

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**Nazwa programu:**

**OGÓLNOPOLSKI PROGRAM  
PROFILAKTYKI PIERWOTNEJ I WCZESNEGO WYKRYWANIA  
REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW**

**Okres realizacji: 2016-2020**



**Fundusze  
Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



## Spis treści

STRESZCZENIE .....	4
I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO .....	6
1. Reumatoidalne zapalenie stawów.....	6
1.1 Epidemiologia .....	6
1.2 Obraz kliniczny i rozpoznanie RZS .....	6
1.3 Następstwa RZS .....	7
1.4. Obecne postępowanie diagnostyczne w Polsce.....	8
2. Epidemiologia RZS .....	12
3. Populacja docelowa na terenie całego kraju.....	13
3.1 Populacja z noworozpoznanym RZS.....	13
3.2 Wielkość populacji możliwa do objęcia badaniem przesiewowym .....	14
3.3 Liczba lekarzy POZ w Polsce.....	14
5. Obecne postępowanie w ramach finansowania przez NFZ.....	15
II. UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA PROGRAMU .....	16
III. CELE PROGRAMU.....	21
1. Cel główny programu .....	21
2. Cele szczegółowe .....	21
3. Oczekiwane efekty.....	21
4. Mierniki efektywności .....	22
IV. ADRESACI PROGRAMU .....	23
1. Populacja objęta programem .....	23
2. Tryb zapraszania do programu .....	23
2.1 Zapraszanie do programu lekarzy POZ:.....	23
2.2 Zapraszanie do programu potencjalnie chorych na RZS .....	23
V. ORGANIZACJA PROGRAMU .....	24
1. Części składowe, etapy i działanie organizacyjne.....	24
2. Planowane interwencje .....	26
4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu .....	31
5. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu .....	32
6. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi .....	33
7. Spójność merytoryczna i organizacyjna.....	33
8. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.....	34
9. Dowody skuteczności planowanych działań.....	34

10.	Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu .....	44
VI.	CZĘŚĆ OCENY I EWALUACJI .....	45
VII.	KOSZTY.....	46
1.	Koszty szacunkowe – koszty poszczególnych badań na poziomie pacjenta .....	46
2.	Szacowane koszty całkowite.....	47
3.	Źródło finansowania, partnerstwo .....	47
VIII.	PIŚMIENNICTWO .....	47

## STRESZCZENIE

<b>Cele programu</b>	Zmniejszenie opóźnień diagnostycznych i poprawa wczesnej wykrywalności Reumatoidalnego Zapalenia Stawów w celu zapewnienia utrzymania lub powrotu do aktywności zawodowej chorych na RZS spośród grupy docelowej Programu.
<b>Populacja docelowa</b>	Do włączenia do programu w ciągu całego jego trwania kwalifikowanie będą wszyscy pacjenci z podejrzeniem reumatoidalnego zapalenia stawów - dotyczy pacjentów z bolesnymi stawami i objawami.
<b>Interwencje</b>	<p>➤ <b>Edukacja</b></p> <p><b>Edukacja personelu medycznego ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy POZ</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Szkolenia dla personelu medycznego, ukierunkowane w szczególności na lekarzy rodzinnych w POZ</li><li>▪ warsztaty dla lekarzy POZ</li><li>▪ e-learning – dla lekarzy POZ z certyfikatem zakończenia</li></ul> <p><b>Edukacja pacjentów</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ <b>Akcje edukacyjne</b> - podnoszące świadomość na temat RZS, a także obejmujące wsparcie psychologiczne oraz doradztwo zawodowe (w tym m.in. możliwość prowadzenia strony internetowej poświęconej tematyce RZS, druk broszur i materiałów edukacyjnych)</li></ul> <p>➤ <b>Badanie przesiewowe</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wizyty u lekarza POZ Wypełnienie kwestionariusza przez pacjenta i następnie konsultacje z lekarzem POZ - wypełnienie kwestionariusza przesiewowego przez lekarza POZ, badanie układu ruchu w kierunku RZS wykonywane przez lekarza POZ, wykonanie podstawowych badań krwi (OB, CRP, morfologia),</li><li>▪ Wizyta weryfikująca u lekarza reumatologa - konsultacje u specjalisty reumatologa z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki,</li><li>▪ Wizyta potwierdzająca postawienie diagnozy.</li></ul>
<b>Oczekiwane efekty programu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Zwiększenie wykrywalności wczesnego RZS na wczesnych etapach choroby w warunkach ambulatoryjnych i skrócenie opóźnień diagnostycznych.</li><li>• Poprawa świadomości społeczeństwa i wiedzy z zakresu wczesnych objawów reumatoidalnego zapalenia stawów w ramach kontaktu z lekarzami POZ.</li><li>• Zwiększenie wiedzy lekarzy rodzinnych w POZ w zakresie rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów i wprowadzenie narzędzi przesiewowych,</li><li>• Walidacja testów przesiewowych,</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opracowanie standardów wczesnego wykrywania RZS w ramach modelu opieki koordynowanej lekarz POZ– reumatolog.</li> <li>• Powstanie projektu wczesnego wykrywania i prawidłowej opieki nad chorym z noworozpoznanym RZS</li> <li>• Zmniejszenie liczby hospitalizacji w celu diagnostyki RZS lecz także w długofalowej opiece.</li> <li>• Szczegółowe opracowanie danych epidemiologicznych zapadalności rocznej na RZS w Polsce.</li> </ul>
<b>Okres realizacji programu</b>	Lata 2016 – 2020
<b>Budżet programu</b>	Dla realizacji programu w latach 2016-2020 zarezerwowane są środki w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój w wysokości 15 mln zł.
<b>Kontynuacja/trwałość programu</b>	<p>Program zostanie poddany ewaluacji. Po jego ocenie możliwa będzie jego kontynuacja również ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014 - 2020.</p> <p>Należy dodać, że program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).</p>
<b>Autorzy programu</b>	<p>Grupa robocza składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przy merytorycznym udziale i wsparciu dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska prof. nadzw. NIGRiR.</p> <p>Przygotowano w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.</p>

## I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

### 1. Reumatoidalne zapalenie stawów

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS – ICD10: M05, M06) to przewlekła układowa choroba tkanki łącznej o podłożu immunologicznym. Etiologia RZS nie jest dotychczas wystarczająco poznana, a w patogenezie tego schorzenia odgrywają rolę takie czynniki, jak: zakażenia, czynniki genetyczne i środowiskowe (np. palenie tytoniu).

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) charakteryzuje się zapaleniem przeważnie symetrycznych stawów - głównie drobnych stawów rąk i stóp (bolesność stawu podczas ucisku, obrzęk stawu i tkanek okołostawowych, wysięk w stawie – bez zaczerwienienia skóry). Bólom i obrzękom stawów towarzyszy sztywność poranna wywołana gromadzeniem się płynu obrzękowego w zmienionych zapalnie tkankach podczas snu. Ponadto obserwuje się występowanie zmian ogólnoustrojowych (stany podgorączkowe, bóle mięśni, uczucie zmęczenia, brak łaknienia, utrata masy ciała).

#### 1.1 Epidemiologia

W przebiegu RZS może dojść do uszkodzenia narządów wewnętrznych m.in. nerek, serca, płuc i narządu wzroku. U chorych na RZS znacznie częściej dochodzi do zakażeń: 4-krotnie częściej dochodzi do zakażeń gruźlicą, a zakażenie półpaścem występuje 2-krotnie częściej. RZS zwiększa ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, które są najczęstszą przyczyną zgonów. Zwiększa się również ryzyko wystąpienia choroby limfoproliferacyjnej i depresji. Stopniowo RZS prowadzi do niepełnosprawności, inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci.

**U chorych na RZS umieralność jest od 1,5 do 1,6y razy większa niż w populacji ogólnej [1]. Ryzyko zgonu powiązane jest z występowaniem schorzeń współistniejących i tak w przypadku schorzeń układu krążenia wynosi 1,60, układu oddechowego 1,43, nowotworu 2,0 i depresji 1,35 [2]. Umieralność uzależniona jest w dużym stopniu od aktywności RZS i u chorych z dużą aktywnością choroby (DAS28 >5,2) jest prawie 2,5 krotnie większa niż u chorych z małą aktywnością choroby (DAS28 <3,2) Tabela 1. [3].**

Tabela 1. Zależności między aktywnością RZS wg DAS28 a ryzykiem zgonu. [3].

Wartość DAS28	Liczba pacjentolat	Ryzyko zgonu (95%CI)	Wartość p
<3,2	6730	x	x
3,2 - 4,1	8875	1,29 (0,85 – 1,93)	0,21
>4,1 – 5,1	8773	1,42 (0,95 - 2,10)	0,073
> 5,1	6999	2,43 (1,64 - 3,61)	0,0001

#### 1.2 Obraz kliniczny i rozpoznanie RZS

W przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) występują charakterystyczne objawy, takie jak ból oraz symetryczne obrzęki drobnych stawów rąk i stóp z towarzyszącą sztywnością poranną, często wielogodzinną. Mogą występować również objawy ogólne takie jak, stany podgorączkowe, osłabienie i uczucie przewlekłego zmęczenia.

W badaniach laboratoryjnych najczęściej stwierdza się najczęściej przyspieszone opadanie krwinek czerwonych (OB) i zwiększone stężenie białka CRP, ponadto w aktywnych postaciach choroby może się pojawiać niedokrwistość z nadpłytkowością.

Serologicznymi markerami RZS są czynnik reumatoidalny (RF) i przeciwciała przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi (anti cyclic citrullinated peptide antibodies – ACPA). Standardowo wykonuje się

badania radiologiczne porównawcze rąk i stóp (obu równocześnie). Zmiany radiologiczne (nadżerki, geody, osteoporoza przystawowa, deformacje stawów) pojawiają się po pewnym czasie trwania choroby i są występują szybciej w jej agresywnym przebiegu.

Badania ultrasonograficzne stawów (USG) oraz rezonans magnetyczny (MRI) pozwalają na wczesne „przedradiologiczne” wykrycie zmian sugerujących początkowy okres RZS, gdy proces zapalny toczy się w tkankach miękkich, w błonie maziowej oraz szpiku. Dzięki badaniom USG i MRI można stwierdzić wysięk w pochewkach ścięgien zginaczy ręki, aktywne zapalenie błony maziowej z jej przerostem, zwiększonym unaczynieniem czy obrzęk szpiku (widoczny w badaniu MRI) jako objawy wczesnego zapalenia. Zapalenie błony maziowej jest 2-krotnie częściej wykrywane w badaniu USG i MRI w porównaniu z badaniem fizykalnym, natomiast zapalenie ścięgien zginaczy ręki jest najsilniejszym predyktorem rozwoju RZS [4, 5]. Znalazło to potwierdzenie w zaleceniach EULAR (The European League Against Rheumatism) z 2013 roku dotyczących diagnostyki obrazowej RZS [6].

