

Uzasadnienie dla wprowadzenia profilaktycznych badań bilansowych dla osób dorosłych

W Polsce, zgodnie z analizami Głównego Urzędu Statystycznego z 2014 r. występowanie chorób i przewlekłych dolegliwości stwierdzono u 52% ogółu Polaków (vs. 46% w 2004r. i 51% w 2009r.), w tym u 70% osób powyżej 50. roku życia [GUS 2009, 2014]. Populacja chorych przewlekłe ma zwiększać się o 1% rocznie do 2030 r.. Do 2020 r. choroby przewlekłe będą przyczyną około 75% zgonów na całym świecie, w tym w krajach rozwijających stwierdzi się: 71% spośród wszystkich spowodowanych przez chorobę niedokrwienną serca, 75% – przez udar, 70% – cukrzycę. W 2020 r. choroby przewlekłe staną się więc główną przyczyną niepełnosprawności, indukując bezpośrednio, ale przede wszystkim pośrednie koszty medyczne. Już w tej chwili są one istotne ekonomicznie i stanowią socjalne obciążenie systemów opieki zdrowotnej, społeczności, a przede wszystkim indywidualnych pacjentów [WHO].

Największym zagrożeniem życia Polaków są choroby układu krążenia (ChUK) odpowiedzialne w 2014 r. za 45,1% ogółu zgonów. Natężenie umieralności z powodu ChUK stopniowo zmniejsza się od roku 1991. Choroby układu krążenia są znacznie częstszą przyczyną zgonów przedwcześniejszych mieszkańców Polski niż przeciętnie w UE. Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów w Polsce (25,4% ogółu zgonów w 2014 r.). W nowotworach złośliwych ogółem różnica w przeżywalności pomiędzy Europą a Polską nasila się. W Polsce w 2014 roku papierosy paliło 28,8% mężczyzn oraz 17,2% kobiet, co umiejscawia nasz kraj na odpowiednio 11 i 21 miejscu w Unii Europejskiej. Spożycie alkoholu w Polsce wynosi 10,7 litra/osobę powyżej 15 roku życia/rok i jest nadal wyższe od średniej europejskiej. Nadwaga i otyłość w zależności od źródła danych dotyczą 62%–68% mężczyzn i 46%–60% kobiet w Polsce. Według badań GUS odsetki te nieznacznie wzrosły w ciągu ostatnich 4 lat. Niski poziom wykształcenia wyraźnie zwiększa ryzyko zbyt wysokiej masy ciała. Niekorzystna jest sytuacja w dziedzinie aktywności fizycznej ludności Polski dorośli Polacy są znacznie mniej aktywni niż większość obywateli UE – nie tylko rzadziej uprawiają sport, ale również rzadziej podejmują inne formy aktywności ruchowej [Wojtyński B, Goryński P, 2016]. Depresja w 1990 roku stanowiła czwartą, po infekcjach dolnych dróg oddechowych, biegunkach i powikłaniach okołoporodowych, przyczynę niepełnosprawności na świecie. Szacuje się, że w roku depresja 2020 zajmie drugą pozycję po chorobie niedokrwiennej serca

[Murray CJL, Lopez, 1996]. Depresja zajmuje obecnie drugą spośród dziesięciu najczęstszych przyczyn utraty zdrowia w Europie Środkowej [Murray 2012].

Powyższe dane warunkują zakres badania podmiotowego i przedmiotowego objęty bilansowymi badaniami okresowymi dla osób dorosłych. Dane zebrane w ramach badań bilansowych zostaną wykorzystane do systemowego zarządzania programami zdrowotnymi w populacji pacjentów POZ w koordynacji z innymi poziomami systemu opieki zdrowotnej.

GUS - Stan zdrowia ludności Polski 2014 r. Dostępny na: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r-,6,6.html>

GUS – Stan zdrowia ludności Polski, 2009. Dostępny na: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf.

