lub środków samorządowych badań diagnostycznych przewidzianych w Programie (pacjent składa oświadczenie o niekorzystaniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy w ramach środków publicznych z badań diagnostycznych przewidzianych w Programie (tj. badania stężenia kreatyniny z oszacowaniem eGFR, ogólnego badania moczu, badania albuminurii).

Według danych GUS na dzień 31.12.2015 roku województwo łódzkie liczyło 2.493.603 mieszkańców. Liczba osób w wieku 50 – 65 lat wynosiła 572.668 osób. Rzeczywista wielkość populacji kwalifikującej się do Programu jest niższa, z uwagi na kryteria włączenia, takie jak aktywność zawodowa, występowanie czynników ryzyka czy wykluczenie z Programu osób, które miały wykonane tożsame badania diagnostyczne w przeciągu 12 miesięcy w ramach NFZ lub z innych środków publicznych. Natomiast

[1] Osoby aktywne zawodowo są rozumiane, zgodnie z ustaleniami przedstawionymi przez Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, analogicznie jak w metodologii stosowanej w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności.

nie ma możliwości oszacowania tej populacji z uwagi na brak danych statystycznych na ten temat.

4. Obecne postępowanie

Opieka nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek odbywa się w ramach poradni podstawowej opieki zdrowotnej, poradni nefrologicznej, oddziału nefrologicznego oraz stacji dializ. Według danych ze strony internetowej ŁOW NFZ (rejestr umów) w województwie łódzkim w 2016 roku kontrakt na świadczenia w zakresie nefrologii posiada 19 poradni specjalistycznych, w tym 8 w Łodzi. Funkcjonuje ponadto 8 oddziałów nefrologicznych (4 w Łodzi). Umowę na świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie hemodializoterapii zawarło 9 świadczeniodawców, spośród nich 5 posiada również kontrakt w zakresie dializoterapii otrzewnowej. W województwie łódzkim funkcjonuje ogółem 15 stacji dializ.

W publicznym systemie ochrony zdrowia brak jest obecnie kompleksowych działań ukierunkowanych na wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek. Badania diagnostyczne zaproponowane w niniejszym Programie są dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ale najczęściej są wykonywane u osób zdiagnozowanych. Dodatkowo w podstawowej opiece zdrowotnej ocena funkcji nerek odbywa się głównie w oparciu o stężenie kreatyniny w surowicy krwi (bez wyliczania wskaźnika eGFR), które jest zależne m.in. od płci, wieku czy masy ciała, a także może pozostawać w granicach normy, aż do czasu zniszczenia około połowy miąższu nerek, w związku z czym nie nadaje się do wczesnego wykrywania PChN jako test przesiewowy *(Myśliwiec red., 2008).*

Z danych uzyskanych z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wynika, że w 2015 roku w poradniach POZ leczyło się 2.461.675 pacjentów, w tym 4.895 osób powodu niewydolności nerek (N17-N19 wg ICD 10). Wśród osób z czynnikami ryzyka rozwoju PChN było: 107.125 osób z cukrzycą, 469.309 osób z chorobą nadciśnieniową oraz 163.593 pacjentów z innymi chorobami układu krążenia. Liczba wykonanych badań stężenia kreatyniny zleconych przez lekarzy POZ w 2015 roku wyniosła 274.600, liczba badań ilościowego oznaczania białka w moczu – 37.514, czyli o wiele mniej niż liczba pacjentów z grup ryzyka. Zgodnie z informacją z ŁOW NFZ edukacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek nie jest finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych.

Należy podkreślić, że od wielu lat środowisko nefrologiczne w Polsce postuluje wprowadzenie powszechnego programu wczesnej identyfikacji pacjentów z przewlekłą

chorobą nerek, do tej pory brak jednak systemowych rozwiązań w tym zakresie *(Król i Rutkowski, 2008; Rutkowski, 2010).*

Wśród nielicznych działań prowadzonych dotychczas w Polsce największą jest kampania społeczna NEFROTEST zainicjowana przez NEFRON Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska. Celem jest upowszechnianie wiedzy o roli nerek w organizmie i przekonanie Polaków do regularnych badań profilaktycznych pod kątem chorób układu moczowego. Akcja odbywa się corocznie od 2010 roku w związku z obchodami Światowego Dnia Nerek w różnych miastach Polski. W ramach kampanii wykonywane są bezpłatne badania kreatyniny we krwi, z wyliczeniem wskaźnika eGRF. Dotychczas przebadano ponad 44 tys. osób ze wszystkich województw. W województwie łódzkim w latach 2014-2016 badania były prowadzone w 3 miastach (Kutno, Sieradz, Łódź).

Nie odnaleziono przykładów innych kampanii lub programów profilaktycznych na terenie kraju dotyczących wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek. Z kolei programy edukacji pacjentów z PChN są prowadzone przez niektóre ośrodki nefrologiczne, m.in. Klinikę Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, czy Katedrę i Klinikę Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (program edukacji przeddializacyjnej).

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Obecnie przewlekła choroba nerek rozpoznawana jest najczęściej przypadkowo i zbyt późno, w stadium wymagającym wdrożenia leczenia nerkozastępczego. Około 60% pacjentów wymaga dializoterapii lub transplantacji nerki już po 6 miesiącach od rozpoznania choroby *(Muszyńska i in., 2010).* Schyłkowa niewydolność nerek wiąże się z bardzo wysoką śmiertelnością, zachorowalnością i obniżoną jakością życia. Poza tym dializoterapia jest bardzo dużym obciążeniem finansowym. W USA jest to koszt około 40 miliardów dolarów rocznie, co stanowi około 6% wydatków zdrowotnych, przeznaczonych dla jedynie 0,1% populacji *(Perkovic i wsp., 2012).* Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ koszty dializoterapii poniesione w 2015 roku w województwie łódzkim wyniosły prawie 80,5 mln zł, co daje wartość około 47 tys. zł na jednego dializowanego pacjenta rocznie.

W Polsce środowisko nefrologiczne od dawna zgłasza potrzebę wdrażania programów przesiewowych w kierunku PChN. Podobną opinię wyrażają organizacje pozarządowe. Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych, Stowarzyszenie Dializowanych „Nephros", Ogólnopolskie Stowarzyszenie „Nerka" oraz Zgierskie Stowarzyszenie Dializowanych w dniu 14 kwietnia 2016 roku wystosowały do Ministra

Zdrowia wniosek o powołanie grupy roboczej działającej przy Ministerstwie Zdrowia, której zadaniem będzie stworzenie programu profilaktyki przewlekłej choroby nerek *(osod.info)*.

Wykrycie choroby w mniej zaawansowanym stadium pozwala na zastosowanie nefroprotekcji niefarmakologicznej oraz farmakologicznej, a przez to wpływa na wydłużenie okresu leczenia zachowawczego oraz zmniejszenie zapotrzebowania na leczenie nerkozastępcze. Odpowiednio wcześnie zastosowana terapia może spowolnić, a nawet zahamować postęp choroby. Wykazano, że leczenie zachowawcze z wykorzystaniem nawet najdroższych specyfików jest 3-4 krotnie tańsze niż roczny koszt dializoterapii. Tym samym odsunięcie w czasie konieczności zastosowania leczenia nerkozastępczego ma ogromne znaczenie nie tylko dla jakości życia pacjenta oraz jego aktywności, w tym zawodowej, ale przynosi znaczące oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej *(Król i Rutkowski 2008; Rutkowski, 2009)*.

Wytyczne byłego Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Nefrologii opracowane z grupą ekspertów wskazują, że istotnym elementem działań w postępowaniu z chorymi na PChN jest powszechna edukacja zdrowotna pacjentów oraz ich bliskich. W zależności od etapu choroby edukacja powinna dotyczyć informacji na temat samego schorzenia i jego powikłań, metod nefroprotekcji, a także dostępnych sposobów leczenia, w celu przygotowania pacjenta do podjęcia świadomego wyboru odpowiedniej metody terapii w przyszłości *(Rutkowski z Zespołem Konsultanta, 2009)*. Edukacja wpływa na zwiększenie świadomości zdrowotnej pacjentów, ułatwia akceptację choroby i zmniejsza obawy związane ze schorzeniem.

Istotne znaczenie ma włączenie pacjenta w proces podejmowania decyzji dotyczących jego zdrowia, w zakresie samokontroli oraz wyboru metod terapii w bardziej zaawansowanych stadiach choroby. Ważnym elementem w procesie leczenia jest także objęcie działaniami edukacyjnymi rodziny chorego, aby mogła ona lepiej zrozumieć chorobę i problemy związane z jej leczeniem oraz stanowiła wsparcie dla pacjenta. Zaangażowanie rodziny zwiększa motywację do utrzymania zdrowia, pomaga w przestrzeganiu codziennych zaleceń, a także może wpływać na zmniejszenie liczby zaburzeń depresyjnych wśród chorych *(Białobrzeska, Bielińska-Ogrodnik i Król, 2011; Sierakowska i Wrońska, 2015)*.

W codziennej praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub specjalisty nefrologa nie ma możliwości poświęcenia wystarczającej ilości czasu na przeprowadzenie szczegółowej edukacji pacjentów z PChN. Dlatego większość chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, pomimo długoletniego leczenia w poradni nefrologicznej ma niedostateczną wiedzę na temat swojej choroby, a 30% z nich rozpoczyna dializę w sposób nieplanowy *(Wojtaszek i Matuszkiewicz-Rowińska, 2011)*. Niska świadomość zdrowotna związana z przewlekłą chorobą nerek w populacji ogólnej została wykazana

w programie PolNef. Badanie ankietowe przeprowadzone w 2008 roku wśród pacjentów poradni nefrologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Gdańsku wykazało, że 92% ankietowanych widziało potrzebę organizowania specjalnych spotkań edukacyjnych dla pacjentów z PChN, a 74% była bezpośrednio zainteresowana udziałem w takich spotkaniach *(Białobrzeska, 2011)*. Wyniki Programu Edukacji Przeddializacyjnej w Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego prowadzone w latach 2005-2009 dowiodły, że największą szansę na planowe rozpoczęcie leczenia mieli pacjenci, którzy byli pod opieką lekarza nefrologa i uczestniczyli w programie edukacji przeddializacyjnej (98% pacjentów). W grupie osób pozostających tylko pod opieką poradni nefrologicznej planowo rozpoczęło dializoterapię 48% chorych. Udział w programie miał również wpływ na rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego w dobrym stanie klinicznym, z lepiej zachowaną czynnością resztkową nerek, lepiej wyrównaną niedokrwistością, a także wpływał na zmniejszenie śmiertelności w populacji objętej edukacją zdrowotną *(Wojtaszek, 2011)*.

