



Vabilo na 26. sejo Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino – zoom seja

Prisotni: Tanja Petkovič, dr. med., prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., doc. dr. Andrej Kravos, dr. med, asist. dr. Aleksander Stepanovič, dr. med., Jaka Strel, dr. med.

Datum: 5.6.2024

Trajanje: od 20.00 do 22.00

Dnevni red:

1. Posredovanje dokumentov v CRPP, izjave, obrazci (ZZZS)

Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ) je na Ministrstvo za zdravje posredoval statistične podatke o oddanih dokumentih v Centralni register podatkov o pacientih (v nadaljnjem besedilu: CRPP) za mesec april 2024. Na Ministrstvu za zdravje so na podlagi navedenih statističnih podatkov in pojasnila NIJZ za mesec april 2024 ugotovili, da veliko izvajalcev zdravstvene dejavnosti še vedno ne posreduje dokumentacije v CRPP, čeprav bi jo skladno z zakonodajo morali posredovati. Glede na navedeno, so se pristojne inštitucije obrnile na ZZZS, da vse pogodbene izvajalce, pri katerih je bilo zaznано odstopanje, pozove k doslednemu pošiljanju podatkov ter jih opozori, da v skladu z določilom petega odstavka 8. člena Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Uradni list RS, št. 65/00, 47/15, 31/18, 152/20 – ZZUOP, 175/20 – ZIUOPDVE, 203/20 – ZIUPOP DVE, 112/21 – ZNUPZ, 196/21 – ZDOsk, 206/21 – ZDUPŠOP, 141/22 – ZNUNBZ, 18/23 – ZDU-1O in 84/23 – ZDOsk-1; v nadaljnjem besedilu ZZPPZ) izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ne upošteva določb prvega, drugega ali tretjega odstavka 8. člena ZZPPZ glede posredovanja v zbirke NIJZ 48 ali NIJZ 49 iz Priloge 1, eNapotnica in eNaročilo iz Priloge 2 ali CRPP, do izpolnitve obveznosti posredovanja podatkov, ZZZS zadrži plačilo zdravstvene storitve.

Sklepi: RSK za družinsko medicino pozove NIJZ za pridobitev informacije, kakšna je razsežnost problema nepošiljanja podatkov v CRPP v družinski medicini.

Informacijske hiše zagotavljajo, da programi avtomatično izvajajo pošiljanje diagnoz, alergij, cepljenj, zdravil, napotnic.

RSK za družinsko medicino meni, da je za namen ocene organiziranosti družinske medicine in za namen raziskovanja s strani NIJZ potrebno omogočiti dostop in posredovati analize podatkov, ki jih posredujejo izvajalci na primarni ravni.

2. Vloga za izvajanje in financiranje UACR v vseh laboratorijih na primarni ravni - Kronična ledvična bolezen in pomen UACR



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

Kronična ledvična bolezen (KLB) je progresivna motnja delovanja ledvic, ki jo zaznamuje trajna okvara ledvičnega tkiva ali zmanjšana funkcija ledvic, trajajoča tri mesece ali dlje. Zaradi visoke pogostnosti, resnih zapletov in vpliva na kakovost življenja bolnikov je KLB pomemben javnozdravstveni problem. Najpogosteje prizadene starejše odrasle, osebe s sladkorno boleznijo, hipertenzijo in srčno-žilnimi boleznimi ter osebe z družinsko anamnezo KLB. Dodatni dejavniki tveganja vključujejo debelost, kajenje in kronično uporabo nefrotoksičnih zdravil. Socioekonomski dejavniki, kot sta dostop do zdravstvene oskrbe in izobrazba, prav tako vplivajo na tveganje za razvoj KLB. Z željo po zgodnjem odkrivanju KLB so Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovensko nefrološko društvo in Katedra za družinsko medicino MF UL pripravili algoritem, ki je bil predstavljen na Schrottovih dnevih, dosegljiv pa tudi na spletni strani združenja (<https://drmed.org/algoritem-za-obravnavo-kronicne-ledvicne-bolezni-v-timu-ambulante-druzinske-medicine/>) in v *Novičniku*. Tej številki *Družinske medicine* pa je priložena Svetovalna ura, ki omogoča oceno tveganja za napredovanje KLB.