Murray C. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet, 2012; 380: 2197–2223

Murray CJL, Lopez AD, red.: The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard University Press, 1996

WHO - Noncommunicable diseases Dostępny na: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

Wojtyński B, Goryński P (red). Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny Warszawa 2016

Bilansowe badania okresowe dla osób dorosłych – zestaw wystandaryzowanych badań realizowanych w ramach profilaktyki chorób przewlekłych przeznaczony dla całej populacji objętej opieką świadczeniodawcy realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie POZ PLUS, wykonywany raz na pięć lat, w pięcioletnich grupach wiekowych od 20 do 65 roku życia (minimalny odstęp czasu pomiędzy badaniami bilansowymi z danych przedziałów wiekowych to 5 lat).

Zasadniczym celem badań bilansowych jest identyfikacja pacjentów zdrowych i potencjalnie chorych (stratyfikacja populacji), w celu umożliwienia zarządzania liczbą i typem usług przewidzianych dla danej grupy pacjentów.

Na badania bilansowe pacjenci powinni być rekrutowani z listy aktywnej POZ. Badania te są przeznaczone głównie dla populacji pacjentów, na temat których zespół POZ nie ma aktualnej/pełnej wiedzy w zakresie ich stanu zdrowia. Są to pacjenci nie korzystający lub rzadko korzystający z usług POZ. Do badań bilansowych są kwalifikowani pacjenci z danej grupy wiekowej oraz Ci którzy w przeciągu ostatnich 12 miesięcy przed potencjalnym bilansem: nie byli u lekarza z powodu choroby przewlekłej (dotyczy lekarza POZ, lekarza specjalisty w ramach AOS) ani nie byli hospitalizowani i nie mieli wykonywanych badań diagnostycznych

(z zakresu badań bilansowych i innych programów profilaktycznych, w tym ChUK). Chyba że lekarz zdecyduje inaczej, np. w związku z chorobą przewlekłą nie mającą związku z potencjalnymi jednostkami chorobowymi możliwymi do zdiagnozowania po przeprowadzeniu badań bilansowych.

Po przeprowadzeniu badania przedmiotowego i podmiotowego oraz wskazanej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej następuje ocena stanu zdrowia w zakresie ryzyka wystąpienia choroby przewlekłej (rozumianej jako choroba nieuleczalna skutkująca pogorszeniem funkcjonowania z towarzyszącymi objawami somatycznymi i/lub psychicznymi). Pacjent kwalifikowany jest do określonej grupy o statusie zdrowotnym :

1. zdrowy - bez czynników ryzyka,
2. zdrowy (bez objawów) - z czynnikami ryzyka,
3. chory przewlekłe (bez aktualnych objawów) - stabilny,
4. chory przewlekłe (aktualnie z objawami) - wymagający stabilizacji.

Integralną częścią badania bilansowego jest edukacja pacjenta w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka.

W wyniku bilansu powstaje Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego (IPPZ), który powinien zostać omówiony z pacjentem w ramach podsumowania badania bilansowego. Dodatkowo pacjentowi udzielane jest poradnictwo w zakresie:

- zachowań zdrowotnych, w tym: w sferze żywienia, palenia papierosów spożywania alkoholu, aktywności fizycznej, poprzez interwencje behawioralne, w tym udział w programach edukacyjnych propagujących zdrowy styl życia, z wykorzystaniem materiałów edukacyjnych, także w formule e-learningowej,
- zaplanowanej kontroli efektywności interwencji, określonej w ramach IPPZ, w zależności od danego profilu zaburzeń.

W IPPZ powinny zostać wskazane możliwe do realizacji badania profilaktyczne, finansowane ze środków publicznych, takie jak np. cytologia, mammografia, kolonoskopia oraz zalecane szczepienia ochronne (w tym przeciwko grypie oraz pneumokokom).

Realizacja świadczeń profilaktycznych, w tym edukacyjnych powinna w głównej mierze spoczywać na pielęgniarkach środowiskowo-rodzinnych, wspieranych zgodnie z potrzebami przez dodatkowy personel (np. położną, edukatora zdrowotnego, dietetyka, psychologa, koordynatora, asystenta medycznego, itp.).