Rozpoznanie tej choroby aktualnie opiera się na kryteriach ACR/EULAR z 2010 r (Tabela 2) [7].

**Tabela 2. Kryteria rozpoznania RZS zgodnie z ACR/EULAR z 2010.**

<b>A. ZAJĘCIE STAWÓW</b>
1 duży staw – 0 2 – 10 dużych stawów - 1 1 - 3 małe stawy (z lub bez zajęcia dużych stawów) - 2 4 – 10 małych stawów (z lub bez zajęcia dużych stawów) - 3 > 10 stawów ( co najmniej 1 mały staw) – 5
<b>B. TESTY SEROLOGICZNE</b>
Negatywny RF i ACPA – 0 Dodatnie w niskim mianie: RF lub ACPA - 2 Dodatnie w wysokim mianie: RF lub ACPA – 3
<b>C. WSKAŹNIKI OSTREJ FAZY</b>
Prawidłowe wartości CRP i OB – 0 Nieprawidłowe wartości CRP i OB – 1
<b>D. CZAS TRWANIA OBJAWÓW</b>
< 6 tygodni – 0 > 6 tygodni – 1

Dla spełnienia kryteriów reumatoidalnego zapalenia stawów konieczne jest stwierdzenie zapalenie błony maziowej przynajmniej w 1 stawie z wykluczeniem innych przyczyn tego zapalenia oraz SPEŁNIENIE KRYTERIÓW A-D  $\geq$  6/ 10

### 1.3 Następstwa RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów jest chorobą, która powoduje skrócenie życia w związku z licznymi schorzeniami współistniejącymi. Na samym początku choroby ponad połowa chorych ma przynajmniej jedną chorobę współistniejącą a po 5 latach jej trwania ponad 94 % chorych (Tabela 3) [8].

**Tabela 3. Częstość występowania chorób współistniejących na początku i po 5 latach trwania RZS.**

Choroba współistniejąca	Początek RZS (%)	Nowe choroby współistniejące po 5 latach trwania RZS (%)	Ogółem po 5 latach trwania RZS (%)
<b>Wszystkie choroby ogółem</b>	53,2	41,0	94,2
<b>Nadciśnienie tętnicze</b>	27,3	15,1	42,4
<b>Astma / POChP</b>	13,0 (11,2/4,1)	2,4 (0,6/1,8)	15,4
<b>Choroby endokrynologiczne</b>	19,2	10,5	29,7
<b>Cukrzyca</b>	8,0	3,3	11,3
<b>Niedoczynność tarczycy</b>	6,3	1,9	8,2
<b>Choroby tarczycy</b>	10,4	2,4	12,8
<b>Osteoporoza</b>	1,4	3,7	5,1
<b>Nadczynność przytarczyc</b>	0,6	0,6	1,2
<b>Nowotwory</b>	5,0	7,6	12,6
<b>Zawał serca</b>	4,5	4,3	8,8
<b>Udar / niedokrwienie mózgu</b>	3,9	5,1	9,0

RZS doprowadza również do częstego występowania depresji. Depresja występuje u 17–41,5% chorych na RZS, natomiast objawy depresji oraz depresji połączonej z lękiem u 53,2–70,8% chorych, w zależności od stosowanych metod diagnostycznych i analizowanej populacji [9].

RZS wraz z chorobami współistniejącymi doprowadza szybko do niepełnosprawności. Z badania przeprowadzonego w latach 2009–2010 w Polsce, które objęło 1000 respondentów chorych na RZS spośród pacjentów 50 losowo wybranych poradni reumatologicznych w kraju, wynika, że 53% chorych na RZS ma orzeczenie niepełnosprawności [10].

Najczęstszymi przyczynami zgonu wykazywanymi na podstawie karty zgonu wg ICD-9 w RZS [11] są:

- choroby układu krążenia – 52,7%,
- choroby układu oddechowego – 37,8%,
- nowotwory – 21,2 %,
- zakażenia – 16,9 %.

Najczęściej chorzy na RZS umierają w wyniku częściej, w porównaniu do populacji ogólnej występujących schorzeń współistniejących, a RZS jako pierwotna przyczyna zgonu wykazywane jest tylko u 19,5% chorych.

#### **1.4. Obecne postępowanie diagnostyczne w Polsce**

Świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki RZS są obecnie finansowane przez płatnika w ramach z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) w poradniach reumatologicznych oraz w szpitalach w ramach hospitalizacji na oddziałach reumatologicznych oraz chorób wewnętrznych. Na podstawie danych NFZ przedstawionych w rejestrze umów liczba poradni reumatologicznych, które miały zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w 2016 roku wyniosła 711 i była zdecydowanie mniejsza o 126

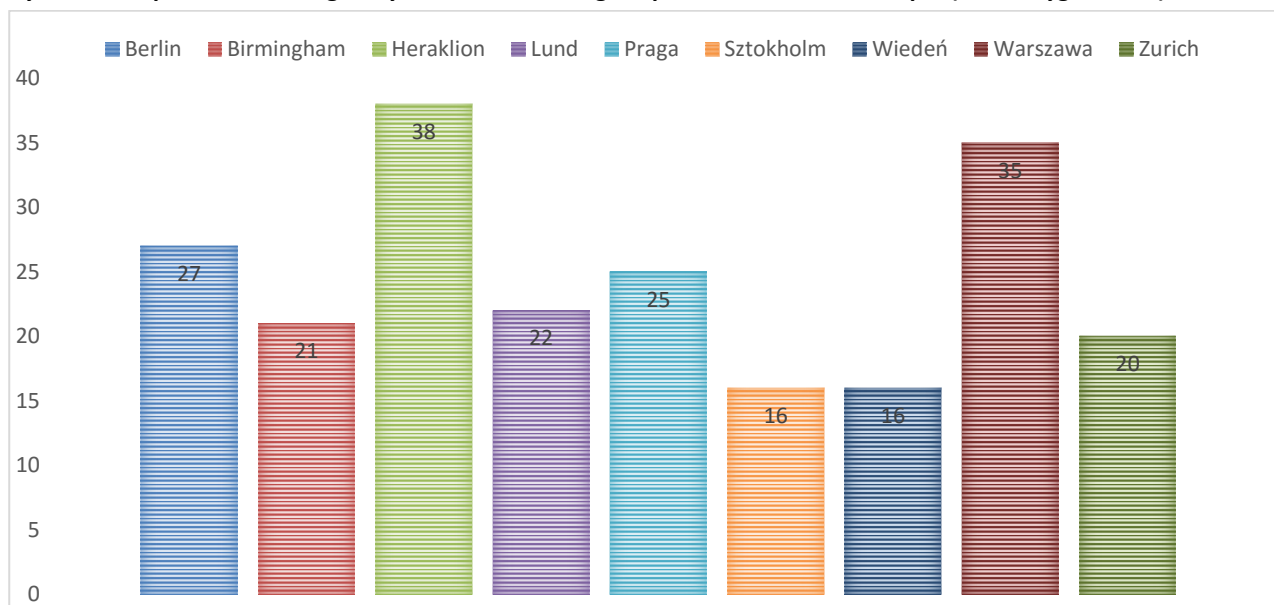


w porównaniu z 837 poradniami funkcjonującymi w 2010 roku. Oznacza to zmniejszenie o ponad 15% liczby wszystkich poradni.

### Opóźnienia diagnostyczne w rozpoznawaniu zapalnych chorób reumatycznych na przykładzie RZS w Polsce

Polska jest jednym z krajów, w których opóźnienia diagnostyczne w RZS są najdłuższe w Europie. Na podstawie badania pilotażowego z 2011 roku czas od pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i włączenia leczenia wynosi aż 35 tygodni (Rysunek 1.)[12]

Rysunek 1. Opóźnienia w diagnostyce reumatoidalnego zapalenia stawów w Europie (czas w tygodniach)

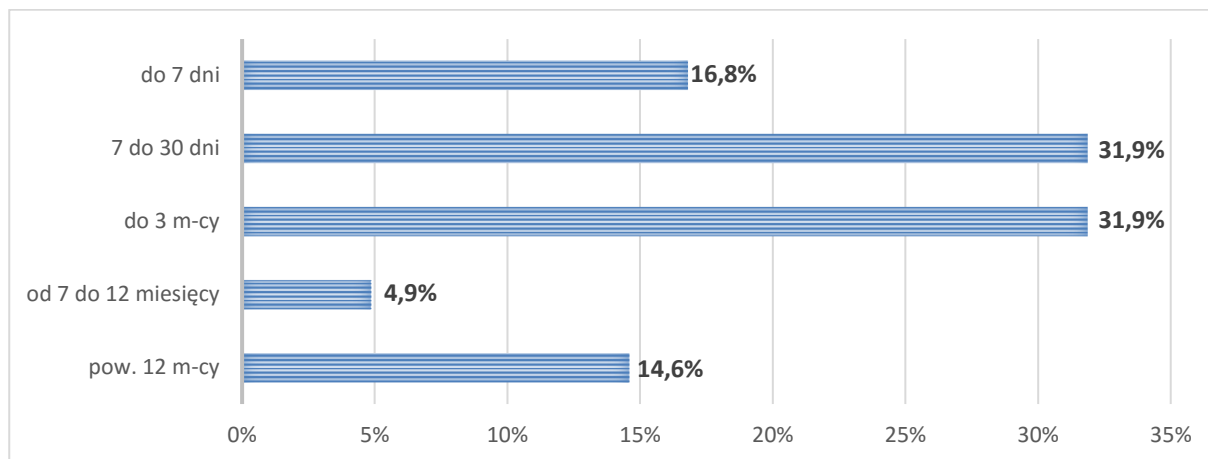


Na opóźnienie diagnostyczne w RZS ma wpływ:

- opóźnienie w pójściu do jakiegokolwiek lekarza przez pacjenta, u którego pojawiły się pierwsze objawy choroby.
- czas oczekiwania na wizytę u lekarza rodzinnego.
- czas od pojawienia się pacjenta u lekarza rodzinnego do wystawienia skierowania do reumatologa
- czas oczekiwania na wizytę do reumatologa od momentu wystawienia skierowania.
- czas od pierwszej wizyty u reumatologa do postawienia ostatecznego rozpoznania i włączenia skutecznego leczenia.