Dzięki działaniom realizowanym w ramach „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego", wzrośnie wykrywalność PChN w jej mniej zaawansowanych stadiach, co obniży koszty społeczne i ekonomiczne leczenia skutków choroby, a także może zapobiec przedwczesnej eliminacji z rynku pracy osób aktywnych zawodowo. Edukacja pacjentów wpłynie na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej, co przełoży się na wydłużenie okresu leczenia zachowawczego. Poprzez działania informacyjno-edukacyjne dotyczące Programu skierowane do mieszkańców województwa łódzkiego wzrośnie świadomość społeczna na temat choroby oraz potrzeby wykonywania badań profilaktycznych w grupach ryzyka. Program wpłynie również na zwiększenie dostępności do konsultacji nefrologicznych.

Mając na uwadze, iż u pacjentów z PChN śmiertelność z powodu chorób układu krążenia jest 3 razy większa niż w wyniku bezpośrednich następstw choroby podstawowej, można stwierdzić, wczesne wykrycie choroby oraz eliminacja bądź monitorowanie czynników ryzyka jej powstawania, ma także na celu zmniejszanie powikłań ze strony układu krążenia.

Zdaniem konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie nefrologii istnieje potrzeba wdrożenia programu polityki zdrowotnej dotyczącego wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom nerek w województwie łódzkim.

Należy podkreślić, że realizacja Programu wpisuje się pośrednio w kierunki interwencji Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 oraz priorytet zdrowotny określony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. dotyczący zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych.

Program jest zgodny z celami określonymi w dokumencie pn.: „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020" (cel strategiczny 2: Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia oraz cel strategiczny 3. Poprawa dostępności usług zdrowotnych, cel operacyjny *3.2.* Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia). Program stanowi realizację celów określonych w „Planie działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego". Jest komplementarny w stosunku do realizowanego w latach 2014-2015 z budżetu województwa łódzkiego Programu wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom układu krążenia.

Fiszka Programu, uwzględniająca m.in. założenia budżetowe, była opiniowana przez Departament Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia pod względem zgodności założeń Programu z zapisami dokumentu Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 i uzyskała opinię pozytywną z zastrzeżeniami. Wstępne spostrzeżenia do Programu przedstawiła również Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Program został uzgodniony z Komitetem Sterującym ds. koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia, którego pracami kieruje Ministerstwo Zdrowia i zaakceptowany do realizacji przez to gremium na podstawie uchwały nr 8/2016 Komitetu Sterującego z dnia 26 lutego 2016 roku w sprawie przyjęcia Planu działań w sektorze zdrowia na rok 2016 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego.

Program został zmodyfikowany w stosunku do pierwotnych założeń zawartych w fiszce (w zakresie celów, adresatów oraz planowanych interwencji), z uwzględnieniem uwag Ministerstwa Zdrowia oraz AOTMiT.

Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020" przy podejmowaniu regionalnych programów polityki zdrowotnej istotny jest też kontekst dotyczący czynników wykluczających z rynku pracy. W świetle wyników badania „Stare czy nowe kwalifikacje – rynek pracy w Łódzkiem wobec osób po 50 roku życia" (*Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, 2013*) stan zdrowia jest jednym z głównych czynników ograniczających aktywność zawodową mieszkańców województwa łódzkiego z grupy 50+. Dane pochodzące ze statystyki publicznej (*GUS*) wskazują, że choroba i niepełnosprawność jest trzecią przyczyną bierności zawodowej zarówno wśród kobiet, jak też wśród mężczyzn z województwa łódzkiego (*GUS, 2014*). Należy podkreślić, że aktywność zawodowa osób z grupy 50+ pozostaje w Polsce szczególnie niska i choć się zwiększa to należy do najniższych w Unii Europejskiej (*Umowa Partnerstwa, Ministerstwo Rozwoju, 2015*). W związku z powyższym

ukierunkowanie niniejszego Programu na osoby w wieku 50+ jest również trafne z perspektywy problemów wykluczających z rynku pracy oraz kierunków interwencji wynikających z założeń wydatkowania funduszy unijnych w latach 2014-2020.

Cele programu

1. Cel główny

Ograniczenie progresji przewlekłej choroby nerek wśród co najmniej 8% uczestników Programu, poprzez wczesne wykrycie choroby, objęcie działaniami edukacyjnymi oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.

2. Cele szczegółowe

- Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków przewlekłej choroby nerek w stadiach 3a i 3b oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.
- Zwiększenie poziomu wiedzy populacji objętej Programem temat choroby, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji w okresie trwania Programu.
- Zwiększenie umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia osób z wykrytą PChN w okresie trwania Programu.

3. Oczekiwane efekty

- Objęcie badaniem w kierunku występowania przewlekłej choroby nerek co najmniej 5.000 osób z grup ryzyka.
- Wykrycie przypadków przewlekłej choroby nerek w populacji objętej Programem, w tym co najmniej 30% w stadiach 3a i 3b umożliwiających wdrożenie działań nefroprotekcyjnych i/lub leczenia zachowawczego.
- Skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ 100% osób z wykrytą chorobą w ramach Programu, wymagających dalszej opieki w tym zakresie.
- Wzrost poziomu wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji u co najmniej 80% osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych.

- Wzrost poziomu wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji u co najmniej 80% osób z wykrytą chorobą.
- Wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia deklarowana przez co najmniej 80% osób z wykrytą chorobą.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Miernik	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba osób przebadanych w ramach Programu	Liczba osób objętych Programem	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Odsetek osób, u których wykryto przewlekłą chorobę nerek, w populacji objętej Programem	Liczba osób objętych Programem	≥ 8%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Odsetek przypadków choroby w stadium zaawansowania 3a lub 3b w populacji osób z wykrytą chorobą	Liczba osób objętych Programem, z wykrytą PCHN	≥ 30%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program.
Liczba osób, którym zalecono dalszą obserwację lub diagnostykę i leczenie w ramach NFZ	Liczba osób objętych Programem ze wskazaniami do dalszej obserwacji, diagnostyki	100%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Odsetek osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych, deklarujących wzrost wiedzy na temat PChN	Liczba osób objętych Programem, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych	≥ 80%	Wyniki ankiety przeprowadzonej po rozmowie edukacyjnej z lekarzem POZ
Odsetek osób z wykrytą chorobą, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji	Liczba osób objętych Programem, które odbyły pełen cykl warsztatów edukacyjnych	≥ 80%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program. Wyniki ankiet oceniających wiedzę przeprowadzonych na pierwszym i ostatnim warsztacie edukacyjnym

Miernik	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Odsetek osób z wykrytą chorobą, które zadeklarowały wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu	Liczba osób objętych Programem, które odbyły pełen cykl warsztatów edukacyjnych	≥ 80%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program. Wyniki ankiety przeprowadzonej na ostatnim warsztacie edukacyjnym

Dodatkowe mierniki – wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO oraz krajowych wytycznych horyzontalnych[2]

Wskaźnik	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru[3]
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	Osoby, które zgłosiły się na badanie profilaktyczne dzięki uczestnictwu w Programie[4]	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	Osoby objęte wsparciem w Programie[5]	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	Osoby w wieku 50 lat i więcej objęte wsparciem w Programie[6]	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program

[2] Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020", Załącznik 1, mierniki efektywności odpowiadające celom programu powinny być zgodne ze wskaźnikami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych (WLWK), stanowiącej załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020". W związku z takim wymogiem z listy WLWK wybrano wskaźniki odpowiadające programowi profilaktycznemu, które będą generowane przez beneficjentów realizujących Program, uzupełniając nimi wskaźniki odpowiadające specyfice interwencji Programu, ustalonymi podczas prac nad Programem.

[3] Definicje wskaźników uwzględnionych w tabeli są zgodne z przedstawionymi w Załączniku 2 do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020".

[4] Na wartość wskaźnika dla Programu będą się składać dane raportowane na poziomie wszystkich wdrożonych projektów dotyczących Programu.

[5] Jak wyżej.

[6] Jak wyżej.

Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Adresatami Programu są osoby, które spełniają łącznie poniższe wymogi:

- są mieszkańcami województwa łódzkiego;
- są w wieku aktywności zawodowej z przedziału 50-65 lat. Przy czym zgodnie z ustaleniami przedstawionymi przez Ministerstwo Rozwoju osoby w wieku aktywności zawodowej powinny być osobami aktywnymi zawodowo tj. osobami pracującymi albo osobami pozostającymi bez zatrudnienia, ale poszukującymi pracy i zainteresowanymi jej podjęciem;
- nie miały rozpoznanej dotychczas przewlekłej choroby nerek;
- występuje u nich przynajmniej jeden z poniższych czynników ryzyka, zgodnie z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence *(NICE guideline CG182)* oraz opinią AOTMiT nr 147/2016 z dnia 12.08.2016 r. o projekcie niniejszego Programu:
  - cukrzyca,
  - nadciśnienie tętnicze,
  - przebyta ostra niewydolność nerek,
  - ekspozycja na leki związane z gwałtownym pogorszeniem funkcji nerek,
  - choroby układu sercowo-naczyniowego,
  - zaburzenia strukturalne układu moczowego, z nawracającą kamicą nerkową lub przerostem gruczołu krokowego,
  - choroby układowe, które mogą wpływać na funkcje nerek (np. toczeń rumieniowy układowy),
  - schyłkowa niewydolność nerek lub choroby nerek o podłożu genetycznym w rodzinie,
  - otyłość z BMI > 35 kg/m^2.