KLB ima velik vpliv na globalno obolevnost in umrljivost. Njeno stopnjo določimo glede na kategorije ocenjene hitrosti glomerulne filtracije (oGF) in proteinurijo/albuminurijo. KLB običajno diagnosticiramo s krvnimi preiskavami (določimo vrednost kreatinina in izračunamo glomerulno filtracijo) ter s preiskavami urina (ugotavljamo prisotnost proteinov in albuminov). Kot presejalno preiskavo bolezenske proteinurije v družinski medicini največkrat uporabljamo testne lističe, s katerimi lahko v urinu zaznamo proteinurijo od 300 do 500 mg/L. Količina oborjenih beljakovin je označena s stopnjami od 0 do 4+. Zavedamo se, da na proteinurijo vplivajo dnevni ritem izločanja beljakovin, telesni napor, prehrana in hidracija. Del ambulant družinske medicine ima na voljo laboratorijsko določanje albuminurije, ki je najzgodnejši znak napredovanja ledvične bolezni ali prisotnosti okvare žilnega endotela. Albuminurija je opredeljena kot povečano izločanje albuminov, čeprav je celokupna količina izločenih proteinov lahko normalna.

Skupina CKD Epidemiology Collaboration (CKD-EPI) je razvila natančne enačbe za oGF, ki temeljijo na meritvah kreatinina ± cistatina C. KLB je prisotna pri $\text{oGF} \geq 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ le, če so prisotni albuminurija ali drugi znaki ledvične bolezni. Vztrajajoče zmanjšanje $\text{oGF} < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ (npr. stopnje G3-5) zadošča za potrditev KLB. Te stopnje oGF so povezane s povišanim tveganjem za napredovanje KLB in srčno-žilne bolezni. Najbolj napredovala stopnja KLB je opredeljena z $\text{oGF} < 15 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ in je po nedavni nomenklaturi opredeljena kot »odpoved ledvic«. Pri tako nizki oGF je treba začeti nadomestno zdravljenje. Albuminurija je zgodnji pokazatelj nefropatije in napoveduje tveganje za odpoved ledvic in srčno-žilne bolezni neodvisno od oGF.

Nefropatija, ki jo povzroča sladkorna bolezen, je vodilni vzrok za KLB po vsem svetu. Pri bolnikih s sladkorno boleznijo priporočamo vsaj enkrat na leto presejanje za KLB. Določitev razmerja med albuminom in kreatininom v urinu (UACR) v enkratnem vzorcu urina je učinkovita metoda za identifikacijo in količinsko opredelitev albuminurije. Spremembo UACR ali nagiba krivulje oGF uporabljajo v preskušanih kot nadomestne surogatne pokazatelje zaščite ledvic.¹

Priporočilo za osebe s kronično ledvično boleznijo in sladkorno boleznijo

Priporočamo, da se bolnike s sladkorno boleznijo **rutinsko preseja za ledvično bolezen z določitvijo oGF** po CKD-EPI in **UACR**.¹

(stopnja dokaza IB)



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

UACR (razmerje albumin/kreatinin v urinu) je ključni test pri odkrivanju KLB. Omogoča zgodnje odkrivanje albuminurije, ki je eden prvih znakov okvare ledvic. Testiranje UACR je preprosto in neinvazivno ter ga je mogoče izvajati v rutinskih zdravstvenih pregledih. Vrednosti nad 30 mg/g albumina so pokazatelj okvare ledvic in zahtevajo nadaljnjo preiskavo in obravnavo. Določitev albuminurije (UACR) ni pomembna samo za prepoznavo KLB, ampak je tudi metoda za spremljanje uspešnosti zdravljenja z zdravili. Zmanjšanje albuminurije – UACR za vsaj 30 % – je tako cilj zdravljenja pri osebah s SB2 kot priporočajo smernice ameriškega združenja za diabetes (ADA), 2023: »Pri bolnikih s KLB, ki imajo razmerje med albuminom in kreatininom v urinu (UACR) ≥ 300 mg/g, priporočamo zmanjšanje UACR ≥ 30 % za upočasnitev napredovanja KLB.«²

V slovenskih laboratorijih imamo različne možnosti za UACR, čeprav menimo, da bi morali to meritev imeti na razpolago vsi izbrani zdravniki. Na nacionalni ravni še ni bilo sprejeto, da bi se albuminurija in UACR merila v vseh laboratorijih na primarni ravni. Meritve so v nekaterih laboratorijih sicer mogoče, vendar se mora zdravnik selektivno dogovoriti z laboratorijem, ki izvaja meritve za njegovo ambulanto.