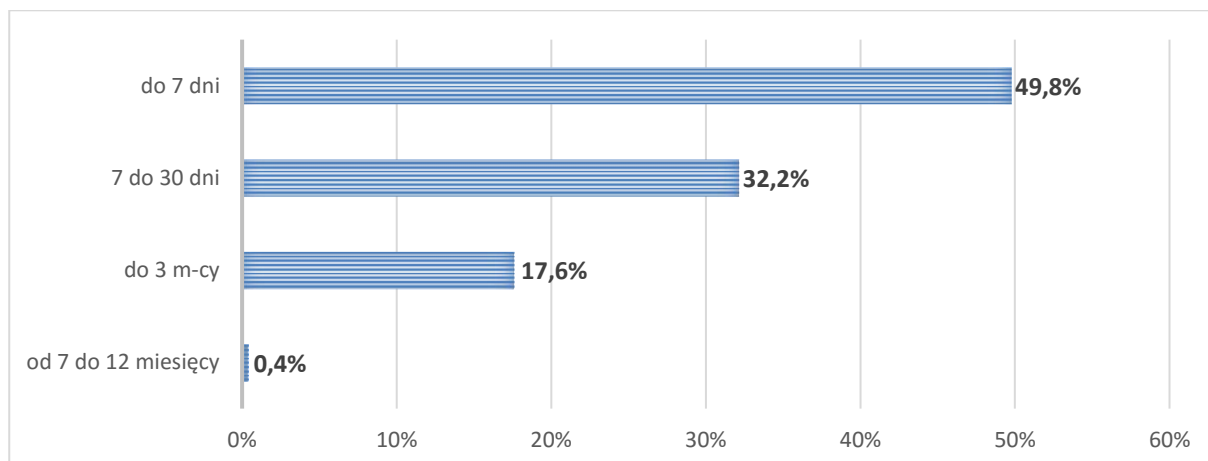
Na podstawie wielośrodkowego badania ankietowego przeprowadzonego przez Instytut Reumatologii na duże opóźnienia diagnostyczne w zapalnych chorobach reumatycznych w tym RZS ma wpływ niska wiedza na temat tych chorób w ogólnej populacji (Rysunek 2), co powoduje, że aż 14,6% chorych pojawia się u jakiegokolwiek lekarza (w tym lekarza rodzinnego) dopiero powyżej roku trwania choroby.

**Rysunek 2. Odpowiedź na pytanie Ile czasu minęło od wystąpienia objawów choroby reumatycznej, do pierwszej wizyty u jakiegokolwiek lekarza z tego powodu?**



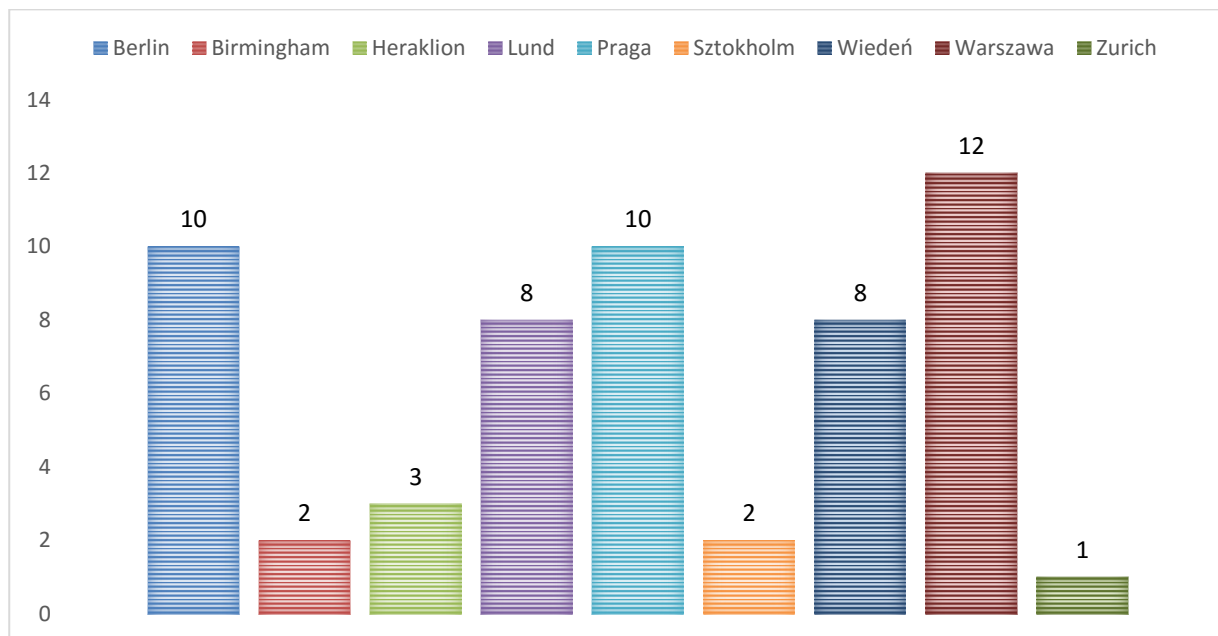
Dość duża grupa pacjentów nie zapisała się też do reumatologa zaraz po otrzymaniu skierowania (Rysunek 3).

**Rysunek 3. Po jakim czasie zapisał/a się Pan/Pani na wizytę do reumatologa od momentu otrzymania skierowania?**



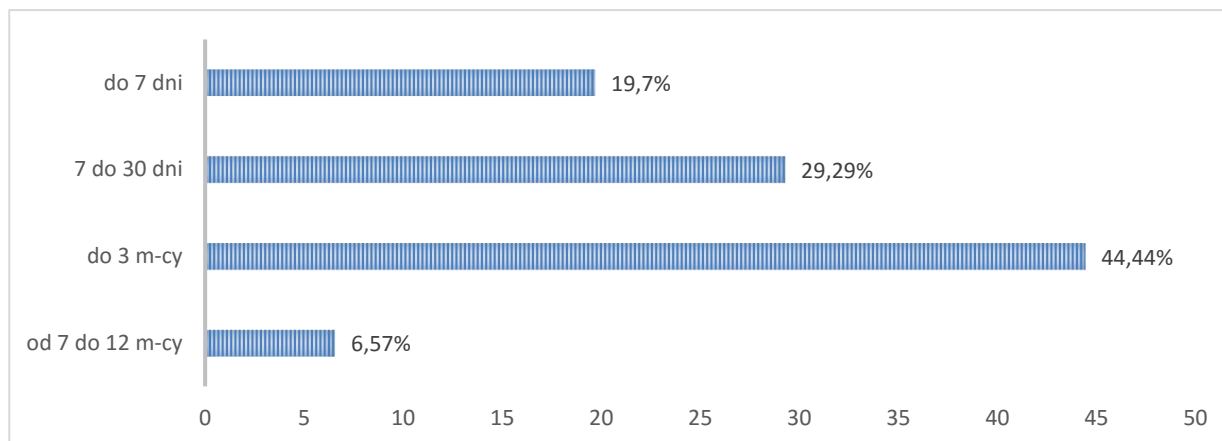
Kolejny problem to czas jaki upływa od momentu pojawienia się u lekarza rodzinnego do czasu otrzymania skierowania do reumatologa. Z badania z 2010 roku czas ten jest najdłuższy w Europie i wynosi aż 12 tygodni! (Rysunek 4).

**Rysunek 4. Czas od pojawienia się pacjenta chorego na reumatoidalne zapalenie stawów do skierowania lekarza POZ do reumatologa w tygodniach**



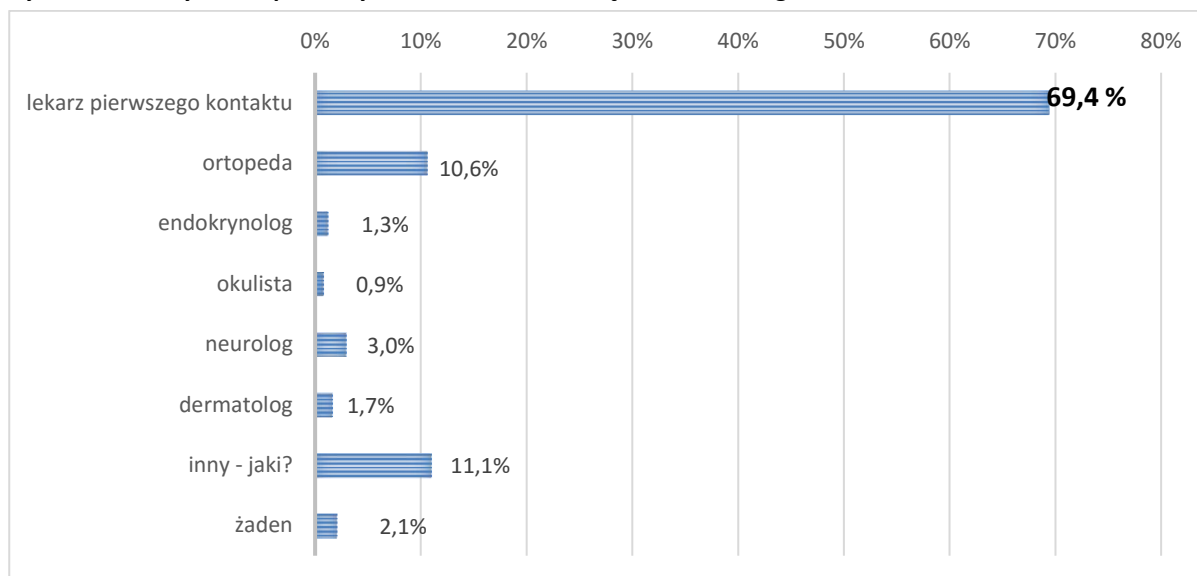
W 2015 roku w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji dokonano analizy czasu i przyczyn opóźnień diagnostycznych w zapalnych chorobach reumatycznych. Dane z 2015 roku potwierdzają dane z 2010 roku (Rysunek 5).

**Rysunek 5. Ile czasu minęło od 1. wizyty u lekarza (z powodu objawów choroby stawów) do momentu otrzymania skierowania do reumatologa?**



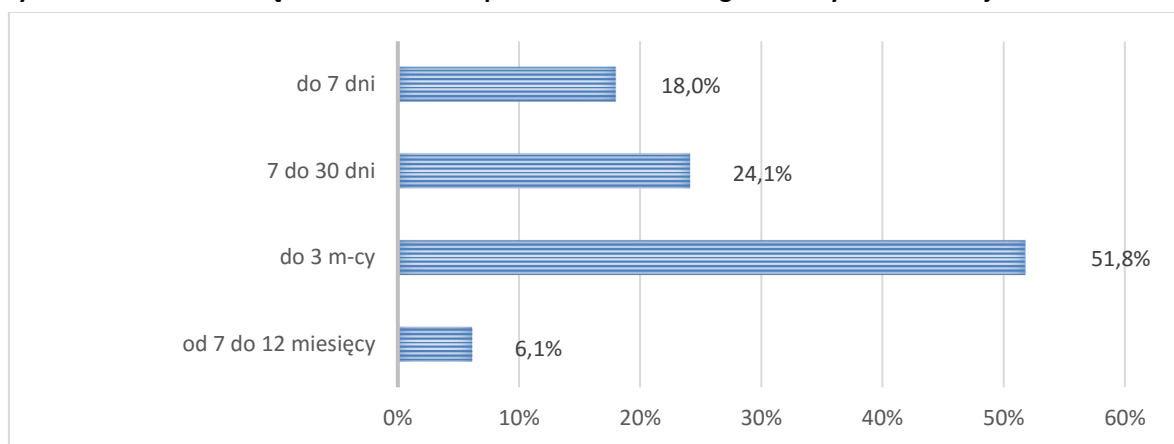
Na podstawie analizy otrzymanych danych wykazano, że często pacjenci z zapalnymi chorobami reumatycznymi w tym RZS kierowani są do lekarzy innych specjalności, albo pacjenci zgłaszają się do lekarzy innych specjalności jako pierwszych (Rysunek 6).