W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, z badań przesiewowych mogą skorzystać osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonywanych w ramach NFZ, budżetu państwa lub środków samorządowych badań diagnostycznych przewidzianych w Programie (pacjent składa oświadczenie (załącznik 1) o niekorzystaniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy w ramach środków publicznych z badań diagnostycznych przewidzianych w Programie (tj. badania stężenia kreatyniny z oszacowaniem eGFR, ogólnego badania moczu, badania albuminurii).

Szacunkowa wielkość grupy docelowej wynosi minimum **5.000 osób.**

Planowane jest, że po okresie trwania Programu ogłoszony zostanie nowy konkurs na realizację niniejszych działań przez kolejne lata, co pozwoli na przebadanie podobnej lub większej liczby mieszkańców województwa łódzkiego.

2. Tryb zapraszania do programu

Do etapu badań przesiewowych osoby zainteresowane, które spełniają kryteria włączenia, zgłaszają się spontanicznie, po uprzednim umówieniu się na wyznaczony termin wizyty (telefonicznie, osobiście lub drogą elektroniczną).

Do etapu obejmującego warsztaty edukacyjne zgłaszają się osoby zainteresowane, u których zdiagnozowano przewlekłą chorobę nerek bez względu na stadium jej zaawansowania i które otrzymały zaproszenie do udziału w warsztatach od lekarza nefrologa.

W celu zachęcenia mieszkańców województwa łódzkiego do udziału w Programie oraz podniesienia świadomości społecznej na temat PChN, przeprowadzona zostanie szeroko zakrojona akcja informacyjno-promocyjna oraz informacyjno-edukacyjna przez Beneficjentów realizujących Program, z wykorzystaniem następujących działań:

- Działania skierowane do personelu medycznego w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), poradniach diabetologicznych i kardiologicznych – zachęcenie lekarzy i pielęgniarek pracujących w wyżej wymienionych placówkach do rozpowszechniania informacji o Programie, poprzez wysłanie do poradni listów dotyczących Programu, plakatów oraz ulotek/zaproszeń do rozwieszenia w poczekalni bądź innych miejscach dostępnych do pacjenta. Istotne jest aby zachęcić lekarzy do proponowania podczas wizyt udziału w Programie pacjentom, którzy są w grupach ryzyka i spełniają warunki uczestnictwa w Programie. Działania te, poza funkcją promującą Program mają mieć charakter edukacyjny nakierowany na podnoszenie wiedzy personelu medycznego na temat częstości występowania PChN w szczególności w grupach ryzyka oraz potrzeby wykonywania badań diagnostycznych oceniających funkcję nerek w codziennej praktyce.
- Działania skierowane do mieszkańców województwa łódzkiego – m.in. ogłoszenia zachęcające do udziału i informujące o Programie w prasie, w serwisach internetowych o tematyce zdrowotnej oraz na portalach społecznościowych (np. Facebook), a także na stronach internetowych Województwa Łódzkiego, emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, wysyłka pism do różnych instytucji (ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe), organizacja spotkań edukacyjnych z mieszkańcami województwa łódzkiego na temat przewlekłej

choroby nerek, czynników ryzyka oraz potrzeby wykonywania badań profilaktycznych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie choroby.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym, skierowane do ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, będą finansowane w ramach kosztów pośrednich Beneficjentów realizujących Program.

Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

W Programie zaplanowano następujące działania:

I. Wybór Beneficjentów realizujących Program - w trybie konkursowym. Realizacja projektów służących wdrożeniu niniejszego Programu odbywa się w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. Ogłoszony konkurs zostanie przeprowadzony zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020" zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju. W konkursie składane będą (odpowiednio do ofert) wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie.

II. Działania informacyjno-promocyjne oraz informacyjno-edukacyjne dotyczące Programu – z wykorzystaniem narzędzi opisanych w części *Tryb zapraszania do programu*. W ramach ww. działań Beneficjenci realizujący Program przygotują lub pozyskają niezbędne materiały informacyjne i edukacyjne, np. plakaty, ulotki, poradniki na temat przewlekłej choroby nerek, zamieszczą informacje w mediach i/lub na portalach społecznościowych oraz w przestrzeni publicznej. Podstawowym celem prowadzonych działań, obok zachęcenia do udziału w Programie, jest edukacja zdrowotna mieszkańców województwa łódzkiego, w szczególności należących do grup ryzyka rozwoju przewlekłej choroby nerek oraz kształtowanie właściwych postaw zdrowotnych. W związku z tym wszystkie przygotowywane materiały i zamieszczane w mediach lub Internecie informacje powinny zawierać treści edukacyjne na temat PChN, zasad nefroprotekcji oraz potrzeby wykonywania badań diagnostycznych oceniających funkcję nerek w grupach ryzyka. Beneficjenci realizujący Program mogą również zaplanować organizację spotkań edukacyjnych dla osób kwalifikujących się do włączenia do Programu. Istotne jest dotarcie z informacją o planowanych działaniach do lekarzy pierwszego kontaktu, kardiologów i diabetologów. oraz zachęcenie ich do rozpowszechniana informacji o Programie wśród pacjentów. Akcja informacyjna skierowana do personelu medycznego również powinna

spełniać rolę edukacyjną i przyczyniać się do wzrostu wiedzy lekarzy i pielęgniarek na temat częstości występowania PChN oraz potrzeby wykonywania badań diagnostycznych oceniających funkcję nerek w codziennej praktyce.

III. Badania przesiewowe. Osoby spełniające kryteria włączenia do Programu, tj. określone w punkcie *Adresaci Programu*, będą miały wykonane następujące świadczenia zdrowotne:

- konsultacje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej; w zależności od wyników badań diagnostycznych pacjent będzie miał od 2 do maksymalnie 5 konsultacji lekarskich;
- badania diagnostyczne krwi (pomiar stężenia kreatyniny w surowicy krwi z oszacowaniem eGFR wg wzoru MDRD) oraz moczu (ogólne badanie moczu z oceną białkomoczu oraz osadu moczu, a u osób z wykrytym białkomoczem ocena albuminurii (oznaczenie stężenia albuminy i kreatyniny w próbce moczu - wskaźnik ACR);
- usg układu moczowego (wg wskazań);
- dodatkowe badania diagnostyczne krwi, tj. morfologia, elektrolity (Na, K), CRP, cholesterol, triglicerydy, glukoza, a u osób z cukrzycą wartość hemoglobiny glikowanej (wg wskazań);
- konsultacja nefrologiczna – w przypadku nieprawidłowych wyników badań pacjent zostanie skierowany na konsultację do lekarza nefrologa.

IV. Warsztaty edukacyjne – osoby z wykrytą PChN, otrzymają zaproszenie do udziału w warsztatach edukacyjnych od lekarza nefrologa. Warsztaty obejmują cykl 3 dwugodzinnych spotkań grupowych. Ponadto przewidziano 3 indywidualne konsultacje z dietetykiem.

V. Działania organizacyjne będą prowadzone na bieżąco. W ramach ww. działań niezbędne będzie m.in. przeszkolenie lekarzy POZ, którzy będą wykonywać badania przesiewowe, na temat PChN oraz właściwego przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej z osobami, które kończą udział w Programie na etapie badań przesiewowych. Intencją jest zwiększenie poziomu wiedzy lekarzy POZ w zakresie przedmiotowego Programu.

Wszystkie działania poza wyborem Beneficjentów realizujących Program, mają charakter długofalowy i będą prowadzone równolegle przez cały okres trwania Programu, przy czym etap badań przesiewowych należy zakończyć w takim terminie, aby do końca 2018 roku przeprowadzić wszystkie warsztaty edukacyjne.

2. Planowane interwencje

Etap badań przesiewowych. U każdej osoby, która zgłosi się na badania przesiewowe wykonywane są następujące świadczenia:

I konsultacja z lekarzem POZ:

Przeprowadzenie wywiadu dotyczącego m.in. czynników ryzyka, stosowanych leków, objawów chorobowych ze strony układu moczowego, badanie przedmiotowe pacjenta, wykonanie pomiarów antropometrycznych (masa ciała, wzrost), dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego i tętna (należy podać wartość uśrednioną). Wypełnienie karty badania profilaktycznego (przygotowanej według wzoru określonego w załącznik 2). U osób zweryfikowanych przez lekarza jako kwalifikujące się do udziału w Programie (na podstawie kryteriów, opisanych w punkcie *Adresaci programu*) lekarz zleca wykonanie badań diagnostycznych:

- badania stężenia kreatyniny w surowicy krwi z oszacowaniem na jej podstawie stopnia przesączania kłębuszkowego (eGFR, *estimated GFR*) na podstawie wzoru MDRD;,
- ogólnego badania moczu z oceną białkomoczu oraz osadu moczu..

Lekarz powinien zalecić pacjentowi, aby nie spożywał mięsa na 12 godzin przed wykonaniem badania stężenia kreatyniny oraz by próbka moczu do badania pochodziła z pierwszej porannej mikcji (dopuszczalne jest wykorzystanie do badania przygodnej próbki moczu).

II konsultacja z lekarzem POZ:

Omówienie z pacjentem wyników badań, wpisanie ich do karty badania profilaktycznego. Lekarz powinien znać sytuacje kliniczne, w których oszacowanie eGFR na podstawie stężenia kreatyniny jest mniej dokładne (np. AKI, skrajna masa mięśniowa i wielkość ciała, dieta bogatobiałkowa, choroby zanikowe mięśni, suplementacja kreatyny, zmniejszone wydzielanie kreatyniny w wyniku hamowania przez niektóre leki itp.).

Dalsze postępowanie jest uzależnione od wyników przeprowadzonych badań.

