

ПРАКТИЧЕСКА АКАДЕМИЯ ЗА ОПЛ
„ДА РАБОТИМ БЕЗ САНКЦИИ“

Модул 2

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ В ПИМП

Д-р Виктория Чобанова

НОРМАТИВНА БАЗА

- Наредба № 8 за профилактиката и диспансеризацията
- НРД за медицински дейности 2018 г. – приложения 8 и 13

ЗАЩО ДА ДИСПАНСЕРИЗИРАМЕ?

1. Това е една от основните ни дейности – контрол на хроничните заболявания (вторична профилактика)
2. Диспансерното наблюдение е осигурено 100 % с регулативни стандарти
3. Осигурено е финансиране на самата дейност
4. Премахната е санкцията при неявяване на диспансерен преглед

НЕПРАВИЛНИ ПРАКТИКИ

1. Пациентът изобщо не се диспансеризира, въпреки наличието на заболявания
2. Пациентът се диспансеризира само за едно заболяване

Резултат: пациентът ни счита за „раздавач на талони“; лоша комуникация с пациента; лоша оценка на нашия труд; лоши финансови резултати.

АРТЕРИАЛНА ХИПЕРТОНИЯ – ДЕЦА И ВЪЗРАСТНИ

Изисквания:

1. До 4 диспансерни прегледа със сърдечен статус и АН. Периодиката е препоръчителна!
2. ЕКГ – 1 път годишно
3. Изследвания – липиден профил, креатинин, кръвна захар, урина (за деца) – 1 път годишно
4. Консултации:
 - за деца – кардиолог и офталмолог 1 x годишно
 - I10 – офталмолог на 3 години до установяване на ХР, след което – по преценка; кардиолог – по преценка
 - I11 – както за I10 + ЕхоКГ на 2 години

СТЕНОКАРДИЯ

Изисквания – като Артериална хипертония плюс:

1. ЕКГ още един път годишно (общо 2)
2. Липиден профил – още един път годишно при лечение на дислипидемията
3. Протромбиново време – при лечение със синтром (колкото е необходимо)
4. Консултацията с кардиолог и ЕхоКГ е задължителна. Велотест – по преценка на кардиолога

СТЕНОКАРДИЯ СЪС СТЕНТ ИЛИ БАЙПАС

Диспансеризира се в ПИМП след изтичане на 1 година от стентирането. Дотогава - кардиолог

Изисквания – като Стенокардия плюс:

1. ЕКГ при всеки диспансерен преглед
2. Липиден профил – 2 пъти годишно, АСАТ и АЛАТ – 1 път годишно
3. Консултация с кардиолог, ЕхоКГ и велотест - задължителни. Направлението издаваме ние.

СТАР ИНФАРКТ НА МИОКАРДА (АКО НЯМА СТЕНТ)

Диспансеризира се в ПИМП след изтичане на 1 месец от инцидента (до 1-та година може да се наблюдава в СИМП)

Изисквания – като Стенокардия плюс:

1. ЕКГ при всеки диспансерен преглед – до 1 година от инцидента, след това – 2 пъти годишно
2. Липиден профил – 2 пъти годишно (за всички!), Протромбиново време при лечение със синтром – колкото е необходимо
3. Консултация – като за стенокардия (o8 + EchoКГ 1 път годишно, велотест по преценка на кардиолога)

СЪРДЕЧНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ

Диспансеризира се в ПИМП ако е налице друга диспансерна в ПИМП диагноза (I I, I20, I25)

Изисквания – като Артериална хипертония плюс:

1. ЕКГ при всеки диспансерен преглед
2. Натрий и калий 1 x годишно. Протромбиново време при лечение със синтром – колкото е необходимо
3. Консултация с о8 + ЕхоКГ 1 път годишно
4. Пациенти с ФК III и IV по NYHA - умора, сърцебиене, диспнея или ангина при леки физически усилия (III) и при покой (IV) – до 6 дисп. прегледа.

МОЗЪЧНО-СЪДОВА БОЛЕСТ

Диспансеризира се в ПИМП след 1 година от инцидента.

Изисквания:

1. До 4 диспансерни прегледа, неврологичен статус
2. ЕКГ – 1 път годишно
3. Изследвания – холестерол 1 път годишно, ПВ – по преценка
4. Консултация с невролог – на 2 години до 5-та година, след това – по преценка
5. ВСД – Доплерова сонография на шийни съдове – на 2 години до 5-та година (направлението издаваме ние).

ПОВЪРХНОСТЕН ФЛЕБИТ И ТРОМБОФЛЕБИТ

Изисквания:

1. До 2 диспансерни прегледа с общ и локален статус. При оперирани болни – 3 пъти през първата година
2. Изследвания – фибриноген 1 път годишно, ПВ – по преценка
4. Консултация с хирург/съдов хирург/ангиолог – на 2 години

ХИПОТИРЕОИДИЗЪМ

Изисквания:

1. До 4 диспансерни прегледа с насоченост към СС, нервна, храносмилателна система и очен статус.
2. Изследвания – Холестерол, ТСХ, ФТ₄ – 1 път годишно. При промяна на дозата на тироксина – допълнително изследване поне 6 седмици след промяната (до още 2 пъти годишно)
3. Консултации – ендокринолог всяка година, кардиолог на 2 години (ехоКГ от 08), офталмолог на 3 години