**Rysunek 6. Który lekarz pierwszy skierował Pana/Panią do reumatologa?**



Kolejne opóźnienia diagnostyczne wynika z braku tzw. szybkiej ścieżki diagnostycznej czyli możliwości szybkiej konsultacji reumatologicznej z powodu braku tzw. Ośrodków Wczesnej Diagnostyki wyodrębnionych z Reumatologicznej Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (Rysunek 7).

**Rysunek 7. Ile czasu minęło od momentu zapisania do reumatologa do odbycia konsultacji?**



Brak zwalidowanych narzędzi przesiewowych, którymi lekarze rodzinni mogliby się posługiwać w celu wczesnego wykrywania zapalnych chorób reumatycznych w tym RZS powoduje, że z 50% chorych kierowanych z rozpoznaniem zapalnej choroby reumatycznej przez lekarzy rodzinnych potwierdzenie zapalnej choroby reumatycznej przez reumatologa ma tylko 19% chorych.

## 2. Epidemiologia RZS

W krajach wysoko rozwiniętych ocenia się, że RZS występuje u od 0,5 do 1,0% populacji [13]. Dane opublikowane w 2010 roku dotyczące występowania RZS w 14 krajach europejskich opracowane na podstawie dostępnych publikacji były rozbieżne i wahały się od wartości bliskiej zero aż do 5% [14]. Większość publikacji prezentuje jednak wartości z zakresu 0,2–1,5% w zależności od specyfiki danej grupy.

W 2014 roku przedstawiono wyniki metaanalizy z wykorzystaniem narzędzia DisMod-MR umożliwiającego szacowanie wyników dla poszczególnych krajów i regionów, nawet w przypadku bardzo ograniczonego dostępu do danych. Wykorzystano informacje z 56 publikacji opisujących dane epidemiologiczne z 40 krajów. Wykazano, iż globalna częstość występowania RZS (dla grupy osób w wieku 5–100 lat) wynosi 0,24% (95%CI; 0,23–0,25%). W grupie kobiet wskaźnik

ten jest prawie 3-krotnie większy w porównaniu z grupą mężczyzn i wynosi 0,35% (0,34–0,37%). Dla porównania u mężczyzn było to 0,13% (0,12–0,13%) [15]. Jedyne dane dotyczące częstości występowania RZS w populacji dorosłych w Polsce zostały opublikowane w 2015 roku na kongresie ACR. W Polsce częstość występowania RZS wynosi 0,9% (95%CI 0,6–1,2%) , w tym u kobiet 1,06% i 0,74% u mężczyzn [16]. Szczyt zachorowania przypada na 4-5 dekadę życia, ale zachorować na tę chorobę można w każdym wieku. RZS jest najczęstszą zapalną chorobą reumatyczną.

### Epidemiologia ogółu chorób reumatycznych

Choroba	Częstość występowania (%)
<i>Reumatoidalne zapalenie stawów</i>	0,5 – 1,2
<i>Spondyloartropatie</i>	0,5 – 2,0
<i>Zespół Sjögrena</i>	3,0 – 11,0
<i>Toczeń rumieniowaty układowy</i>	ok. 0,5
<i>Twardzina układowa</i>	0,026
<i>Dna moczanowa</i>	1,4 – 8,6
<i>Choroba zwyrodnieniowa</i>	8,0 – 16,4

### 3. Populacja docelowa na terenie całego kraju

#### 3.1 Populacja z noworozpoznanym RZS

Oszacowano średnia zapadalności rocznej na RZS na poziomie 27,5 na 100 000 mieszkańców rocznie (na podstawie danych europejskich) [17,18,19,20]. Średnia liczba osób zapadających rocznie na RZS wynosi około 10 700 rocznie.

Tabela 1. Średni współczynnik zapadalności z badań europejskich (na 100 000)

Średni współczynnik zapadalności z badań europejskich (na 100 000):	Mężczyźni		Kobiety		Łącznie	
	17,7		37,4		27,5	
Kontynent	Mężczyźni		Kobiety		Łącznie	
	Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum	Minimum	Maksimum
Ameryka Południowa	4,6	8,8	19,8	25,2	18,5	24,5
Ameryka Północna	27,7	49,7	53,1	98,1	40,9	75,3
Azja	8,8	8,8	26,0	26,0	17,3	17,3
Europa	4,7	30,0	11,3	55,7	8,3	40,6

Tabela 2. Zapadalność roczna na RZS – liczba pacjentów z noworozpoznanym RZS rocznie

Liczba pacjentów z RZS:	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2017	10 677	3 284	7 392
2018	10 675	3 284	7 391

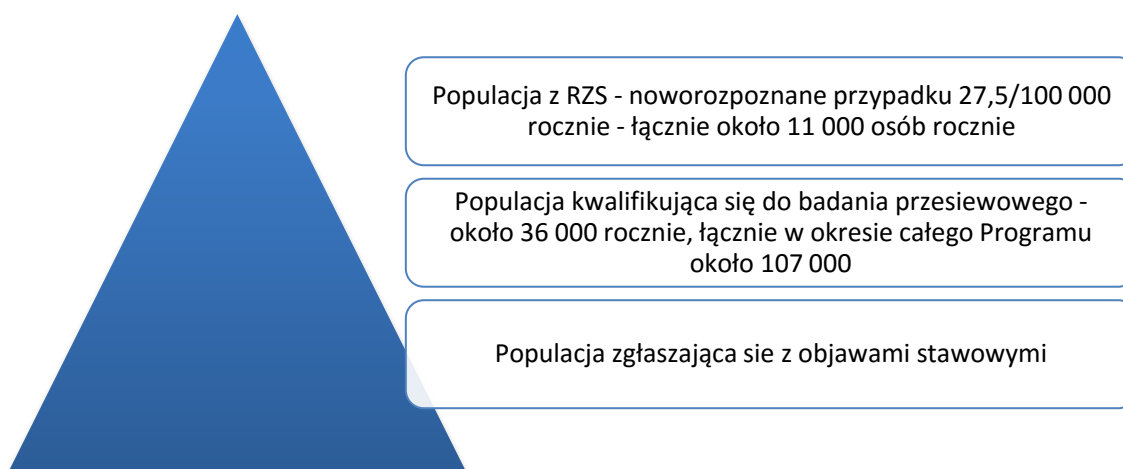
### 3.2 Wielkość populacji możliwa do objęcia badaniem przesiewowym

Do włączenia do programu w ciągu całego jego trwania kwalifikuje się na podstawie obecnych szacunków 107 000 osób, czyli wszyscy pacjenci z podejrzeniem RZS (dotyczy pacjentów z bolesnymi stawami i objawami).

Wczesne zapalenie stawów, które występuje u około 115-271 chorych na 100 000 ogólnej populacji dorosłych [21]. Do programu kwalifikują się wszyscy chorzy na wczesne zapalenie stawów po spełnieniu określonych kryteriów, których wyniki testów przesiewowych będą sugerowały RZS, czyli liczba pacjentów z nowo rozpoznaną chorobą. Po uzyskaniu dodatnich wyników testów przesiewowych lekarz POZ-u natychmiast wystawia w formie papierowej skierowanie do Ośrodka wczesnej Diagnostyki. Do skierowania powinny być dołączone arkusze przesiewowe, które w przyszłości będą wykorzystywane do oceny ich przydatności i ewentualnej modyfikacji (walidacji)

Oszacowanie liczby chorych kwalifikujących się do objęcia programem przedstawiono na Rysunku 8.

Rysunek 8. Oszacowana wielkość populacji objęta programem przesiewowym RZS



### 3.3 Liczba lekarzy POZ w Polsce

Szacunkowa liczba lekarzy rodzinnych w Polsce wg Naczelnej Izby Lekarskiej (dane z 30.04.2016) wynosi 10 943 a liczba lekarzy pracujących w POZ około 22 000.

## 4. Populacja kwalifikująca się do programu – populacja docelowa

Tabela 3. Kryteria kwalifikacji pacjentów do Programu. Populacja docelowa składa się z dwóch grup:

Badania przesiewowe	Pacjenci zgłaszający się do lekarza POZ z objawami obrzęku i bólu w stawach zgłaszający do lekarza POZ.	
Kryteria kwalifikacji pacjenta do badania przesiewowego	Kryteria włączenia	Kryteria wykluczenia
	Pacjenci skarżący się od co najmniej 3 tygodni na ból i obrzęk stawów	Pacjenci z rozpoznaniem osteoporozy i leczeni z tego powodu

<b>Potwierdzenie diagnozy</b>	<b>Pacjenci zakwalifikowani na podstawie wyników badania fizykalnego kart screeningowych (wypełnionej przez pacjenta oraz lekarza) skierowani do dalszej diagnostyki pacjenci z RZS</b>	
<b>Kryteria kwalifikacji pacjenta do diagnostyki w ramach poradni reumatologicznej</b>	<b>Kryteria włączenia</b>	<b>Kryteria wykluczenia</b>
	Karta przesiewowa pacjenta: wynik powyżej > 6 punktów Karta przesiewowa wypełniana przez lekarza; Wynik badania fizykalnego – stwierdzenie obrzęku przynajmniej jednego stawu, który nie jest wynikiem urazu, ze sztywnością poranną trwającą >30 min. i nasileniem dolegliwości bólowych w godzinach porannych	Pacjenci kwalifikujący się do hospitalizacji z powodu ciężkości nasilenia objawów lub chorób współtowarzyszących Pacjenci zdiagnozowani w ramach innej poradni reumatologicznej Brak zgody pacjenta na diagnostykę Brak współpracy z pacjentem

## 5. Obecne postępowanie w ramach finansowania przez NFZ

W aktualnej reumatologicznej opiece ambulatoryjnej istnieje możliwość rozliczenia pacjenta w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): W01, W11, W12, W13, W14, W15, W17, W21, W22, W23, W24, W25, W31, W40.

W 2015 roku wprowadzono w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej tzw. wizyty pierwszorazowe umożliwiające kierowanie chorych do specjalistów przez lekarzy rodzinnych z nieco wyższą wyceną takiej wizyty. Pacjent z podejrzeniem RZS wymagający diagnostyki i ustalenia rozpoznania w ramach AOS rozliczany jest w ramach wizyty W40 – tzw. wizyty pierwszorazowej. W ramach tej wizyty lekarz reumatolog ma wykonać w ciągu 42 dni wszystkie niezbędne badania w celu ustalenia rozpoznania i poinformować o dalszym postępowaniu z chorym lekarza rodzinnego. Wizyta wyceniona jest na 6,6 pkt, czyli 67,98 zł (przy założeniu, że wartość 1 pkt wynosi 10,30 PLN (wartość 1 pkt jest w województwie mazowieckim, w innych województwach może być nieco wyższa lub niższa).