- Jeżeli u pacjenta wskaźnik eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m2 i badanie moczu nie wskazuje na nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek, nie rozpoznaje się PChN. Lekarz przeprowadza z pacjentem rozmowę edukacyjną, podczas której przekazuje informacje na temat częstości występowania przewlekłej choroby nerek oraz zagrożeń z nią związanych, szczególnie w kontekście chorób układu krążenia, daje zalecenia odnośnie niefarmakologicznych metod nefroprotekcji uwzględniając

występujące u danej osoby czynniki ryzyka rozwoju PChN (np. konieczność redukcji masy ciała, rzucenia palenia, właściwego leczenia i monitorowania choroby podstawowej), zaleca wykonanie badania przesiewowego za rok lub częściej (wg wskazań) w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Pacjent otrzymuje materiały informacyjne na temat PChN (np. poradnik/ulotka) oraz zaświadczenie o udziale w Programie (załącznik 3) zawierające zalecenia dotyczące częstości monitorowania PChN (które pacjent powinien pokazać swojemu lekarzowi POZ, jeżeli jest to inny lekarz niż wykonujący świadczenia w ramach Programu). Dalsza opieka nad daną osobą powinna być prowadzona przez lekarza POZ w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Na zakończenie pacjent wypełnia ankietę potwierdzającą wiedzę zdobytą w Programie oraz oceniającą satysfakcję z udzielonych świadczeń (załącznik 4). Na tym jego udział w Programie kończy się.

- W przypadku, gdy wyliczona na podstawie stężenia kreatyniny wartość eGFR < 60 ml/min/11,73 m2, w ciągu 2 tygodni należy wykonać kolejne oznaczenie, dopuszczając wahania stężenia kreatyniny o 5% w stosunku do wartości wyjściowej. Powtórne badanie ma na celu wykluczenie ostrego uszkodzenia nerek

.

- U osób z wykrytym białkomoczem w teście paskowym należy wykonać badanie albuminurii (określić wskaźnik albumina/kreatynina w moczu; ACR).

W przypadku gdy wyniki badań wskazują na podejrzenie występowania PChN u osoby, która nie zgłosił się na konsultację lekarską, należy skontaktować się z nią np. telefonicznie w celu zachęcenia do zgłoszenia się do lekarza.

Kolejne konsultacje lekarskie – w zależności od wyników badań możliwe jest przeprowadzenie maksymalnie 5 konsultacji lekarskich.

- U osób, którym zlecono wykonanie powtórnego badania stężenia kreatyniny w celu wykluczenia AKI, kolejna wizyta powinna odbyć się niezwłocznie po wykonaniu ww. badania. W przypadku podejrzenia AKI lekarz kieruje pacjenta na konsultację nefrologiczną w ramach Programu.

- U pacjentów, ze wskaźnikiem eGRF < 60 ml/min/1,73, u których wykluczono ostre uszkodzenie nerek, lekarz zleca powtórzenie badania po 3 miesiącach, w celu sprawdzenia, czy obniżone przesączanie kłębuszkowe ma charakter przewlekły.

- U pacjentów z ACR ≥ 30 mg/g lekarz zleca powtórne badanie moczu w kierunku albuminurii po 3 miesiącach, przy czym zaleca pacjentowi, by mocz do badania powinien pochodzić z pierwszej porannej mikcji.

- Pacjenci z cukrzycą i ACR≥ 30 mg/g powinni powtórzyć badanie w kierunku albuminurii dwukrotnie. Uzyskanie 2 pozytywnych wyników spośród 3 badań jest podstawą do rozpoznania albuminurii.

- Dla pełniejszej oceny stanu zdrowia pacjentów, lekarz może zlecić wykonanie dodatkowych badań diagnostycznych, takich jak: morfologia, elektrolity (Na, K), CRP, cholesterol, triglicerydy, glukoza, a u osób z cukrzycą wartość hemoglobiny glikowanej.

- PChN nie rozpoznaje się w przypadku gdy w powtórzonych badaniach wskaźnik eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m^2 oraz ACR < 30 mg/g i nie ma innych markerów uszkodzenia nerek..

- Z osobami, u których nie wykryto przewlekłej choroby nerek, na ostatniej wizycie lekarz przeprowadza rozmowę edukacyjną, podczas której przekazuje informacje na temat częstości występowania przewlekłej choroby nerek oraz zagrożeń z nią związanych, szczególnie w kontekście chorób układu krążenia, daje zalecenia odnośnie niefarmakologicznych metod nefroprotekcji uwzględniając występujące u danej osoby czynniki ryzyka rozwoju PChN (np. konieczność redukcji masy ciała, rzucenia palenia, właściwego leczenia i monitorowania choroby podstawowej), zaleca wykonanie badania przesiewowego za rok lub częściej (wg wskazań) w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Pacjent otrzymuje materiały informacyjne na temat PChN (np. poradnik/ulotka) oraz zaświadczenie o udziale w Programie (załącznik 3) zawierające zalecenia dotyczące częstości monitorowania PChN (które pacjent powinien pokazać swojemu lekarzowi POZ, jeżeli jest to inny lekarz niż wykonujący świadczenia w ramach Programu). Dalsza opieka nad daną osobą powinna być prowadzona przez lekarza POZ w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Na zakończenie pacjent wypełnia ankietę potwierdzającą wiedzę zdobytą w Programie oraz oceniającą satysfakcję z udzielonych świadczeń (załącznik 3). Na tym jego udział w Programie kończy się.

- U osób, których wyniki badań wskazują na przewlekłą chorobą nerek lekarz dokonuje oceny klasyfikacji stadium PChN zgodnie z wytycznymi przedstawionymi na rysunku poniżej. Pacjenci zostają skierowani na konsultację nefrologiczną, która zostanie przeprowadzona w ramach Programu. Lekarz wg wskazań może zlecić pacjentom wykonanie usg układu moczowego, z wynikami którego pacjenci zgłoszą się do nefrologa. Jeżeli zachodzi taka potrzeba, przed skierowaniem do nefrologa lekarz POZ może skonsultować się z nefrologiem (np. drogą elektroniczną lub telefonicznie).

Rokowania dotyczące PChN na podstawie kategorii GFR i albuminurii: KDIGO 2012				Kategorie trwałej albuminurii Opis i zakres		
				A1	A2	A3
				Poziom normalny lub lekko podwyższony	Poziom umiarkowanie podwyższony	Poziom poważnie podwyższony
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
Kategorie GFR (ml/min/1.73 m²) Opis i zakres	G1	Poziom normalny lub wysoki	≥90			
	G2	Poziom lekko obniżony	60-89			
	G3a	Poziom lekko lub umiarkowanie obniżony	45-59			
	G3b	Poziom umiarkowanie lub poważnie obniżony	30-44			
	G4	Poziom poważnie obniżony	15-29			
	G5	Niewydolność nerek	<15			

Rys 1. Klasyfikacja przewlekłej choroby nerek zgodnie z wytycznymi KDIGO 2012. źródło: https://www.nephrocare.pl/dla-personelu-medycznego/postepowanie-w-pchn/definicja-i-klasyfikacja.html Kolory na rysunku oznaczają ryzyko istnienia przewlekłej choroby nerek: zielony – niskie, nie stwierdza się PChN przy braku współistnienia markerów uszkodzenia nerek, żółty – ryzyko umiarkowane, pomarańczowy – ryzyko wysokie, czerwony – ryzyko bardzo wysokie.

Konsultacja nefrologiczna:

W przypadku nieprawidłowości w wynikach badań pacjent zostanie w ramach Programu skierowany na konsultację do lekarza nefrologa. U pacjentów wymagających objęcia specjalistyczną opieką nefrologiczną, nefrolog zaleci zgłoszenie się do lekarza POZ w celu uzyskania skierowania do dalszej opieki w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nefrolog wypełni kartę badania profilaktycznego oraz zaleci pacjentowi udział w warsztatach edukacyjnych prowadzonych w ramach Programu

i wręczy zaproszenie do udziału w warsztatach. Pacjent otrzyma również zaświadczenie o udziale w Programie z zaleceniem odnośnie dalszego postępowania (załącznik 3).

Warsztaty edukacyjne:

Osoby z wykrytą przewlekłą chorobą nerek otrzymują zaproszenie do udziału w warsztatach edukacyjnych prowadzonych przez lekarza nefrologa i/lub pielęgniarkę nefrologiczną oraz dietetyka (w zależności od tematyki spotkania). Warsztaty składają się z cyklu 3 dwugodzinnych spotkań dla 4-6 osobowych grup chorych organizowanych w odstępach co najmniej 1 tygodnia zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Beneficjentów realizujących Program w porozumieniu z pacjentami. Chorym podczas warsztatów może towarzyszyć osoba bliska/członek rodziny. Pacjent może umówić się dodatkowo na 3 indywidualne konsultacje z dietetykiem.

Tematyka warsztatów obejmuje następujące zagadnienia:

- Rola nerek w organizmie, przybliżenie anatomii i fizjologii układu moczowego;
- Istota przewlekłej choroby nerek, definicja, zapoznanie z objawami choroby na poszczególnych etapach;
- Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (ChSN), w tym choroby nadciśnieniowej, wpływ nadciśnienia tętniczego na rozwój ChSN, prawidłowe wartości ciśnienia, farmakologiczne i niefarmakologiczne metody redukowania wzrostu ciśnienia tętniczego, przyczyny, objawy oraz metody diagnozowania i leczenia najczęstszych ChSN;
- Rola samoopieki w ograniczaniu postępu rozwoju PChN i utrzymaniu potencjału zdrowia, znaczenie prawidłowej postawy wobec własnej choroby, czynniki nasilające postęp PChN (tj. choroba podstawowa, nadciśnienie, wysoki białkomocz, stany zapalne i zakażenia, dyslipidemia, leki nefrotoksyczne, dieta bogatobiałkowa, palenie tytoniu, otyłość), farmakologiczne i niefarmakologiczne elementy samoopieki, możliwość szczepień przeciwko WZW B;
- Niedokrwistość nerkopochodna, przyczyny, objawy, możliwości leczenia, korzyści wynikające z leczenia;
- Rola żywienia w terapii PChN, jej wpływ na zachowanie dobrego stanu odżywienia, ograniczenie ilości końcowych produktów przemiany materii oraz zwolnienie postępu upośledzenia czynności nerek, zasady żywienia w zapobieganiu postępowi choroby, prowadzenie dzienniczka żywieniowego;
- Kontrola gospodarki wapniowo-fosforanowej, patofizjologia zaburzeń, możliwości leczenia;

- Aktualne możliwości leczenia nerkozastępczego, podstawowe informacje na temat dializoterapii otrzewnowej, hemodializoterapii, wyprzedzającego przeszczepu nerki.