ДИАБЕТ

Изисквания:

1. До 4 диспансерни прегледа – сърдечно-съдов и неврологичен статус
2. ЕКГ един път годишно, изсл. на КЗ с глюкомер по преценка
3. Изследвания – Креатинин и МАУ 1 път годишно, Гликиран хемоглобин 2х годишно, КЗП по преценка. Възможност за допълнително изследване на Гл. Хб по преценка на ОПЛ поне 3 месеца след промяна в лечението

ДИАБЕТ

Консултации

1. Ендокринолог – по преценка. Задължително при гликиран хемоглобин над 8 %.
2. Офталмолог – на 2 години. При E11.3 - ежегодно
3. При наличие на усложнения – консултации с невролог (E11.4 с амиотрофия или вегетативна невропатия), съдов хирург, ангиолог или хирург (E11.5), ортопед (E11.6) – на 2 години

ДИАБЕТ – ЛЕЧЕНИЕ С КОМБИНИРАНИ ПРЕПАРАТИ - DPP-ИНХИБИТОРИ И С МЕТФОРМИН

ВНИМАНИЕ! Рецептите изписваме ние! Санкциите плащаме ние!

Изисквания на НЗОЗ за лечение на ЗД тип 2 в извънболничната помощ:

1. Лечението се инициира от ендокринолог или клиника.
2. Задължителен контрол на 6 месеца с гл. хемоглобин. Задължитено 1 КЗП годишно.
3. Може да се продължи, ако гл. хемоглобин е по-нисък в сравнение с предишното изследване (при гл. хемоглобин под 7.0 – не важи)
4. При всяко повишение на гл. хемоглобин – консултация с ендокринолог!

ДИАБЕТ – ЛЕЧЕНИЕ С КОМБИНИРАНИ ПРЕПАРАТИ - DPP-ИНХИБИТОРИ И SGLT2-ИНХИБИТОРИ С МЕТФОРМИН

Изключващи критерии за глиптините:

- диабет тип 1;
- лица под 18 г;
- бременност;
- необходимост от интензифицирано лечение с инсулин;
- комбинирано лечение с меглитиниди (Репаглинид) и алфа-глюкозидазни инхибитори (Акарбоза);
- сериозни странични ефекти от лечението;
- неспазване на лечебната схема от болния с прекъсване 3 месеца;
- АСАТ и АЛАТ 3х над горна граница (вилдаглиптин – Еукреас)

ДИАБЕТ – ЛЕЧЕНИЕ С КОМБИНИРАНИ ПРЕПАРАТИ - DPP-ИНХИБИТОРИ И SGLT2-ИНХИБИТОРИ С МЕТФОРМИН

Изключващи критерии за глифлозините:

- диабет тип 1;
- лица под 18 г и над 75 г (за дапаглифлозин - Ксигдуо и канаглифлозин - Воканамет) и 85 г. (за емпаглифлозин – Синджарди);
- бременност и лактация;
- хронично бъбречно заболяване с ниска ГФ;
- необходимост от интензифицирано лечение с инсулин;
- сериозни странични ефекти от лечението;
- неспазване на лечебната схема от болния с прекъсване 3 месеца.

ДИАБЕТ – КОМБИНИРАНО ЛЕЧЕНИЕ

Допустими комбинации по НЗОК:

- Инсулин + МФ + СУП.
- Инсулин + DPP-4 инхибитор/SGLT2 инхибитор/инкретинов миметик + МФ
- Метформин, сулфанилурейни продукти, алфа-глюкозидазни меглитиниди и тиазолидиндиони лекарствени инхибитори,
- DPP-4 инхибитор/SGLT2 инхибитор/инкретинов миметик + МФ + СУП
- Фиксирани комбинации + МФ + СУП/базален инсулин

ДИАБЕТ – КОМБИНИРАНО ЛЕЧЕНИЕ

Недопустими комбинации по НЗОК:

- Фиксирани комбинации с алфа-глюкозидазни инхибитори (Акарбоза)
- Фиксирани комбинации с меглитиниди (Репаглинид, Неоглинид)
- Фиксирани комбинации с пиоглитазон (Пизона)

ЗАДЪЛЖИТЕЛНА диспансерна консултация за пациентите на човешки инсулин без протокол – на 6 месеца!

ПАРАЗИТОЗИ

Изисквания:

1. Наблюдение 1-3 години, диспансерни прегледи 3 за амебиаза, 6 за ламблиаза, 2 за малария, лайшмания, ехинококоза, филариоза, трихинелоза, аскаридоза
2. Изследвания – паразитология на 6 месеца, за някои – АСАТ, АЛАТ, ПКК, графия на бял дроб
3. Консултации – паразитолог 1 път годишно

КОНТРОЛ

Най-чести грешки:

1. Непълен обективен статус
2. Непълен обем на изследванията
3. Липса на подпис на пациента
4. Липса на име и дата на ЕКГ
5. Липса на консултации (само за задължителните!)

Няма санкции за:

1. Неизвършен диспансерен преглед (ако пациентът е уведомен)
2. Неизвършени повторни изследвания, ако не са отчетени всички диспансерни прегледи
3. Извършени повече изследвания и консултации от регламентираните.

Въпроси?