Dane zebrane w trakcie badania bilansowego są rejestrowane w kwestionariuszu, którego wzór stanowi zał. nr 1., zgodnie z instrukcją, która stanowi zał. nr 2.

Badanie bilansowe mogą być wykonane w zakresie podstawowym lub pogłębionym. Listę produktów rozliczeniowych stanowi zał. nr 3.

Struktura bilansu:

1. Bilans podstawowy, składa się z:

- wizyty przed-bilansowej (wstępnej) polegającej na:
 - i. zapoznaniu pacjenta z założeniami badań bilansowych
 - ii. założeniu kwestionariusza bilansowego (*kwestionariusz uzupełniany na każdym etapie badania bilansowego przez osobę przeprowadzającą dany etap badania*)
 - iii. zebraniu wywiadu medycznego, w tym wywiadu rodzinnego (badanie podmiotowe),
 - iv. wykonaniu podstawowych badań antropometrycznych i parametrów życiowych (wzrost, masa ciała, BMI, ciśnienie tętnicze krwi, tętno),
- badania fizykalnego (przedmiotowego), obejmującego m.in. ocenę skóry, głowy i szyi, jamy ustnej, klatki piersiowej i płuc, w tym sposobu oddychania, układu sercowo-naczyniowego, układu mięśniowo-szkieletowego, jamy brzusznej, gruczołów piersiowych, dołów pachowych, węzłów chłonnych, odbytnicy (per rectum), obecność np. przepuklin, obrzęków, żylaków.
- skierowania pacjenta na badania diagnostyczne z pakietu bilansu podstawowego (morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram),
- omówienia wyników zleconych badań i nadanie statusu zdrowotnego pacjentowi w systemie informatycznym oraz omówienie z pacjentem i przekazaniem do wiadomości i realizacji opracowanego IPPZ (w przypadku zakończenia bilansu na etapie podstawowym).

2. Bilans pogłębiony - w przypadku występowania czynników ryzyka określonych na podstawie danych z wywiadu medycznego, pacjent jest

kierowany na wykonanie tzw. diagnostyki pogłębionej (w zależności od wskazań klinicznych i wieku pacjenta istnieje możliwość wykonania badań dodatkowych przypisanych danej grupie wiekowej - zgodnie z macierzą w tab. 1).

- wykonanie wszystkich składowych wchodzących do zakresu bilansu podstawowego, oraz
- wykonanie badań z pakietu bilansu pogłębionego,
- omówienie wyników zleconych badań i nadanie statusu zdrowotnego pacjentowi oraz omówienie z pacjentem opracowanego IPPZ
- skierowanie na wizytę edukacyjną w oparciu o IPPZ

3. **Wizyta(/y) edukacyjne** - obejmują:

- szczegółowe omówienie IPPZ, pod kątem zidentyfikowanych czynników ryzyka i wskazań diagnostyczno-terapeutycznych.
 - edukacja w zakresie behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób, m.in. związanych z:
 - zachowaniami żywieniowymi,
 - statusem nikotynowym,
 - statusem alkoholowym,
 - statusem aktywności fizycznej,
 - statusem przestrzegania zaleceń terapeutycznych ze szczególnym naciskiem na elementy wskazane w IPPZ.

Wizyty edukacyjne są dedykowane pacjentom, którym nadano status zdrowotny nr 2, 3 lub 4. Wizyta edukacyjna powinna być wykonana bezpośrednio po przeprowadzonym bilansie oraz w okresie 3 miesięcy od pierwszej wizyty w przypadku pacjentów, którym wykonano bilans pogłębiony. Zakres wizyty powinien być ustalony na podstawie rekomendacji ujętych IPPZ. Zaleca się korzystanie z wytycznych i zaleceń Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, w których są zawarte m.in. elementy dotyczące zmiany zachowań zdrowotnych.