Tematyka warsztatów powinna być dostosowana do stopnia zaawansowania choroby uczestników warsztatów (np. wśród osób w późniejszych stadiach schorzenia należy położyć większy nacisk na informacje na temat leczenia nerkozastępczego).

Tematykę opracowano na podstawie „Szczegółowego programu edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek" opisanego w publikacji „Pielęgniarstwo nefrologiczne" pod red. Białobrzeskiej B., Dębskiej-Ślizień A., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013. Zaleca się, aby Beneficjenci realizujący Program podczas realizacji warsztatów kierowali się wytycznymi przedstawionymi w powyższej publikacji.

Ważnym elementem w edukacji pacjenta jest skuteczna komunikacja oraz okazywanie empatii choremu. Personel prowadzący działania edukacyjne powinien przekazywać informacje w sposób uporządkowany, precyzyjny i prosty, bez używania specjalistycznych zwrotów. Należy zachęcać pacjenta do zadawania pytań oraz wyrażania własnych opinii oraz obaw. Należy wyjaśnić wszystkie wątpliwości i ponownie omówić niezrozumiałe informacje. Ważne by w prowadzonej edukacji unikać technik straszenia.

Podczas zajęć należy korzystać z różnych pomocy edukacyjnych, np. broszur, planszy, plakatów, filmów. Każdy uczestnik powinien otrzymać również materiały edukacyjne (poradniki, ulotki, itp.).

W celu sprawdzenia efektywności warsztatów, na pierwszym i ostatnim spotkaniu przeprowadzona zostanie ankieta oceniająca poziom wiedzy uczestników na temat choroby, jej zagrożeń oraz zasad nefroprotekcji, opracowana przez Beneficjentów realizujących Program. Na ostatnim spotkaniu wśród uczestników przeprowadzone zostanie również badanie ankietowe satysfakcji uczestnika i jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu.

Poza warsztatami grupowymi pacjent ma możliwość odbycia 3 indywidualnych konsultacji z dietetykiem. Dietetyk dokonuje pomiaru wskaźnika BMI, oceny stanu odżywienia (skala SGA), oceny dzienniczka żywieniowego, którego prowadzenie zostało omówione na warsztatach, zwraca uwagę na popełniane błędy żywieniowe. Zalecenia żywieniowe przekazywane przez dietetyka powinny obejmować podaż białka, fosforu, sodu, potasu, wapnia, żelaza oraz witamin, a także uwzględniać utrzymanie prawidłowego bilansu wodnego. Omawiane zagadnienia powinny dotyczyć również dostarczania odpowiedniej ilości energii dostosowanej do aktywności fizycznej, w celu utrzymania optymalnej masy ciała, lub pozbycia się nadwagi lub otyłości. Chory dowie się, które pokarmy są dla niego zalecane, a których powinien unikać lub całkowicie wykluczyć ze swojego jadłospisu. W trakcie spotkania pacjent zapozna się z zasadami prawidłowego planowania jadłospisów. Edukacja ma również na celu zmotywowanie chorego do

stosowana diety. W tym celu należy skupić się na przedstawieniu korzyści wynikających ze stosowania zaleceń żywieniowych, uświadomić choremu zawiązek między stanem odżywienia, a jego zdrowiem i samopoczuciem.

W celu ułatwienia pacjentowi stosowania się do zaleceń dietetycznych, istotne jest przekazanie materiałów edukacyjnych wspierających zapamiętywanie przekazanych informacji, np. listy produktów zalecanych, wskazanych w umiarkowanych ilościach oraz takich, które powinny zostać wykluczone z diety, listy zamienników, przykładowych diet oraz innych materiałów edukacyjnych dotyczących zaleceń żywieniowych w przewlekłej chorobie nerek.

Kolejne spotkania mają na celu ocenę skuteczności prowadzonej edukacji żywieniowej oraz monitorowanie postępów leczenia dietetycznego. Należy przeprowadzić kontrolę stosowania przez pacjenta zaleceń dietetycznych, zidentyfikować popełniane błędy żywieniowe, wprowadzić ewentualne zmiany w planie żywieniowym oraz ponownie omówić niezrozumiałe treści. *(Pałubicka, Karczan, Rutkowski i Małgorzewicz, 2011).*

Jeżeli Beneficjent realizujący Program uzna, że u danego pacjenta poza 3 przewidzianymi w Programie konsultacjami dietetycznymi uzasadnione są dodatkowe spotkania z dietetykiem, dopuszczalne będzie przeznaczenie na ten cel wolnych środków z usług zdrowotnych i warsztatów edukacyjnych.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Osoby zainteresowane udziałem w Programie spełniające kryteria opisane w punkcie *Adresaci Programu* zgłaszają się na badania spontanicznie. Weryfikacji pacjentów pod kątem możliwości wzięcia udziału w Programie dokonuje lekarz POZ na pierwszej wizycie (na podstawie pytań o wiek, czynniki ryzyka określone w karcie badania profilaktycznego, wykonywane w ciągu 12 miesięcy badania stężenia kreatyniny oraz ogólne badanie moczu i ACR). Pacjent podpisuje także oświadczenie o niekorzystaniu w okresie ostatnich 12 miesięcy z badań diagnostycznych określonych w Programie w ramach NFZ, z budżetu państwa lub środków samorządowych.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach Programu (badania przesiewowe jak i warsztaty edukacyjne) będą wykonywane w miejscach wskazanych przez Beneficjentów realizujących Program, w wyznaczonych dniach i godzinach, zgodnie z określonym przez nich harmonogramem, przy czym badania przesiewowe będą się odbywały w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej wskazanych przez Beneficjentów realizujących Program.

Konsultacje nefrologiczne mogą być realizowane w poradniach nefrologicznych Beneficjentów realizujących Program lub ich partnerów, o ile znajdują się one w tej samej

gminie co poradnie POZ wykonujące badania przesiewowe, lub należy zapewnić możliwość przeprowadzenia konsultacji z nefrologiem w ww. placówkach POZ. Godziny pracy lekarzy udzielających świadczeń w ramach Programu nie mogą się pokrywać z godzinami udzielania przez nich świadczeń na podstawie umowy z NFZ.

Warsztaty będą się składać z cyklu 3 dwugodzinnych spotkań dla 4-6 osobowych grup chorych organizowanych w odstępach co najmniej 1 tygodnia zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Beneficjentów realizujących Program z uczestnikami warsztatów. Do jednej grupy powinno się kwalifikować osoby w podobnym stadium PChN. Pacjentowi może towarzyszyć w warsztatach osoba bliska/członek rodziny.

Z uwagi na populację objętą Programem (osoby w wieku aktywności zawodowej) wskazane jest, aby harmonogram przewidywał dostępność do świadczeń także w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w soboty.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zakres działań objętych Programem wykracza poza świadczenia dostępne w ramach środków publicznych, stanowiąc do nich wartość dodaną. Część diagnostyczna opiera się na badaniach zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych, jednak ich wykonanie jest niezbędne dla realizacji celów Programu oraz zgodne z wytycznymi i zaleceniami odnośnie postępowania w danym problemie zdrowotnymi. Ponadto, jak wynika z danych ŁOW NFZ częstość wykonywania tych badań w poradniach POZ jest niedostateczna w stosunku do liczby osób z czynnikami ryzyka rozwoju przewlekłej choroby nerek. W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, do Programu wprowadzono kryterium wykluczające z udziału w nim osób, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy miały wykonywane w ramach NFZ, budżetu państwa lub środków samorządowych badania diagnostyczne pokrywające się ze świadczeniami określonymi w Programie.

Program stanowi uzupełnienie świadczeń niedostępnych obecnie dla osób z wykrytą przewlekłą chorób nerek w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych, takich jak edukacja w zakresie nefroprotekcji oraz konsultacje dietetyczne. Program przyczyni się także do zwiększenie dostępności do konsultacji nefrologicznych poza specjalistycznymi poradniami nefrologicznymi.

6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Sposób zakończenia udziału w Programie jest uzależniony od wyników badań diagnostycznych oraz wskazań lekarskich i został szczegółowo opisany w punkcie *Planowane interwencje*. Każda osoba kończąca udział w Programie otrzyma potwierdzenie uczestnictwa z informacją, którą powinna pokazać lekarzowi pierwszego kontaktu na temat zalecanej częstości wykonywania badań przesiewowych w kierunku PChN u danej osoby. Planuje się, że dalsza opieka nad pacjentem będzie sprawowana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub w razie potrzeby przez podmioty udzielające świadczeń w zakresie nefrologii w ramach kontraktu z NFZ.

7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Jak podaje The U.S. Preventive Services Task Force *(USPSTF, 2012)* nie ma wystarczających dowodów na występowanie bezpośrednich szkód związanych z wykonywaniem badań przesiewowych w kierunku przewlekłej choroby nerek. Potencjalne niekorzystne skutki mogą być związane z powikłaniami przy pobraniu krwi oraz z psychologicznymi aspektami wykrycia choroby. Najistotniejsza potencjalna szkodliwość może wystąpić w przypadku fałszywie dodatnich wyników badań przesiewowych, ponieważ osoby błędnie zdiagnozowane mogą być niepotrzebnie poddawane kolejnym procedurom diagnostycznym i leczniczym.

Według USPSTF są natomiast dowody na to, że leki stosowane w leczeniu przewlekłej choroby nerek we wczesnych stadiach mogą wywoływać negatywne skutki w związane z działaniem niepożądanym przyjmowanych produktów leczniczych.

8. Kompetencje, warunki niezbędne do realizacji Programu

Program będą realizowały podmioty wybrane w konkursie ofert (o którym mowa w punkcie *Części składowe, etapy i działania organizacyjne)*, funkcjonujące na terenie województwa łódzkiego, które posiadają doświadczenie w zakresie objętym konkursem. Świadczenia zdrowotne w ramach Programu mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą określone w art. 4 ust. 1 oraz w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Aby zapewnić jak najlepszą dostępność do świadczeń w ramach Programu, a także zniwelować nierówności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy mieszkańcami dużych aglomeracji i terenów miejskich a mieszkańcami wsi i mniejszych miejscowości, Beneficjenci realizujący Program zapewnią, że Program, a w szczególności etap badań diagnostycznych będzie się odbywał w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej.