Tabela 4. Grupy JGP w ramach opieki reumatologicznej w ambulatorium

L.p.	Kod grupy	Liczba punktów	Wycena w PLN (przy założeniu 1 pkt = 10,30)	Zakres
1.	W01	4,0	41,20	Świadczenie pohospitalizacyjne
2.	W11	3,5	36,05	Świadczenia specjalistyczne 1 typu
3.	W12	7,0	72,10	Świadczenia specjalistyczne 2 typu
4.	W13	13,0	133,90	Świadczenia specjalistyczne 3 typu
5.	W14	17,0	175,10	Świadczenia specjalistyczne 4 typu
6.	W15	5,0	51,50	Świadczenia specjalistyczne 5 typu
7.	W17	10,0	103,00	Świadczenia specjalistyczne 7 typu

8.	W21	6,0	61,80	Świadczenia specjalistyczne 1 typu
9.	W22	14,5	149,35	Świadczenia specjalistyczne 2 typu
10.	W23	18,0	185,40	Świadczenia specjalistyczne 3 typu
11.	W24	21,0	216,30	Świadczenia specjalistyczne 4 typu
12.	W25	26,0	267,80	Świadczenia specjalistyczne 5 typu
13.	W31	7,5	77,25	Porada udzielana w miejscu pobytu
14.	<b>W40</b>	<b>6,6</b>	<b>67,98</b>	<b>Wizyta pierwszorazowa</b>

Ze względu jednak na brak rozwiązań systemowych opieki nad pacjentem z zapalną chorobą reumatyczną w tym RZS, wykorzystanie tych wizyt przez podmioty lecznicze w 2015 r. wynosiło tylko od 13,28% do 31,07% wartości kontraktu na AOS w zależności od województwa (dane NFZ). Natomiast czas oczekiwania na wizytę do reumatologa wg Watch Health Care (WHC) zwiększył się z 0,7 miesiącach marcu i lutym 2015 do 2,1 miesiąca w tych samych miesiącach 2016.

## II. UZASADNIENIE POTRZEBY WDROŻENIA PROGRAMU

Program Wczesnego Wykrywania RZS na lata 2016 – 2020 jako program pilotażowy jest ściśle związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej oraz celami operacyjnymi dotyczącymi wydatkowania środków europejskich w najbliższej perspektywie.

Zadania przewidziane w Programie, z uwagi na proponowaną ścieżkę postępowania z pacjentem, nie mogą być finansowane ze środków własnych realizatorów ze względu na kształt finansowania obecnie diagnostyki RZS, która odbywa się głównie w ramach hospitalizacji z powodu zakresu niezbędnych badań. W związku z czym niezbędne jest zapewnienie środków finansowych na stworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki oraz przeszkolenie lekarzy POZ w celu wykonywania badań przesiewowych w kierunku RZS. Istotne jest w tym kontekście wsparcie finansowe umożliwiające stworzenie procedur postępowania z pacjentami w ramach koordynacji lekarza POZ i lekarza reumatologa.

Utworzenie Ośrodków oraz ścieżek postępowania (wraz z wprowadzonymi narzędziami) pozwoli też na stworzenie ośrodków referencyjnych dotyczących leczenia pacjentów reumatologicznych (a nie pacjentów z chorobą zwyrodnieniową) oraz możliwości odbywania staży klinicznych niezbędnych do szkolenia lekarzy i pielęgniarek, czy z czasem lekarzy POZ.

Reumatoidalne zapalenie stawów wymaga wczesnej diagnostyki i włączenia skutecznego leczenia w jak najwcześniejszym okresie choroby. Obrzęk tylko jednego stawu, który nie jest wynikiem urazu może być początkiem przewlekłej zapalnej choroby reumatycznej, w tym najczęściej występującego w populacji reumatoidalnego zapalenia stawów.

Już w 2002 roku ukazały się europejskie rekomendacje utworzone po analizie badań opartych na evidence based medicine dotyczące wczesnego kierowania chorych z podejrzeniem RZS do reumatologa [22]. Od kilku lat w krajach europejskich ukazują się rekomendacje dla lekarzy rodzinnych postępowania przy podejrzeniu RZS [23, 24].



**Dla RZS wprowadzono pojęcie tzw. „okna terapeutycznego” . Okno terapeutyczne to okres 12 tygodni od wystąpienia pierwszych objawów choroby do ustalenia rozpoznania i włączenia skutecznego leczenia [25, 26, 27]. Istotne jest aby jako pierwsze objawy choroby traktować każdy objaw zapalenia stawów, a nie czas kiedy pojawił się pierwszy obrzęk stawu.**

W ostatnich latach wykazano, że jedynym czynnikiem predykcyjnym w osiągnięciu remisji w RZS jest właśnie wczesne rozpoznanie choroby i włączenie skutecznego leczenia [28]. Włączenie leczenia w ciągu 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby powoduje 3-krotnie mniejszy postęp zmian radiologicznych choroby [29], zwiększa się również dwukrotnie szanse na uzyskanie remisji choroby [30, 31], a konieczność stosowania leków biologicznych w leczeniu RZS zmniejsza się z 32,2% do 10%. Ryzyko zgonu u chorych z aktywnym nieleczonym RZS jest 2-krotnie wyższe niż u chorych dobrze leczonych, a więc u chorych u których choroba została rozpoznana wcześniej z włączeniem skutecznego leczenia. Zmniejsza się również o 40% konieczność leczenia operacyjnego tej choroby, w tym głównie endoprotezoplastyki stawów [32]. Badania ostatnich lat wykazały również, że średni czas życia chorych na RZS, u których włączono skuteczne leczenie we wczesnych okresach choroby i monitorowano jej przebieg wyrównał się ze średnią życia populacji ogólnej.

W aktualnych rekomendacjach EULAR z 2013 roku oraz ACR z 2015 roku dotyczących leczenia RZS zaleca się włączenia leków modyfikujących przebieg choroby jak szybko to jest możliwe zaraz po ustaleniu rozpoznania [33,34].

Analizy ekonomiczne z wielu krajów europejskich wykazały zmniejszenie kosztów bezpośrednich takich jak leki, hospitalizacje pacjenta i leczenie operacyjne przy wczesnym wykryciu tej choroby i włączeniu skutecznego leczenia [35, 36,37]. Duże opóźnienia w rozpoznaniu RZS w Polsce generuje duże koszty pośrednie tej choroby poprzez absencje chorobową czyli tzw. absenteizm, prezenteizm oraz renty z tytułu trwałej niezdolności do pracy. Koszty pośrednie to również koszty rodziny poniesione z tytułu opieki nad osobą niesprawną z powodu RZS. Mimo znaczącego postępu w diagnostyce i leczeniu reumatoidalnego zapalenia stawów nadal w Polsce rosną wydatki ZUS z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej RZS (M05 i M06) W 2014 roku wydatki te wyniosły aż 194 555,5 tys. zł i zwiększyły się o prawie 10 mln zł od roku 2012.

**Tabela 5. Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej reumatoidalnym zapaleniem stawów (M05,M06) poniesione w latach 2012-2014 w tys. zł.**

ROK	M05		M06		M05+M06		M05 + M06
	K	M	K	M	K	M	K + M
<b>2012</b>	82789,9	45864,4	32985,4	23197,4	115775,3	69061,8	184837,1
<b>2013</b>	86647,3	49460,9	32465,2	24339,8	119112,5	73800,7	192913,2
<b>2014</b>	86991,2	50466,4	32582,1	24515,8	119573,3	74982,2	194555,5

Dla porównania koszty bezpośrednie leczenia RZS związane z chorobą w 2010 roku wynosiły 206 515,274 tys. zł. [38] - czyli porównywalne do wydatków poniesionych na renty z tytułu tej choroby. Rośnie również liczba dni absencji chorobowej wykazana na podstawie zaświadczeń lekarskich z tytułu RZS ( M05 i M06). W porównaniu do 2012 w 2015 roku wzrosła aż o 36 181 dni. 86% chorych na RZS korzystających z absencji chorobowej to ludzie w wieku produkcyjnym (20-59 lat) Tabela 2.

**Tabela 6. Liczba dni absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS, którym w latach 2012-2015 wystawiono zaświadczenia lekarskie z tytułu choroby własnej M05 i M06.**

Rok	M05	M06	M05 + M06	M05 + M06 20 – 59 lat	Przeciętna długość absencji chorobowej M05+ M06
2012	356 257	204 073	560 330	557 637	34,52
2013	356 281	196 158	553 439	495 002	34,28
2014	371 556	202 723	574 279	499 246	33,72
2015	388 304	208 207	596 511	511 956	33,47

Przeciętna długość absencji chorobowej z powodu RZS wynosiła ponad 30 dni na rok.

Wczesne rozpoznanie i leczenie tej choroby gwarantuje również utrzymanie pacjentów na rynku pracy. Według badań światowych, w przypadku zbyt późnego rozpoznania i leczenia po 5 latach choroby pracuje 50% chorych a po 10 tylko 20%.

Celem projektu Emusc.net w latach 2008-2013 j, w którym brało udział 22 organizacje w 17 krajach Unii Europejskiej, było opracowanie zaleceń w celu zapewnianie optymalnej opieki nad osobami cierpiącymi na chorobę zwyrodnieniową stawów i reumatoidalne zapalenie stawów na terenie Europy. Na podstawie wyników projektu opracowana 5 głównych zaleceń obowiązujących w krajach europejskich:

**Zalecenie nr 1.** Każdy kraj członkowski powinien korzystać z narzędzia do oceny wpływu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i wprowadzić standardy opieki medycznej, a także zachęcać do korzystania ze wskaźników jakości opieki medycznej umożliwiających ocenę jakości świadczeń zdrowotnych. W trakcie oceny uwzględniane są dokumenty, względy praktyczne i dopasowanie do danych okoliczności. Przyjęcie jednakowych standardów i wskaźników opieki medycznej we wszystkich krajach UE umożliwi rzeczywiste porównanie sytuacji w poszczególnych krajach, a w przyszłości wprowadzenie jednolitej opieki medycznej.

**Zalecenie nr 2.** Każdy kraj członkowski powinien analizować zebrane dane dotyczące wpływu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i zapewniania opieki medycznej, a także porównywać je z podobnymi danymi zebranymi w ramach projektu EUMUSC.net dla innych krajów członkowskich oraz średniej UE. Zrozumienie znaczenia poszczególnych kwestii związanych z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego w danej populacji w odniesieniu do standardów ma duży wpływ na wyznaczanie odpowiednich celów.