Sklepi: Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino predlaga, da se izvajanje UACR omogoči v vseh laboratorijih in da je vrednost preiskave finančno pokrita s strani ZZS kot LZM

Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino predlaga, da NIJZ posreduje Algoritem obravnave KLB v timu ambulante družinske medicine (ADM) vsem diplomiranim medicinskim sestram v ADM.

Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino meni, da je potrebno oblikovati Protokol obravnave bolnika s KLB, ali sumom na KLB v ADM po ustaljenem postopku, ki ga predpisuje Projektni svet na NIJZ ter projektni svet zaprosi za imenovanje sodelujočih članov skupine za pripravo protokola.

Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino ponovno posreduje PDF algoritma, ki so ga pripravili in potrdili Združenje zdravnikov za družinsko medicino pri SZD, Katedra za družinsko medicino UL MF in Slovensko nefrološko društvo.

3. E karton EHR in poročilo obiska pri dr. Štotlu

RSK za družinsko medicino za nadaljevanje razprave potrebuje več podatkov in sklenil pridobiti naslednje informacije:

- Ali EHR projekt oblikuje parametre in sezname spremenljivk glede na: a) vpoglede, b) vsebino obveznih poročanj v CRPP
- Kako nameravamo ravnati v zvezi z obsežnimi arhivi in obstoječimi papirnatimi kartoni. Ali imajo načrtovalci EHR načrt, ki bi zahteval skeniranje vseh teh dokumentov, kar bi bilo časovno in ekonomsko zelo zahteven projekt.
- Ali imajo načrtovalci EHR načrt, da bi se vse ambulante opremile z aparaturami za »voice recognition«, saj bi to časovno razbremenilo zaposlene v ambulantah.
- Kakšna je konkretna časovnica vpeljave EHR v Sloveniji?

Na 27. sejo RSK za družinsko medicino bomo povabili prof. Iztoka Štotla, predsednika RSK za informatiko v zdravstvu.



4. Vloga ZD Adolfa Drolca – protokoli, kompetence diplomiranih zdravstvenikov

Sklep: RSK za družinsko medicino je v sodelovanju z urgentnimi zdravniki sprejel pripombe na tri poslane protokole in jih bo v ločenem dopisu posredoval vlagatelju. Vse tri protokole je potrebno dopolniti.

5. Okvirno trajanje staležev za posamezno diagnozo DS št 024 -85/2023-2711-22

RSK za družinsko medicino je obravnaval predlog protokola *Osnovni pomen delazmožnosti / delanezmožnosti pri bolnikih z nevrotskimi, stresnimi in somatoformnimi motnjami*, ki ga pripravlja delovna skupina pri ministrstvu za zdravje.

Sklepi: Izbrani zdravnik družinske medicine vodi bolniški stalež do 30 dni, zatem pa o dolžini staleža odloča izvedeniški organ.

Izbrani zdravnik medicine nima vpliva na čakalno dobo specialistov psihiatrov in tudi ne na kadrovske probleme, ki lahko vplivajo na trajanje bolniškega staleža.

Izbrani zdravnik družinske medicine nima vpliva na dolge roke odločanja o invalidnosti na organih ZPIZ.

Smiselno bi bilo, da bi pri izvedenstvu na ZZZS pri navedenih diagnozah sodeloval specialist psihiater, ki bi se z bolnikom osebno pogovoril, oziroma ga obravnaval.

Ob menjavi psihofarmaka lahko pride do neželenih učinkov in menjava pomeni rezistentnost motnje, zato je praviloma zadržanost z dela med 3 do 4 tedni.