Konsultacje nefrologiczne mogą być realizowane w poradniach nefrologicznych Beneficjentów realizujących Program lub ich partnerów, o ile znajdują się one w tej samej

gminie co poradnie POZ wykonujące badania przesiewowe, lub należy zapewnić możliwość konsultacji z nefrologiem w ww. placówkach POZ.

W celu zachowania wysokiej jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń, Beneficjenci realizujący Program muszą spełniać wymagania określone w odrębnych przepisach, w tym są obowiązani do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wydanych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach o działalności leczniczej. Pomieszczenia muszą być wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadające stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Beneficjenci realizujący Program zapewniają dostęp do USG układu moczowego oraz do badań laboratoryjnych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych. Laboratorium musi posiadać certyfikat Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej.

Warsztaty edukacyjne muszą się odbywać w pomieszczeniach przystosowanych do spotkań dla około 14 osób (4-6 pacjentów, ewentualne osoby towarzyszące pacjentowi, prowadzący Program), wyposażonym w stół/stoły i krzesła oraz środki dydaktyczne (np. tablica, rzutnik multimedialny, plansze, sprzęt audiowizualny). Warsztaty organizowane są w gminach, w których prowadzone są badania przesiewowe. Beneficjenci realizujący Program zapewniają dla uczestników materiały edukacyjne (m.in. plakaty, ulotki, poradniki).

Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób, które będą realizowały świadczenia w ramach Programu:

Etap badań przesiewowych

- 2 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej posiadających następujące kwalifikacje:
  - tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub
  - specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
  - specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,
- 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie nefrologii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie nefrologii, którzy ukończyli min 2 rok specjalizacji w trakcie specjalizacji.

Beneficjenci realizujący Program zapewnią przeszkolenie lekarzy POZ, którzy będą wykonywać badania przesiewowe, na temat przewlekłej choroby nerek oraz właściwego przeprowadzenia rozmowy edukacyjnej z osobami, które kończą udział w Programie na etapie badań przesiewowych.

Etap warsztatów edukacyjnych

- 2 lekarzy specjalistów w dziedzinie nefrologii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie nefrologii, którzy ukończyli min 2 rok specjalizacji w trakcie specjalizacji (mogą to być lekarze biorący udział w etapie badań przesiewowych).
- 2 pielęgniarki ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego lub po ukończonym kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa nefrologicznego z dializoterapią z udokumentowanym doświadczeniem w pracy z pacjentami nefrologicznymi.
- 1 dietetyk (osoba posiadająca tytuł licencjata lub magistra na kierunku dietetyka lub magistra/ magistra inżyniera technologii żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienie człowieka lub posiadająca tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka). Dietetyk musi posiadać udokumentowane doświadczenie w pracy z pacjentami nefrologicznymi.

9 Dowody skuteczności planowanych działań

a) Opinie ekspertów klinicznych

Poparcie dla wdrożenia niniejszego Programu w zaproponowanym formacie wyraził Konsultant wojewódzki w dziedzinie nefrologii. W opinii Konsultanta Program stanowi bardzo cenną i potrzebną inicjatywę.

b) Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

- Prowadzenie działań w kierunku wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek jest zalecane przez Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, International Society of Nephrology (ISN), European Renal Association/European Dialysis and Transplant Association (ERA/EDTA), a także amerykańską National Kidney Fundation (NKF) *(Białobrzeska red., 2013)*

- Badania przesiewowe powinny być wykonywane w grupach ryzyka. Według USPSTF nie zaleca się przeprowadzania badań skriningowych w kierunku PChN w populacji ogólnej, nie należy również stosować wyłącznie kryterium wieku, rasy ani narodowości.

- Podstawowym badaniem stosowanym do oceny przesączania kłębuszkowego jest oznaczenie kreatyniny w surowicy i wyliczenie wartości GFR (eGFR) za pomocą jednego z dostępnych wzorów (zalecenia Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, KDIGO, NICE). PTN do powszechnego użytku dla osób dorosłych zaleca stosowanie skróconego wzoru MDRD *(Król i Rutkowski, 2008)*. Według wytycznych KDIGO i NICE wzorem referencyjnym jest CKD-EPI.

- U wszystkich osób z grup ryzyka należy wykonać badanie w kierunku albuminurii i podać wskaźnik ACR (stosunek stężenia albuminy do stężenia kreatyniny w moczu).

- U pacjentów, u których eGFR wyliczony na podstawie stężenia kreatyniny utrzymuje się w zakresie 45-59 ml/min/1,73 m^2 i nie występują inne wskaźniki uszkodzenia nerek, zaleca się potwierdzenie rozpoznania PChN przy pomocy szacunkowego wskaźnika filtracji kłębuszkowej oznaczonego na podstawie cystatyny C (KDIGO, NICE).

- W klasyfikacji PChN należy uwzględniać przyczynę, kategorię GFR oraz kategorię albuminurii. Ustalenie przyczyny ma znaczenie przy przewidywaniu przebiegu PChN oraz wyboru leczenia ukierunkowanego na przyczynę (KDIGO).

- Według Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego u pacjentów chorych na cukrzycę badania przesiewowe w kierunku cukrzycowej choroby nerek należy prowadzić co roku. Powinno się je rozpocząć w 5 lat po rozpoznaniu cukrzycy typu 1 lub od momentu rozpoznania cukrzycy typu 2. Badania przesiewowe powinny obejmować: pomiar stężenia albuminy i kreatyniny w przygodnej próbce moczu (ACR) lub badanie wydalania albumin (AER), pomiar stężenia kreatyniny w surowicy oraz ocenę wielkości przesączania kłębuszkowego (GFR).

- Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (ESH) i Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne (ESC) zaleca, aby u wszystkich pacjentów z nadciśnieniem oceniać eGFR, wydalanie białka z moczem za pomocą testu paskowego oraz wykonywać badanie w kierunku albuminurii w pojedynczej próbce moczu (wynik podać jako wskaźnik ACR).

- Edukacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek powinna być istotnym elementem postępowania z chorym bez względu na stadium zaawansowania choroby (Rutkowski i Zespół Konsultanta Krajowego, 2009)

- Według zaleceń NICE chorych z PChN powinno się edukować o chorobie i jej powikłaniach. Wytyczne żywieniowe powinny obejmować podaż potasu, fosforanów, soli oraz właściwe zapotrzebowanie energetyczne. Należy zachęcać chorego do utrzymywania prawidłowej masy ciała, regularnej aktywności fizycznej oraz zaprzestania palenia.

- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA), a także ERA/EDTA podkreślają znaczenie wczesnej edukacji pacjenta dla zrozumienia choroby oraz zwiększenia jego świadomości zdrowotnej. Według UK Renal Association tylko profesjonalne wsparcie edukacyjne udzielane od początku choroby może zapewnić pacjentowi uzyskanie odpowiedniej wiedzy i dokonanie świadomego wyboru leczenia nerkozastępczego *(Białobrzeska B. red. 2013)*

c) Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

The Kidney Health Australia - Caring for Australasians with Renal Impairment (KHA-CARI), w opracowaniu „CARI Guidelines, Screening for early chronic kidney disease" podaje, że nie ma randomizowanych badań kontrolnych, ale są inne dowody wskazujące na to, iż badania przesiewowe w kierunku przewlekłej choroby nerek mogą przynieść dużo korzyści. Wczesne wykrycie choroby pozwala na wdrożenie skutecznych i bezpiecznych interwencji w celu zredukowania ryzyka zgonu, schyłkowej niewydolności nerek oraz powikłań choroby. Badania przesiewowe wykonywane w populacji ogólnej nie wydają się być efektywne kosztowo, natomiast są dowody na to, że najbardziej korzystne są badania przesiewowe oparte na badaniach moczu i pomiarze eGRF. Skriningiem powinny być objęte osoby z czynnikami ryzyka, szczególnie z cukrzycą, nadciśnieniem i chorobami układu sercowo-naczyniowego

Zgodnie z „CARI Guidelines, Education Strategies" są dowody skuteczności edukacji wśród osób z przewlekłą chorobą nerek. Dotyczą one głównie istotnych korzyści interwencji edukacyjnych kierowanych do pacjentów w zaawansowanych stadiach PChN.

d) Informacje na temat podobnych programów polityki zdrowotnej

Nie odnaleziono przykładów programów profilaktycznych dotyczących wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek realizowanych przez inne jednostki samorządu terytorialnego. Na terenie kraju prowadzona jest kampania NEFROTEST zainicjowana przez NEFRON Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska. Programy edukacyjne dla pacjentów z przewlekłą chorobą nerek realizowane są przez nieliczne

ośrodki nefrologiczne. Więcej informacji na ten temat przedstawiono w punkcie *Obecne postępowanie.*

Koszty

1. Koszty jednostkowe

Udział w Programie jest bezpłatny. Przy wyliczeniu kosztów jednostkowych przyjęto, że ok. 74% osób, które wezmą udział w badaniach przesiewowych, będzie miało prawidłowe wyniki i ich udział w Programie skończy się na etapie skriningu. Pozostałe 26% osób będzie wymagało powtórnych wizyt u lekarza POZ oraz dodatkowych badań diagnostycznych i konsultacji nefrologicznej oraz weźmie udział w warsztatach edukacyjnych. Szacunków dokonano na podstawie wyników badania „Zdrowe nerki dla Łodzi" przeprowadzonego w latach 2010/2011 w Łodzi wśród osób z czynnikami ryzyka (cukrzyca, nadciśnienie, choroby nerek w rodzinie), gdzie cechy przewlekłej choroby nerek stwierdzono o 25,4% badanych. W populacji generalnej szacowana częstość występowania PChN jest mniejsza (w różnych badaniach epidemiologicznych wynosi od 10 do 18%).