**Zalecenie nr 3.** Placówki służby zdrowia i decydenci powinni wyznaczać cele związane z poprawą zdrowia układu mięśniowo-szkieletowego i dbać o jednolitość opieki medycznej.

Realizowane we wszystkich krajach członkowskich cele koncentrujące się na wprowadzaniu standardów opieki medycznej i dostarczaniu zasobów dopasowanych do częstości występowania chorób układu mięśniowo-szkieletowego pomogą poprawić zdrowie układu mięśniowo-szkieletowego i ujednoczyć opiekę medyczną oferowaną w krajach członkowskich. Każdy kraj członkowski powinien zachęcać placówki służby zdrowia do sprawdzania własnej zgodności z ustalonymi standardami opieki medycznej.

**Zalecenie nr 4.** Należy identyfikować przeszkody i czynniki wspomagające realizację celów związanych z poprawą zdrowia układu mięśniowo-szkieletowego oraz opracowywać konkretne plany

działania w celu ograniczenia lub wyeliminowania przeszkód. Zalecane jest, aby najpierw przeprowadzić miejscową analizę pod kątem przeszkód wymienionych przez EUMUSC.net oraz czynników wspomagających pozwalających przezwyciężyć przeszkody. Na tej podstawie można opracować odpowiedni plan działania na rzecz poprawy zdrowia układu mięśniowo-szkieletowego.

**Zalecenie nr 5.** Wszystkie kraje członkowskie powinny dążyć do ujednoczenia opieki medycznej poprzez wprowadzanie standardów opracowanych w ramach EUMUSC.net, stosowanie wskaźników jakości opieki medycznej i narzędzi do oceny oraz wykorzystywanie czynników wspomagających. Głównym celem jest zapewnienie jednakowej opieki reumatologicznej w całej Europie.

W wielu krajach powstały Ośrodki Wczesnej Diagnostyki specjalizujące się w analizie przyczyn opóźnień diagnostycznych, opracowujące narzędzia przesiewowe dla lekarzy rodzinnych oraz wytyczne dla systemu opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnych zmian organizacyjnych. W wielu krajach na podstawie prowadzonych rejestrów chorych opracowano lokalne rekomendacje [39,40,41,42].

W ciągu ostatnich lat w Europie i na całym świecie dokonuje się zmian organizacyjnych w opiece medycznej tak aby wszyscy pacjenci chorzy na RZS mogli mieć postawione rozpoznanie i włączone leczenie w ciągu 12 tygodnie od pierwszych objawów choroby.

W 1983 r. utworzono w Birmingham (Anglia) pierwszą Klinikę Wczesnego Zapalenia Stawów, a w 1993 r. powstała taka Klinika w Leiden (Holandia). Obecnie w większości krajów Europejskich, USA i Kanadzie powstały Kliniki Wczesnego Zapalenia Stawów. W wielu krajach prowadzi się rejestr wczesnych zapaleń stawów, m.in. w Norwegii (Norfolk Arthritis Register - NOAR) – od 1989, Francji (ESPOIR), Austrii (Austrian Early Arthritis Registry), Anglii - Yorkshire Early Arthritis Register (YEAR) Consortium i wielu innych.

Klinika	Kwalifikowani pacjenci	Wykonywane badania
<b>Early Arthritis Clinics (Rheumatology Clinic - Kilkenny Ireland, Rheumatology Clinic - Waterford Ireland, Rheumatology Clinic - Westmeath Ireland, Rheumatology Clinic - Co. Louth Ireland )</b>	klinicznie potwierdzone zapalenie stawów, czas trwania choroby 3-12 mies. od wystąpienia objawów, min.1 obrzęk stawów	badanie fizykalne, RTG dłoni i stóp, USG lub MRI stawów, badanie krwi (pod kątem markerów stanu zapalnego oraz przeciwciał związanych z reumatoidalnym zapaleniem stawów)
<b>Early Arthritis Clinic (University of Rochester Medical Center)</b>	utrzymujący się 3-4 tyg. ból stawów, obrzęki stawów, poranne obrzęki, zmęczenie	badanie fizykalne, RTG dłoni i stóp, USG lub MRI stawów, badanie krwi (pod kątem markerów stanu zapalnego oraz przeciwciał związanych z reumatoidalnym zapaleniem stawów)
<b>Early Arthritis Clinic (Oregon Health and Science University)</b>	ból stawów, obrzęk i sztywność poranna stawów	badania krwi, RTG

<p><b>Early Arthritis Clinic (Guy's Hospital London, St Thomas' Hospital London)</b></p>	<p>min. 2 obrzęk stawów, zaangażowanie drobnych stawów dłoni i stóp, pozytywny wynik testu uciskowego stawu śródrečno-paliczkowych lub śródstopno-paliczkowego, poranna sztywność stawów utrzymująca się ponad 30 min., sztywność stawów występująca po okresie bezruchu, utrata apetytu, utrata wagi, zmęczenie Obecność innych dolegliwości związanych z stanem zapalnym stawów (np. łuszczyca, zapalenie tęczówki, zapalenie błony naczyniowej oka)</p>	<p>przed konsultacją w klinice, pacjent powinien wykonać badania takie jak: morfologia krwi, badanie czynności nerek, badanie czynności wątroby, OB., badanie poziomu stężenia białka C-reaktywnego, test na obecność czynników reumatoidalnych, test na obecność przeciwciał przeciwjądrowych, RTG dłoni i stóp (opcjonalnie)</p>
--	--	--

W 2014 roku w Narodowym Instytucie Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji opracowano raport „Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian” oceniający sytuację w Polsce i przedstawiający propozycję zmian [43].

**W celu skrócenia opóźnień diagnostycznych i poprawę wykrywalności RZS dokonuje się następujących wielokierunkowych działań w wielu obszarach:**

- 1) **Kształtowanie świadomości społecznej zapalnych chorób reumatycznych, w tym RZS w społeczeństwie.**
- 2) **Kształcenie lekarzy rodzinnych i rozwój współpracy lekarzy rodzinnych z reumatologami.**
- 3) **Utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki Chorób Reumatycznych w celu szybkiego dotarcia pacjenta m.in. chorego na RZS do reumatologa.**
- 4) **Opieka koordynowana (lekarz rodzinny – specjalista reumatolog) nad pacjentem chorym na RZS.**
- 5) **Ocena kosztów bezpośrednich i pośrednich w zależności od rodzaju opieki i opracowanie wytycznych dla danego kraju.**
- 6) **Ograniczenie „wypadania” z rynku pracy chorych na RZS i poprawa ich jakości życia.**

Na podstawie dokonanej analizy dotyczącej wczesnego wykrywania i leczenia RZS w Polsce wynika, że konieczne są szybkie i niezbędne zmiany systemowe obejmujące stworzenie opieki koordynowanej nad pacjentami z tą chorobą między lekarzami rodzinnymi a reumatologami, w wyniku których lekarze POZ-u będą kierować chorych na RZS we wczesnej fazie choroby. Niezbędne też jest utworzenie tzw. „szybkiej ścieżki” diagnostyczno-terapeutycznej poprzez utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki z maksymalnym okresem oczekiwania na konsultację reumatologiczną 7 dni. Lekarz rodzinny powinien w przypadku potwierdzenia RZS otrzymywać rzetelną informację zwrotną nt. postępowania terapeutycznego i dalszej opieki nad pacjentem. W przypadkach wątpliwych lekarz rodzinny powinien mieć możliwość skonsultowania się z reumatologiem w celu ustalenia postępowania z pacjentem chorym na RZS. Pozwoli to na skrócenie opóźnień diagnostycznych, zwiększy to możliwość skutecznego leczenia tej choroby redukując późne powikłania i zmniejszając koszty bezpośrednie i pośrednie.

### III. CELE PROGRAMU

#### 1. Cel główny programu

Zmniejszenie opóźnień diagnostycznych i poprawa wczesnej wykrywalności Reumatoidalnego Zapalenia Stawów w celu zapewnienia utrzymania lub powrotu do aktywności zawodowej chorych na RZS spośród grupy docelowej Programu w okresie jego realizacji.

#### 2. Cele szczegółowe

1. Utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki RZS - nawiązanie współpracy z lekarzami rodzinnymi poprzez utworzenie zespołów ds. wczesnego wykrywania RZS składających się z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki z zespołem reumatologów oraz lekarzami POZ, którzy wyrażą zgodę na współpracę.
2. Opracowanie szczegółowego planu i procedur wczesnego wykrywania RZS i opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS na forum Rady ds. Oceny i Ewaluacji.
  - wprowadzenie procedur (diagnozowania) wczesnego wykrywania RZS w ramach opieki ambulatoryjnej,
  - opracowania opieki w pierwszym roku opieki nad pacjentem RZS wg przyjętej ścieżki postępowania klinicznej, psychologicznej, rehabilitacyjnej,
  - przygotowanie opracowań naukowych, opublikowanie artykułów naukowych w recenzowanych czasopismach,
  - opracowanie danych epidemiologicznych dotyczących zapadalności na RZS w Polsce na podstawie systemu służącego do monitorowania uczestników programu.
3. Edukacja w zakresie diagnostyki RZS - podniesienie wiedzy, świadomości i umiejętności lekarzy rodzinnych, pielęgniarek POZ oraz pacjentów poprzez zorganizowanie przez zespół lekarzy Ośrodków Wczesnej Diagnostyki Zapaleń Stawów:
  - konferencji szkoleniowych których program i zakres zostanie uzgodniony przez Radę ds. Oceny i Ewaluacji,
  - warsztatów z badania układu ruchu, ze sposobu wykorzystywania narzędzi przesiewowych służących do wczesnego wykrywania RZS (kwestionariusze dla pacjenta, kwestionariusze dla lekarza rodzinnego, proste testy przesiewowe w kierunku RZS w badaniu układu ruchu wykonywane przez lekarza rodzinnego, interpretacja reumatologiczna podstawowych badań laboratoryjnych),
  - akcji edukacyjnych dla pacjentów: podstawowe informacje na temat RZS, wsparcia psychologicznego, doradztwa zawodowego
  - szkolenia e-learningowe dla lekarzy rodzinnych z testami zaliczającymi uzyskanie niezbędnej wiedzy z danego szkolenia i certyfikatem ukończenia, których zakres zostanie uzgodniony przez Radę ds. Oceny i Ewaluacji.