Wyodrębnia się również 2 rodzaje wizyt edukacyjnych specjalistycznych:

- porada dietetyczna (maksymalnie 3 porady jednostkowe w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia),
- porada psychologiczna (maksymalnie 3 porady jednostkowe w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia).

Wizyta edukacyjna specjalistyczna – dietetyczna to cykl maksymalnie 3 porad jednostkowych w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia, tj. od zakwalifikowania pacjenta w oparciu o wywiad i badanie fizykalne:

1. Wizyta edukacyjna specjalistyczna – dietetyczna – pierwsza, polega na analizie dietetycznej, wskazaniu popełnianych błędów i nauce ich eliminowania, analizie dotychczasowego sposobu odżywiania, analizie składu ciała, opracowaniu indywidualnych zaleceń żywieniowych, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność. Opracowanie planu interwencji dietetycznej.
2. Wizyta edukacyjna specjalistyczna – dietetyczna – druga, polega na analizie implementacji zaleconej korekty zachowań żywieniowych, w tym barier implementacji.
3. Wizyta edukacyjna specjalistyczna – dietetyczna – trzecia, polega na ocenie skuteczności zastosowanych interwencji.

Wizyta edukacyjna specjalistyczna – psychologiczna to cykl maksymalnie 3 porad jednostkowych w okresie 3 miesięcy od bilansu zdrowia, tj. od zakwalifikowania pacjenta w oparciu o wywiad w części dot. samopoczucia psychicznego, który był pogłębiony o wywiad w kierunku depresji i innych zaburzeń stanu psychicznego zgodnie z wytycznymi PTP, PTMR i KLRwP.

Trzy wizyty mają na celu rozpoznanie i omówienie sytuacji życiowej pacjenta pod kątem zgłaszanych dolegliwości z zakresu funkcjonowania psycho-społecznego. Powinny one mieć charakter diagnozy, psychoedukacji lub poradnictwa, zależnie od sytuacji klinicznej pacjenta. Konsultacja psychologiczna może być wstępem do dalszej pracy terapeutycznej (poza programem POZ PLUS), niekiedy jednak udział w nich okazuje się wystarczający dla wypracowania rozwiązania zgłaszanej trudności (dotyczyć to będzie pacjentów z obniżonym nastrojem, nie spełniającym kryterium rozpoznania zaburzeń depresyjnych). Psycholog powinien ustalić diagnozę

psychologiczną, w tym w uzasadnionych sytuacjach klinicznych przeprowadzić badanie neuropsychologiczne z wykorzystaniem adekwatnych testów oraz ustalić dalszy plan postępowania..

Jeżeli na podstawie zespołu objawów psycholog potwierdzi np. zaburzenia depresyjne powinien zaproponować pacjentowi udziału w terapii indywidualnej lub grupowej w ramach AOS i/lub poprzedzającą terapię konsultację psychiatryczną w ramach AOS.

W przypadku objęcia pacjenta Programem zarządzania chorobą (DMP) jest przewidziana możliwość skierowania go na zabiegi fizjoterapeutyczne (dotyczy choroby zwyrodnieniowej stawów obwodowych i /lub zespołów bólowych kręgosłupa).

Podział zadań

Podział zadań do wykonania zależy od danego świadczeniodawcy, ale rekomenduje się następujący schemat działań:

1. czynności administracyjne, wstępna kwalifikacja i zapraszanie do badań bilansowych, prowadzenie terminarza i umawianie wizyt, przypominanie o terminach wizyt, koordynowanie przepływu informacji pomiędzy realizatorami świadczeń, pełnienie funkcji łącznika pomiędzy pacjentem a zespołem POZ (udzielanie informacji pacjentowi), zapewnienie ciągłej i kompleksowej obsługi pacjenta, sporządzenie raportów i sprawozdań w ramach pilotażu, badania ewaluacyjne, kontrola efektywności podejmowanych interwencji, w tym comiesięczny monitoring implementacji zaleconych interwencji - koordynator administracyjny (np. pielęgniarka lub absolwent zdrowia publicznego).
2. wizyta/y bilansowe:
 - a. wstępny wywiad medyczny - wypełnienie kwestionariusza bilansowego w części ogólnej - pielęgniarka/koordynator
 - b. pogłębiony wywiad medyczny – wypełnienie kwestionariusza bilansowego w części szczegółowej i badanie przedmiotowe – lekarz POZ
 - c. wykonanie badań podstawowych + ew. dodatkowych na podstawie zidentyfikowanych czynników ryzyka – pielęgniarka i lekarz POZ