W Programie wyodrębnia się następujące rodzaje kosztów:

Koszt usług zdrowotnych oraz warsztatów edukacyjnych – **1 631 950 zł**, co stanowi ok. **61,67%** ogólnej kwoty na Program

Rodzaj usługi	Cena jednostkowa (w zł)	Maksymalna liczba świadczeń wg rodzaju na jednego uczestnika	Szacunkowa liczba zrealizowanych usług*	Koszt całkowity (w zł)
Konsultacja z lekarzem POZ (pierwsza i ostatnia wizyta, kończąca się rozmową edukacyjną	40	2	10 000	400 000,00
Konsultacja z lekarzem POZ (pozostałe wizyty)	30	3	3 900	117 000,00
Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR	10	3	7 600	76 000,00
Badanie ogólne moczu z oceną białkomoczu i osadu moczu	15	1	5 000	75 000,00
Badanie albuminurii	27	3	3 900	105 300,00
Dodatkowe badania, takie jak: morfologia, elektrolity (Na, K), CRP, cholesterol, triglicerydy, glukoza, a u osób z cukrzycą wartość hemoglobiny glikowanej**	83	1	1 300	107 900,00

Rodzaj usługi	Cena jednostkowa (w zł)	Maksymalna liczba świadczeń wg rodzaju na jednego uczestnika	Szacunkowa liczba zrealizowanych usług*	Koszt całkowity (w zł)
USG układu moczowego	70	1	1 300	91 000,00
Konsultacja nefrologiczna	80	1	1 300	104 000,00
Konsultacja dietetyczna	80	3	3 900	312 000,00
Warsztaty edukacyjne (cykl 3 dwugodzinnych warsztatów edukacyjnych)	750	1	325	243 750,00
Ogółem				**1 631 950,00**

* Obliczono przy założeniu, że 74% osób (3700) przejdzie 2 konsultacje z lekarzem POZ oraz będzie miało wykonane badanie kreatyniny oraz badanie ogólne moczu i zakończy dział w Programie. Pozostałe 26% (1300) będzie wymagało kolejnych badań oraz weźmie udział w warsztatach edukacyjnych.

** Maksymalny koszt wykonania wszystkich ww. badań dodatkowych wynosi 83 zł. Beneficjenci we wnioskach o dofinansowanie projektów powinni przedstawić koszty jednostkowe poszczególnych badań określonych w tym katalogu, tak aby ich łączny koszt nie był wyższy niż 83 zł. Lekarz wg wskazań może zlecić wykonie u pacjenta wszystkich lub wybranych badań z ww. katalogu.

Koszty jednostkowe ww. działań nie mogą przekraczać stawek zwyczajowo stosowanych u Beneficjenta realizującego Program oraz zostały podane jako stawki maksymalne.

Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020" do pozostałych działań merytorycznych, które mogą zostać sfinansowane w ramach przedmiotowego obszar interwencji można zaliczyć:

a) zapewnienie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji usługi zdrowotnej i z powrotem,
b) zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu w czasie korzystania ze wsparcia,
c) działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki programu zdrowotnego, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców programu zdrowotnego, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne,

d) działania informacyjno-szkoleniowe, związane z wdrażaniem programu zdrowotnego, skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne,
e) monitoring jakości i celowości podejmowanych działań.

Koszty ww działań dodatkowych zostaną oszacowane przez Beneficjentów realizujących program na etapie składania wniosków o dofinansowanie i będą uzależnione od planowanej ilości osób objętych wsparciem, cen rynkowych oraz planowanych form wsparcia. Planowany budżet na ww. działania oraz koszty pośrednie to ok. 1 014 455,00 PLN, co stanowi ok. 38,33% ogólnej kwoty na Program.

Ewaluacja Programu przeprowadzona po jego zakończeniu zostanie sfinansowana z innych źródeł niż Program, w związku z czym jej koszty nie zostały wyodrębnione w niniejszym kosztorysie.

2. Planowane koszty całkowite

Przewidywany łączny koszt realizacji Programu to ok. **2 646 405 złotych** (całkowita wartość projektów), w tym **2 249 444,25 PLN** stanowi współfinansowanie ze środków EFS.

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Wdrażanie Programu będzie finansowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Poddziałania X.3.2 *Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.* Program (wdrażanie programu) będzie współfinansowany ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zgodnie z założeniami RPO montaż finansowy projektów to maksymalnie 85% środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, maksymalnie 6% środków pochodzących z budżetu państwa, minimalnie 9% stanowi wkład własny beneficjenta (w tym możliwy wkład partnerów) – w formie finansowej lub rzeczowej.

Dopuszczalne jest partnerstwo lub inna udokumentowana forma współpracy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a także partnerstwo pomiędzy podmiotem wykonującym działalność leczniczą oraz co najmniej jedną organizacją pozarządową i/lub co najmniej jednym partnerem społecznym. Szczegółowe warunki w zakresie partnerstwa zostaną określone w Regulaminie konkursu.

Z partnerstwa powinna wynikać wartość dodana (np. angażowanie większej części społeczeństwa, dotarcie do większej liczby uczestników, przekazanie dodatkowej wiedzy, zorganizowanie dodatkowych uzasadnionych działań edukacyjnych, świadomościowych, lepsza identyfikacja i uwzględnienie barier dotyczących potencjalnych uczestników niż miałoby to miejsce bez partnerstwa, większe zabezpieczenie przestrzegania praw pacjenta, zwiększenie zakresu udziału POZ w projekcie).

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Przewlekła choroba nerek ma poważne konsekwencje zdrowotne dla osoby chorej, ale również w schyłkowym stadium generuje ogromne koszty ekonomiczne i społeczne. W województwie łódzkim może stanowić istotny problem ze względu na starzenie się społeczeństwa jak również rozpowszechnienie czynników ryzyka PChN, np. chorób układu krążenia. Według danych Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ koszty dializoterapii poniesione w 2015 roku w województwie łódzkim wyniosły prawie 80,5 mln złotych, co daje kwotę około 47 tys. na jednego dializowanego pacjenta rocznie. Badania przesiewowe u osób niezdiagnozowanych w kierunku PChN w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej praktycznie nie są wykonywane. Edukacja chorych nie jest finansowana ze środków publicznych. Dlatego sposób realizacji zaplanowanych w Programie działań jest optymalny ze względu na korzyści zdrowotne i ekonomiczne jakie może przynieść.

Monitorowanie i ewaluacja

Program zostanie poddany ewaluacji zgodnie z „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020" oraz z „Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020" . W wytycznych tych monitorowanie oraz ewaluacja obejmują ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń oraz efektywności danego programu. System monitorowania i ewaluacji Programu będzie oparty na sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, danych raportowanych przez Beneficjentów w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie: liczby osób, które zgłosiły się na badania przesiewowe, liczby osób zakwalifikowanych do konsultacji nefrologicznej i

liczby osób, które się na nią zgłosiły, liczby osób zakwalifikowanych na warsztaty edukacyjne oraz osób, które odbyły pełen cykl warsztatów oraz konsultacje diabetologiczne, a także liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, w podziale na poszczególne etapy.

2. Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości świadczeń w Programie zostanie dokonana na podstawie ankiet przeprowadzonych wśród uczestników po etapie badań przesiewowych (u osób, które kończą udział w Programie na etapie tych badań) oraz po etapie warsztatów edukacyjnych (u pozostałych osób). W ocenie jakości uwzględnione zostaną ponadto uwagi pisemnie zgłoszone przez Beneficjentów realizujących Program.

3. Ocena efektywności Programu

Ocena efektywności Programu zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie *Mierniki efektywności odpowiadające celom programu*. Po zakończeniu realizacji Program zostanie poddany ewaluacji, w celu sprawdzenia, czy działania programowe przełożyły się na poprawę zdrowia uczestników Programu oraz ogółu populacji województwa łódzkiego.

4. Ocena trwałości efektów Programu

Na każdym etapie Programu, w zależności od wskazań lekarskich pacjent będzie otrzymywał zalecenia dotyczące potrzeby dalszej opieki lub wykonywania badań przesiewowych w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Przeprowadzona edukacja zdrowotna, wpłynie na zwiększenie świadomości zdrowotnej oraz wzrost zaangażowania chorego i jego umiejętności w zakresie samoopieki, co będzie miało przełożenie na zapewnienie trwałości efektów Programu.

Po okresie trwania Programu planowana jest jego kontynuacja w następnych latach.

Bibliografia

Myśliwiec M. red., Choroby nerek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008

Muszyńska A., Mastalerz-Migas A., Pokorna-Kałwak D., Steciwko A., Wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek w praktyce lekarza rodzinnego, Przewodnik lekarza 2010, 2, s. 70-73

Drabczyk R., Postępowanie w przewlekłej chorobie nerek. Wytyczne KDIGO 2012 (cz.I), Medycyna Praktyczna dla lekarzy, pozyskano z: http://www.mp.pl/geriatria/wytyczne/show.html?id=89603

Wróblewski K., Przewlekła choroba nerek – wczesne rozpoznanie i nadzór nad chorobą w świetle nowych wytycznych NICE 2014, Medycyna po dyplomie 2014; s. 11-12 pobrano z: https://www.podyplomie.pl/mpd_online/articles/17466

Król E., Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek— klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka Forum Nefrologiczne 2008, tom 1, nr 1, s. 1–6

Januszko-Giergielewicz B., Dębska-Ślizień A., Rutkowski B., Białobrzeska B., Górny J., Dudziak M., Barczak U., Gadomska G., Gromadziński L., Romaszko J., Piotrkowski J. Program edukacji kardiologicznej u bezobjawowych pacjentów z przewlekłą chorobą nerek – doświadczenia własne, Nefrologia i dializoterapia Polska 2014, 18, s.157-163

Johnson D., Diagnosis, classification and staging of chronic kidney disease, July 2012, KHA – CARI pobrano z: http://www.cari.org.au/CKD/CKD%20early/Diag_Classification_Staging_ECKD.pdf

Dąbrowski M., Szybka W., Angioplastyka wieńcowa u chorych z niewydolnością nerek, Kardiologia na co dzień 2010, 5, s. 171-174

Król E., Rutkowski B. Przewlekła choroba nerek wyzwaniem nefrologii XXI wieku. Wkład gdańskiej szkoły nefrologii Nefrologia i Dializoterapia Polska. 2014, 18, s. 153-156