#### 3. Oczekiwane efekty

- Zwiększenie wykrywalności wczesnego RZS na wczesnych etapach choroby w warunkach ambulatoryjnych i skrócenie opóźnień diagnostycznych.
- Poprawa świadomości społeczeństwa i wiedzy z zakresu wczesnych objawów reumatoidalnego zapalenia stawów w ramach kontaktu z lekarzami POZ.
- Zwiększenie wiedzy lekarzy rodzinnych w POZ w zakresie rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów i wprowadzenie narzędzi przesiewowych,
- Walidacja testów przesiewowych,

- Opracowanie standardów wczesnego wykrywania RZS w ramach modelu opieki koordynowanej lekarz POZ– reumatolog.
- Powstanie projektu wczesnego wykrywania i prawidłowej opieki nad chorym z noworozpoznanym RZS.
- Zmniejszenie liczby hospitalizacji związanych z diagnostyką RZS.
- Szczegółowe opracowanie danych epidemiologicznych zapadalności rocznej na RZS w Polsce.

#### 4. Mierniki efektywności

##### Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Efektywność działań podejmowanych w programie (szkolenia oraz badanie przesiewowe) będzie oceniana na podstawie dostępnych oraz zebranych w ramach programu danych epidemiologicznych i klinicznych uwzględniających:

1. Realnego czasu jaki upłynie od zgłoszenia się pacjenta z objawami wczesnego RZS u lekarza POZ-u do momentu pierwszej wizyty u reumatologa i do ustalenia rozpoznania w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki – oczekiwany maksymalny czas do 6 tygodni.
2. Oceny trafności rozpoznania RZS przez lekarza POZ-u --procentowa liczba potwierdzeń RZS przez lekarza reumatologa powinna wynieść 70% pacjentów skierowanych do reumatologa.
3. Liczba rozkolportowanych (min. 10 000) materiałów edukacyjnych (m.in. ulotki, plakaty) wśród osób pracujących na rzecz POZ oraz wśród grupy docelowej.
4. Liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnych dla pacjentów przy możliwym współudziale np. organizacji skupiającej pacjentów z RZS i/lub organizacji pozarządowej prowadzącej działania związane z RZS – (min. 1 akcja przez każdego realizatora)
5. Liczba osób przeszkolonych w zakresie wczesnego wykrywania RZS (min. 300 pracowników ochrony zdrowia, w tym min. 60 lekarzy POZ – przez 1 realizatora)
6. Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS - co najmniej 815, w całej Polsce,
7. Liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS - co najmniej 692, w całej Polsce,
8. Liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS - co najmniej 4300 w całej Polsce,

Do 15 stycznia każdego roku realizatorzy będą zobowiązani do przedstawienia Radzie ds. Oceny i Ewaluacji sprawozdania ze zrealizowanych we wcześniejszym roku zadań. Do 30 lutego Rada ds. Oceny i Ewaluacji będzie zobowiązana do dokonania analizy stopnia realizacji zadań podjętych w poprzednim roku oraz zasadności ewentualnych zmian we wdrażaniu programu i Podejmowane działania w zakresie szkoleń w ośrodkach oceniane będą na podstawie: m.in. liczby szkoleń z zakresu diagnostyki RZS przez lekarzy POZ, liczby przeszkolonych lekarzy POZ, oceny trafności rozpoznania RZS przez lekarza POZ-u --procentowa liczba potwierdzeń RZS przez lekarza reumatologa powinna wynieść 70% pacjentów skierowanych do reumatologa.

Rada ds. Oceny i Ewaluacji będzie przygotowywała raporty cząstkowe i końcowy z realizacji programu.

## IV. ADRESACI PROGRAMU

### 1. Populacja objęta programem

Populacja w programie dotyczy:

- Personel Medyczny, w szczególności lekarze POZ

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (zaprezentowanych w raporcie „Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie) w Polsce praktykuje ponad 32 000 lekarzy POZ. Natomiast liczba pielęgniarek w Polsce zgłoszonych do realizacji umów zawartych w 2015 r. na realizację świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła ponad 19 000. Program będzie skierowany do wszystkich lekarzy i pielęgniarek POZ w Polsce. Zakłada się przeszkolenie co najmniej **3 000 osób**.

- Liczba pacjentów włączonych do badania przesiewowego

Na podstawie nieopublikowanej analizy trafności rozpoznań u pacjentów kierowanych przez lekarzy rodzinnych do Poradni Reumatologicznej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji w styczniu 2015 w ramach wizyt pierwszorazowych wykazano, że tylko u około 70-80% chorych nie potwierdzono rozpoznania zapalnej choroby reumatycznej postawionej na skierowaniu. Szkolenie lekarzy rodzinnych i wykonanie testów przesiewowych powinno zmniejszyć liczbę nieprawidłowo kierowanych do reumatologa pacjentów do 30% po zakończeniu programu. Szacowana populacja z noworozpoznanym RZS w Polsce wynosi około 10 677 pacjentów rocznie. **Biorąc pod uwagę te dane oraz prawdopodobieństwo 70% nieprawidłowych skierowań liczba chorych kierowanych do reumatologa mogłaby wynieść około 35 590 chorych rocznie w całej Polsce. W przypadku prowadzenia programu w całym kraju przez okres 2016-2020 liczba pacjentów kwalifikująca się do objęciem badaniem przez lekarzy POZ na potrzeby programu powinna wynieść około 107 000 osób.**

### 2. Tryb zapraszania do programu.

#### 2.1 Zapraszanie do programu personelu medycznego, w tym lekarzy POZ:

- pisemnie na adresy placówek POZ-u,
- mailowo na adresy placówek POZ-u,
- drogą telefoniczną.
- poprzez ogłoszenie w gazecie lekarskiej, która dostarczana jest wszystkim lekarzom.

#### 2.2 Zapraszanie do programu potencjalnie chorych na RZS

- Poprzez działania uświadamiające jak manifestuje się RZS w początkowym okresie i zachęcające do zgłaszania się do lekarzy rodzinnych w przypadku pojawienia się obrzęku pojedynczego stawu (działania te to m.in. plakaty, ulotki, ogłoszenia w prasie lokalnej, stronach internetowych. W przypadku gdy pacjent zgłosi się na badanie na etapie podstawowym samodzielnie, przy rejestracji konieczne będzie wypełnienie kwestionariusza dla pacjenta.
- Poprzez lekarza POZ, który wypełniając w poradni POZ kwestionariusz przesiewowy stwierdzi zasadność kwalifikacji do programu.

Realizator zobowiązany jest podpisać umowy z co najmniej 60 świadczeniodawcami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z co najmniej 3 województw. Rolą lekarza POZ będzie wytypowanie osób, które kwalifikują się do Programu. Zadaniem lekarza POZ będzie udział w konferencjach oraz warsztatach organizowanych przez realizatora programu, a także zdanie testu e-learningowego.



## V. ORGANIZACJA PROGRAMU

### 1. Części składowe, etapy i działanie organizacyjne.

Realizacja programu

Tabela 7. Etapy realizacji Programu Wczesnego Wykrywania RZS

Etap	Zakres działania
<b>1. Etap przygotowawczy - logistyczno-administracyjny</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Konkurs na Realizatorów programu</li><li>2. Utworzenie Rady ds. oceny i ewaluacji (w skład, której wchodzi co najmniej 1 os. od każdego realizatora)</li><li>3. Opracowanie jednorodnego programu kursów szkoleniowych i warsztatów dla lekarzy POZ</li><li>4. Utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki</li><li>5. Opracowanie i przygotowanie e-learningów dla lekarzy POZ</li><li>6. Zaproszenia do udziału w Programie lekarzy POZ</li><li>7. Opracowanie materiałów promocyjnych dla pacjentów</li><li>8. Utworzenie zespołów opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS i szkolenia realizatorów z zakresu Programu oraz prowadzenia monitoringu uczestników Programu</li><li>9. Wprowadzenie procedur wczesnego wykrywania RZS w oparciu o narzędzia screeningowe, "szybką ścieżkę" dotarcia do reumatologa z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki, informacji zwrotnej dla lekarza rodzinnego w zakresie ustalonego rozpoznania i dalszego postępowania.</li></ol>
<b>2. Etap realizacji</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nabór lekarzy POZ do Programu</li><li>• Przeprowadzenie szkolenia z podstawowych informacji na temat chorób reumatycznych oraz szczegółowej informacji na temat reumatoidalnego zapalenia stawów.</li><li>• Warsztaty dotyczące badania układu ruchu, interpretacji wyników badań wykonywanych w diagnostyce RZS celem zwiększenia wiedzy i umiejętności w zakresie wczesnego wykrywania RZS wśród lekarzy rodzinnych.</li><li>• Powstanie materiały edukacyjnych ( m.in. ulotki, plakaty), które będą miały na celu min. podniesienie świadomości odbiorców programu w zakresie wczesnych objawów RZS.</li><li>• Screening i weryfikacja pacjentów.</li></ul> <p>Zadanie dotyczące części medycznej programu realizowane będą przez:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• realizatorów programu (tj. projektodawców wyłonionych w konkursie realizowanym w ramach PO WER).</li><li>• poradnie lekarzy POZ w ramach umów podpisanych z realizatorem programu - co najmniej 60 umów współpracy z POZ podpisanych przez każdego realizatora.</li></ul> <p>Monitorowanie przez Radę ds. oceny i ewaluacji efektów Programu na podstawie sprawozdań.</p>



<b>3. Zakończenie i ewaluacja programu</b>	Opracowanie sprawozdania Programu, jego podsumowanie, analiza statystyczna i epidemiologiczna wyników programu, przygotowania raportów i ewentualnego cyklu publikacji naukowych.
--	---

Realizatorzy części logistyczno-administracyjnej programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego przez MZ konkursu. Zgodnie z zapisami Rocznej Planu Działań na 2016 r. Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój projektodawcą może być uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym lub medyczny instytut badawczy działające w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych lub szpital kliniczny lub podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie reumatologii

**Tabela 8. Realizacja projektu w rozbiciu na lata**

<b>Etap realizacji</b>	<b>Termin realizacji</b>	<b>Zadanie</b>
<b>Etap I</b>	2016	1. Konkurs na Realizatorów programu
<b>Etap I</b>	2017	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Opracowanie jednorodnego programu kursów szkoleniowych i warsztatów dla lekarzy POZ</li> <li>2 Opracowanie i przygotowanie e-learningów dla lekarzy POZ</li> <li>3 Utworzenie minimum 6 Ośrodków Wczesnej Diagnostyki (liczba ośrodków zależy od liczby realizatorów Programu)</li> <li>4 Wybór do udziału w Programie lekarzy POZ i zaproszenie do udziału w szkoleniach</li> <li>5 Przeprowadzenie szkoleń i warsztatów dla lekarzy POZ</li> <li>6 Opracowanie materiałów promocyjnych dla pacjentów oraz prowadzenie akcji edukacyjnych</li> <li>7 Utworzenie zespołów opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS i szkolenia realizatorów programu z zakresu Programu oraz prowadzenia monitoringu uczestników programu</li> <li>8 Wprowadzenie procedur wczesnego wykrywania RZS w oparciu o narzędzia screeningowe, "szybką ścieżkę" dotarcia do reumatologa z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki, informacji zwrotnej dla lekarza rodzinnego w zakresie ustalonego rozpoznania i dalszego postępowania – włączenia do programu pierwszych pacjentów Prowadzenie monitoringu uczestników programu</li> </ol>
<b>Etap II</b>	2018	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podsumowanie działania Programu w 2017 i ewentualna modyfikacja kryteriów screeningu w zależności od wyników.</li> <li>2. Wczesna diagnostyka kolejnych pacjentów</li> <li>3. Przeprowadzenie szkoleń i warsztatów dla lekarzy POZ</li> <li>4. Prowadzenie akcji edukacyjnych, w tym wsparcia psychologicznego oraz doradztwa zawodowego dla pacjentów</li> <li>5. Prowadzenie monitoringu uczestników Programu</li> </ol>
<b>Etap III</b>	2019	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podsumowanie 2 lat funkcjonowania programu.</li> <li>2. Wczesna diagnostyka kolejnych pacjentów.</li> <li>3. Prowadzenie monitoringu uczestników programu</li> </ol>
<b>Etap IV</b>	2020	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Podsumowanie 3 lat funkcjonowania programu.</li> <li>2 Wczesna diagnostyka kolejnych pacjentów.</li> <li>3 Prowadzenie monitoringu uczestników programu</li> <li>4 Opracowanie raportu końcowego wraz z analizą trafności i epidemiologicznych</li> </ol>