- d. omówienie wyników i ustalenie dalszego postępowania medycznego określonego w IPPZ – lekarz POZ
 - e. edukacja pacjenta – pielęgniarka przy ew. wsparciu dodatkowego personelu np. edukatora zdrowotnego, dietetyka, psychologa (zgodnie z posiadanymi zasobami kadrowymi i potrzebami pacjentów)
3. sprawozdanie bilansu - koordynator administracyjny
4. badania ewaluacyjne 6 miesięcy po ustaleniu IPPZ, w tym po wizycie edukacyjnej (z oceną efektywności klinicznej IPPZ) – koordynator administracyjny=we współpracy z zespołem POZ.



Badanie		Czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania	20 – 24 lat	25 – 29 lat	30 – 34 lat	35 – 39 lat	40 – 44 lat	45 – 49 lat	50 – 54lat	55 – 59 lat	60 – 65 lat
	USG piersi	<ul style="list-style-type: none"> wyczuwalne zmiany w piersi wyciek z brodawek występowanie raka sutka w wywiadzie rodzinnym długotrwała antykoncepcja hormonalna 	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀	♀
	USG tarczycy i przytarczyc	<ul style="list-style-type: none"> nieprawidłowe wyniki badań TSH, FT4 powiększenie obwodu szyi wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy dodatni wywiad rodzinny w kierunku nowotworu tarczycy 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	PSA	<ul style="list-style-type: none"> trudności w oddawaniu moczu krwiomocz ból krocza i podbrzusza 						♂	♂	♂	♂
	USG gruczołu krokowego	<ul style="list-style-type: none"> trudności w oddawaniu moczu krwiomocz ból krocza i podbrzusza nieprawidłowości w badaniu per rectum nieprawidłowy wynik oznaczenia PSA dodatni wywiad rodzinny w kierunku raka prostaty 						♂	♂	♂	♂
	RTG klatki piersiowej (KLP)	<ul style="list-style-type: none"> palenie tytoniu duszności niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel ból w klatce piersiowej 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Kreatynina	<ul style="list-style-type: none"> problemy z oddawaniem moczu obrzęki 	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Kwas moczowy	<ul style="list-style-type: none"> bóle stawów kończyn dolnych 							♀♂	♀♂	♀♂

Badanie		Czynniki ryzyka /warunki kwalifikujące do badania	20 – 24 lat	25 – 29 lat	30 – 34 lat	35 – 39 lat	40 – 44 lat	45 – 49 lat	50 – 54lat	55 – 59 lat	60 – 65 lat
	Densytometria	<ul style="list-style-type: none"> • obrzęki • częste złamania kości • wczesna menopauza 							♀	♀	♀
Edukacja	Wizyta edukacyjna	pacjenci ze statusem zdrowotnym 2, 3 lub 4	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	Wizyta edukacyjna – kontrolna (po 3 miesiącach)	pacjenci ze statusem zdrowotnym 2, 3 lub 4 po bilansie pogłębionym, odbyłą wizytą edukacyjną	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	wizyta edukacyjna specjalistyczna - dietetyczna	nadwaga lub otyłość lub inne wskazania ustalone indywidualnie	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂
	wizyta edukacyjna specjalistyczna - psychologiczna	pacjenci z ryzykiem zaburzeń depresyjnych	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂	♀♂

OOK!

NFZ