Kozłowska-Trusewicz D., Małyszko J., Częstość występowania przewlekłej choroby nerek w populacji pacjentów leczonych w „NZOZ OL-MED" przychodni podstawowej opieki zdrowotnej w Olsztynie, Nefrol. Dial. Pol. 2010, 14, s. 121-126

Rutkowski B. z Zespołem Konsultanta Krajowego i Grupą Ekspertów, Stanowisko Zespołu Konsultanta Krajowego ds. nefrologii w sprawie edukacji pacjentów nefrologicznych, Forum Nefrologiczne 2009 tom 2, nr 3, s. 137-140

Campbell Z.C., Stevenson J.K., McKaffery K.J., Jansen J., Campbell KL, Lee V.W.S., Webster A.C., Interventions for improving Heath literacy in peple witch chronic kidney disease, Cohrane Library, pobrano z: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012026/epdf

Załuska w., Klinger M., Kusztal M., Lichodziejewska-Niemirko M., Miłkowski A., Stompór T., Sak. J. Domański L., Drożdż M., Aksamit D., Durlik M., Krajewska M., Gelert R., Rutkowski P., Sułowicz W., Rekomendacje Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego dotyczące kryteriów leczenia dializami pacjentów z powodu schyłkowej niewydolności nerek, Nefrol. Dial. Pol. 2015, 19, s. 6-11

Grzeszczak W., Zaburzenia przemiany materii – cukrzyca, PZWL, W-wa 2015, s. 550-551

Kołodziejska M., Adamiec M., Nowicki M., Częstość występowania przewlekłej choroby nerek wśród mieszkańców łodzi – Program profilaktyczny „Zdrowe nerki dla łodzi", Nefrol. Dial. Pol. 2013, 17, s.108-112

Rutkowski B., Przewlekła choroba nerek – problem nie tylko medyczny, ale także socjoekonomiczny

Borgis - Postępy Nauk Medycznych 10/2009, s. 817-822

Perkovic V., Heerspink H.L., Chalmers J., Woodward M., Jun M., Qiang Li Q., MacMahon S., Cooper M.E., Pavel Hamet P., Marre M., Mogensem C.E, Poulter N., Mancia G., Cass A., Patel A., Zoungas S. for the ADVANCE Collaborative Group, Skuteczna ochrona nerek dzięki intensywnej kontroli glikemii u pacjentów z cukrzycą typu 2 – najnowsze wyniki badania ADVANCE, Kidney International advance online publication, 9 January 2013; doi: 10. 1038/ki. 2012. 401. pobrano z: https://cukrzyca.info.pl/content/download/5622/83282/file/reprint%20advance%20kidney%20A4_w2.pdf

Białobrzeska B., Bielińska-Ogrodnik, Król E, Gdański model edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 1, s. 58-67.

M. Sierakowska, Wrońska I., Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej, PZWL, Wydanie 1, Warszawa 2015, s. 296

Wojtaszek E., Matuszkiewicz-Rowińska J., Sformalizowany program edukacji przeddializacyjnej – osiągnięcia ośrodka warszawskiego, Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 1, s. 51-57

Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. red., Pielęgniarstwo nefrologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013, s. 386-420

Pałubicka K., Karczan M., Rutkowski B., Małgorzewicz S. Edukacja żywieniowa pacjentów z przewlekłą chorobą nerek w okresie leczenia zachowawczego, Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 4, s. 306-312

Uchwała nr 13/2015/III Rady NFZ z dnia 15 września 2015 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za II kwartał 2015 roku, pobrano z: http://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/uchwaly-rady-nfz/uchwala-nr-132015iii,6359.html

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa łódzkiego, pobrano z: http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych/

Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa łódzkiego, pobrano z: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_kardiologia_lodzkie.pdf

Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, pobrano z http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/08/Policy-Paper-dla-ochrony-zdrowia-na-lata-2014-2020-przyjety-przez-KE.pdf

The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) Final Recommendation Statement Chronic Kidney Disease (CKD): Screening, August 2012, pobrano z: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org /Page/Document/RecommendationStatementFinal/chronic-kidney-disease-ckd-screening

Chronic kidney disease in adults: assessment and management (2014) NICE guideline CG182 pobrano z: https://www.nice.org.uk/guidance/cg182

National Kidney Foundation "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease", Kidney International Supplements 2013;3:1-150, http://kdigo.org/home/

guidelines/ckd-evaluation-management/

Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetologia Kliniczna, 2014, Tom 3, supl. A

Wytyczne ESH/ESC dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym w 2013 roku Kardiologia Polska 2013; 71, supl. III: s. 27–118

Stare czy nowe kwalifikacje – rynek pracy w Łódzkiem wobec osób po 50 roku życia, Regionalne Obserwatorium Rynku Pracy, Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, 2013 r., s. 6-81,

Aktywność ekonomiczna ludności w województwie łódzkim, Informacja sygnalna, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Łodzi, 2014 r. s.10.

Umowa Partnerstwa, Ministerstwo Rozwoju, 2015 r., s. 37

CARI Guidelines, Screening for early chronic kidney disease z 2012 r. pobrano z: http://www.cari.org.au/ CKD/CKD%20early/Screening_CKD.pdf)

CARI Guidelines, Education Strategies z 2012 roku pobrano z: (http://www.cari.org.au/CKD/CKD%20early/ Education_Strategies_CKD.pdf).

GUS, Rocznik Demograficzny 2015, Warszawa 2015 http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-demograficzny-2015,3,9.html

http://www.pzh.gov.pl/konferencja-swiatowy-dzien-zdrowia-cukrzyca-2016-narodowy-instytut-zdrowia-publicznego-pzh-13-kwietnia-2016-godz-11-00-13-00-aula-im-ludwika-rajchmana/

http://osod.info/przeszczepienie-nerki-od-zywego-dawcy/

(http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2015.html)

https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=05

Załącznik 1

Oświadczenie uczestnika Programu

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miałem/nie miałam wykonywanych badań diagnostycznych przewidzianych w Programie wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego, w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych (w szczególności finansowanych z NFZ, budżetu państwa, środków samorządowych).

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis uczestnika Programu

promuje łódzkie

Załącznik 2

.....
Pieczęć Beneficjenta realizującego Program

Karta badania profilaktycznego

Imię i nazwisko:.....

PESEL lub data urodzenia: .....

Nr telefonu: .....

Badania przesiewowe:

I. KONSULTACJA LEKARSKA (DATA): .....

Czynniki ryzyka:

cukrzyca	☐	przebyta ostra niewydolność nerek	☐	stosowanie leków nefrotoksycznych	☐
nadciśnienie	☐	choroby układu krążenia	☐	choroby nerek w rodzinie (SNN, lub genetyczne)	☐
zaburzenia strukturalne układu moczowego	☐	choroby układowe (np. toczeń rumieniowy)	☐	BMI > 35 kg/m2	☐

Wzrost ..... cm Waga ..... kg BMI.....

Pomiar:
ciśnienia tętniczego: I pomiar ..... II pomiar ..... średnia.....

Pomiar tętna: I pomiar..... II pomiar .....średnia.....

Uwagi lekarza:

Podpis lekarza:

KAŻDĄ NASTĘPNA KONSULTACJĘ Z LEKARZEM POZ NALEŻY OPISAĆ WG PONIŻSZEGO SCHEMATU

Data konsultacji	Wyniki badań diagnostycznych (np. na drugiej wizycie wpisać wyniki kreatyniny, eGFR, badania ogólnego moczu) Dalsze postępowanie *(wpisać jedną z opcji: 1. dalsza diagnostyka (podać zlecone badania), 2. rozmowa edukacyjna i zakończenie udziału w Programie, 3 skierowanie na konsultację nefrologiczną)* Uwagi lekarza i zalecenia dla pacjenta Podpis lekarza

promuje łódzkie

Konsultacja nefrologiczna

Data konsultacji	Uwagi, zalecenia dla pacjenta ..... podpis lekarza

Warsztaty edukacyjne

Data	Uwagi, zalecenia dla pacjenta
1. 2. 3.	..... podpis wypełniającego kartę

Konsultacje dietetyczne

Data	Uwagi, zalecenia dla pacjenta
1. 2. 3. ...	..... podpis dietetyka

promuje łódzkie

Załącznik 3

.....
Pieczęć Beneficjenta
realizującego Program

ZAŚWIADCZENIE DLA PACJENTA

Imię i nazwisko: .....
PESEL lub data urodzenia: .....

Opis świadczeń zrealizowanych w ramach Programu (wymienić przeprowadzone konsultacje, wykonane badania):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Zalecenia:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
podpis osoby
przeprowadzającej badanie

promuje łódzkie

Załącznik 4

.....
pieczęć Beneficjenta realizującego Program

.....
data

Ankieta

Szanowny Panie/Szanowna Pani,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat ***Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego.*** *Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości. Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X. Ankieta jest anonimowa.*

1. **Płeć:**

   kobieta ☐ mężczyzna ☐

2. **Data urodzenia**: ..... (proszę wpisać)

3. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?**

   tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

4. **Czy wziąłby Pan/wzięłaby Pani udział ponownie w podobnym Programie?**

   tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

3. **Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?**

   tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

4. **Czy lekarz przeprowadził z Panem/Panią rozmowę edukacyjną**

   tak ☐ nie ☐

5. **Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z rozmowy edukacyjnej?**

   tak, bardzo ☐ tak, średnio ☐ nie ☐

7. **Czy przed udziałem w Programie posiadał/a Pan/Pani wiedzę o przewlekłej chorobie nerek?**

   tak, dużą ☐ tak, małą ☐ nie ☐

8. **Czy przez udział w Programie zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat choroby?**

   tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

9. **Czy uważa Pan/Pani, że wiedza zdobyta podczas Programu pomoże Panu/Pani lepiej dbać o swoje nerki?**

   tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

6. **Czy wie Pan/Pani kiedy powinien/powinna wykonać następne badania diagnostyczne w celu oceny funkcji nerek?**

   tak ☐ nie ☐ nie wiem ☐

Miejsce na Pana/Pani dodatkowe uwagi:

.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!