Augmentacija farmakološkega zdravljenja je lahko povezana z rezistentnostjo in zato predlagamo v zvezi s tem 3 tedensko zadržanost z dela.

Kadar so psihične obremenitve na delovnem mestu velike, vključno z medosebnimi obremenitvami (občutek ali dejansko šikaniranje, mobbing) se bolnika vrne v delovno okolje postopoma po tem, ko služba medicine dela za to podjetje preuči in poroča o dejavnikih tveganja na delovnem mestu in priporoči delodajalcu ukrepe za izboljšanje delovnih pogojev in obremenitev. Pacientu se priporoča gibanje v naravi in čim večja aktivacija v naravnem okolju.

V primeru akutnih psihičnih stanj ali tudi pasivne suicidalne ogroženosti se lahko bolniški stalež podaljša do remisije simptomov, ob čemer lečeči zdravnik in psihiater pacienta intenzivno spremljata, kar je zabeleženo v medicinski dokumentaciji.

6. Pilotni projekt – klinični farmacevti

RSK za družinsko medicino se je seznanil z napredovanjem dela interdisciplinarne skupine in s pilotnim projektom, ki je v načrtu.

7. Odgovor na zaprosilo za pripravo razširjenega seznama poklicnih aktivnosti in kompetenc za strokovno podporo ambulantam družinske medicine, ki bodo razbremenile nosilca tima (dopis MZ št. 024-76/2023-2711-42)

Sklepi: RSK za družinsko medicino podpira in se strinja s prizadevanji Ministrstva za zdravje v zvezi s prenosom kompetenc na diplomirane medicinske sestre (DMS) v ADM.



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

RSK za družinsko medicino meni, da mora prenos kompetenc veljati za vse DMS in ne le za manjšo peščico.

Prenos kompetenc se lahko izvede v paketih, na primer najprej prenos izdajanja dokumentov v zvezi z medicinsko tehničnimi pripomočki (izobraževanje je že bilo izvedeno), predpisovanje reševalnih prevozov, izdaja kratkih bolniških staležev....

Presenetljivo je, da DMS odkrivajo in vodijo bolnike z astmo in KOPB, problematično pa se jim zdi triažiranje simptomov, kot je kašelj.

Izobraževanje o prevalentnih simptomih (vročina, bolečina...), je potrebno vključiti v redno dodiplomsko izobraževanje DMS.

Nagrajevanje za prenos kompetenc je potrebno sistemsko načrtovati in to sorazmerno z ostalimi poklicnimi skupinami v zdravstvu.

8. Razno

Sestanek na RSK URI SOČA: Pravila za predpisovanje fizikalne terapije, izdaja delovnih nalogov za fizioterapijo.

Sklepi: Izbrani zdravniki družinske medicine nimajo vpliva na čakalne vrste, ki so povezane s strukturnimi, sistemskimi dejavniki.

Klinični specialisti (tudi tisti iz samoplačniških ambulant), ki indicirajo fizikalno terapijo so dolžni sami izdati napotnice in delovne naloge in tega opravila ne smejo nalagati izbranim zdravnikom.

Bolnike s kroničnimi kostno-mišičnimi obolenji v poslabšanju morajo seznaniti s pravicami, ki jim pripadajo iz zdravstvenega zavarovanja.

V okviru sekundarne preventive bi lahko bolniki s kroničnimi kostno-mišičnimi obolenji obiskovali centre za krepitev zdravja.

RSK za fizikalno in rehabilitacijsko medicino prosimo za posodobljena pravila za predpisovanje fizikalne terapije, da bodo izbrani zdravniki imeli možnost konkretne pojasnitve razlogov za odločitev, kadar se srečujejo z ne/utemeljenimi zahtevami pacientov in njihovih svojcev.

Trajna napotnica pri odkrivanju in obravnavi diabetične retinopatije.

Sklep: RSK za družinsko medicine se strinja s predlogom, da bi lahko izdajali trajne napotnice za obravnavo bolnikov z diabetično retinopatijo.

Prof. prim. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
Predsednica RSK za družinsko medicino