## 2. Planowane interwencje

Planowane interwencje w obszarze wdrażania programu polityki zdrowotnej obejmują:

### 1. Edukacja

Edukacja kadry medycznej – lekarzy POZ, pielęgniarka POZ

- 1 dniowe szkolenia lekarzy POZ/ pielęgniarek POZ (powtarzane do wyczerpania alokacji na ten cel, tak aby przeszkolić jak największą liczbę lekarzy),
- 1 dniowe warsztaty dla lekarzy
- e-learning – obowiązkowy dla wszystkich lekarzy z certyfikatem zakończenia

Edukacja pacjentów – akcje edukacyjne podnoszące świadomość na temat RZS, a także obejmujące wsparcie psychologiczne oraz doradztwo zawodowe (w tym m.in. możliwość prowadzenia strony internetowej poświęconej tematyce RZS, druk broszur i materiałów edukacyjnych)

Zasadnym jest, aby edukacja pacjentów odbywała się głównie po zdiagnozowaniu RZS oraz obejmowała informacje i porady dotyczące: zdrowego trybu życia (zaprzestania palenia tytoniu, umiarkowanego spożycia alkoholu, aktywności fizycznej, zdrowej diety i w razie potrzeby leczenia). Ponadto, w programach edukacyjnych należy uwzględnić elementy samodzielnego zarządzania w chorobie, terapii poznawczo – behawioralnej oraz radzenia sobie ze stresem. Materiały edukacyjne powinny dotyczyć również programów ćwiczeń fizycznych oraz zalecanych form aktywności fizycznej, a także ćwiczeń poprawiających zakres ruchomości i siłę mięśniową.

Szkolenie i e-learning obejmował będzie następujące zagadnienia:

- Podstawowe informacje o chorobach reumatycznych.
- Reumatoidalne zapalenie stawów - patogeneza,
- Reumatoidalne zapalenie stawów - epidemiologia i obraz kliniczny ,
- Reumatoidalne zapalenie stawów- diagnostyka i leczenie
- Reumatoidalne zapalenie stawów wieku podeszłego.
- Reumatoidalne zapalenie stawów – choroby współistniejące.

Warsztaty dla lekarzy POZ-u z zakresu:

- Badanie układu ruchu w chorobach reumatycznych
- Zmiany w układzie ruchu w badaniu fizykalnym w przebiegu RZS
- Zmiany w badaniach laboratoryjnych w przebiegu RZS i ich interpretacja.
- Zmiany w badaniach obrazowych w przebiegu RZS i ich interpretacja.

### 2. Badanie przesiewowe

- A. Wizyty u lekarza POZ Wypełnienie kwestionariusza przez pacjenta i następnie konsultacje z lekarzem POZ - wypełnienie kwestionariusza przesiewowego przez lekarza POZ, badanie układu ruchu w kierunku RZS wykonywane przez lekarza POZ, wykonanie podstawowych badań krwi (OB, CRP, morfologia)
- B. Wizyta weryfikująca u lekarza reumatologa - konsultacje u specjalisty reumatologa z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki
- C. Wizyta potwierdzająca postawienie diagnozy.

## A. Wizyty u lekarza POZ - konsultacje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej

Po wstępnej selekcji na podstawie kryteriów kwalifikacji do badania przesiewowego pacjent zostaje poddany badaniom w kierunku diagnostyki RZS. W czasie wizyty wypełniany jest kwestionariusz pacjenta oraz kwestionariusz przesiewowy dla lekarza POZ. Wykonywane są badania układu ruchu w kierunku RZS (test uciskowy stawów śródrečno – paliczkowych oraz śródstopno – paliczkowych. Wykonanie podstawowych badań krwi (takich jak: OB.,CRP, morfologia). Zgodnie z najnowszymi zaleceniami EULAR pacjent powinien być skonsultowany przez reumatologa w ciągu 6 tygodni od pierwszych objawów zapalenia stawów [44].

- **Kwestionariusz dla pacjenta**

Proponowany kwestionariusz opracowany w Kanadzie, aktualnie walidowany w wielu krajach prosty do wypełnienia przez pacjenta [45].

Kwestionariusz dla pacjenta			
Data wypełnienia kwestionariusza .....DD/MM/ROK			
Data urodzenia .....DD/MM/ROK			
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>			
Początek objawów ..... (data lub rok)			
L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Czy odczuwasz ból stawów?		
2.	Czy odczuwasz ból nadgarstków/rąk?		
3.	Czy Twoje ręce/ nadgarstki są spuchnięte (obrzęknięte)?		
4.	Czy Twoje stawy są sztywne rano? (Czy odczuwasz sztywność poranną w stawach?)		
5.	Czy masz problem z zaciśnięciem ręki w pięść?		
6.	Czy od momentu obudzenia się rano mija więcej niż 1 godzina zanim Twoje stawy poruszają się swobodniej?		
7.	Czy te same stawy zajęte są po obu stronach ciała?		
8.	Czy problemy ze stawami mają wpływ na Twoją aktywność życiową np. masz problemy z samoobsługą, wypoczynkiem lub zmieniłeś swoją aktywność zawodową?		
9.	Czy kiedykolwiek ktoś Ci powiedział, że masz reumatoidalne zapalenie stawów?		
10.	Czy ktoś w Twojej rodzinie ma/miał reumatoidalne zapalenie stawów?		

<b>11.</b>	Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczycyca?		
------------	--	--	--

**Interpretacja wyników:  $\geq 6$  odpowiedzi na tak z 11 - podejrzenie RZS.**

▪ **Kwestionariusz dla lekarza rodzinnego:**

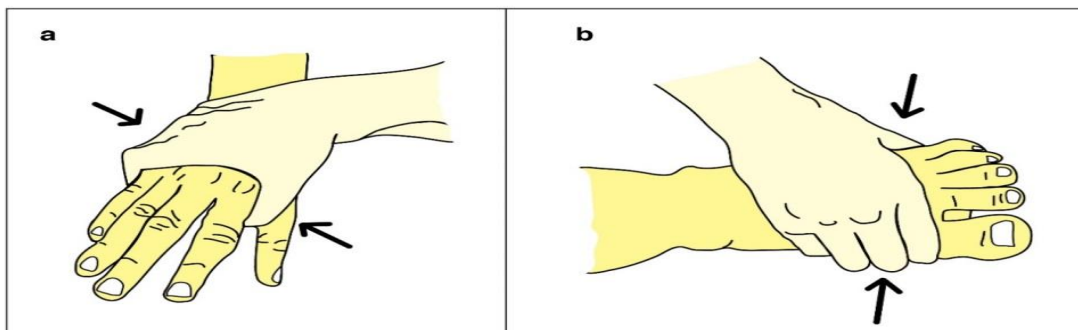
Proponowany kwestionariusz przesiewowy dla lekarza rodzinnego [46].

Stwierdzenie przynajmniej jednego obrzękniętego stawu lub co najmniej tkliwość dwóch stawów lub ograniczenie ich ruchomości oraz dwa i więcej z następujących kryteriów:

<b>Kwestionariusz lekarza POZ</b>			
Data wypełnienia kwestionariusza .....DD/MM/ROK			
Data urodzenia .....DD/MM/ROK			
Płeć: Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>			
Początek objawów ..... (data lub rok)			
L.p.	Pytanie	Tak	Nie
1.	Sztywność poranna trwająca dłużej niż 1 godzina		
2.	Trudności w zaciśnięciu ręki w pięść w godzinach porannych		
3.	Ból przy przywitaniu i potrząsaniu czyjejs ręki		
4.	Uczucie mrowienia i uczucie wbijania igieł w palcach		
5.	Problem w noszeniu i zakładaniu obrączki i pierścionków		
6.	Problem podczas chodzenia w dotychczasowo używanym obuwiu (trudności w chodzeniu, ból)		
7.	Dodatni wywiad w kierunku występowania RZS w rodzinie		
8.	Uczucie przewlekłego zmęczenia o niejasnej przyczynie trwającego mniej niż rok		

## ▪ Badanie fizykalne

W ramach badania fizykalne konieczne jest zastosowanie prostych testów uciskowych w przypadku objawów ze strony stawów rąk i/lub stóp oraz zbadanie innych stawów w przypadku ich bólu i obrzęku. Występowanie bólu na ucisk sugeruje podejrzenie RZS [47].



Ryc 1. Test uciskowy

a) Stawy śródręczno-paliczkowe

b) Stawy śródstopno-paliczkowe

## ▪ Obowiązkowe badania podstawowe krwi takie jak: OB., CRP, morfologia

W trakcie drugiej wizyty u lekarza POZ kompletowana jest dokumentacja medyczna dotycząca pacjenta (kwestionariusz pacjenta, kwestionariusz przesiewowy dla lekarza POZ, wyniki zleconych badań, opis wyników przeprowadzonego wywiadu oraz wyników badania fizykalnego). Powtórzone są badania układu ruchu w kierunku RZS (test ściskania stawów śródręczno – paliczkowych oraz śródstopno – paliczkowych) oraz weryfikowane wyniki zleconych badań: OB., CRP, morfologia. W przypadku spełnienia jednego z poniższych kryteriów lekarz POZ wystawi skierowanie do reumatologa.

### Kryteria wystawienia skierowania do lekarza reumatologa

▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (powyżej 6 punktów) oraz podwyższone wartości OB. i CRP	▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (co najmniej 6 punktów) i/lub lekarza i dodatni test ściskania ręki i/lub stopy
▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla lekarza oraz podwyższone wartości OB. i CRP	▪ Dodatni wynik kwestionariusza dla pacjenta (co najmniej 6 punktów) i/lub lekarza i dodatni test ściskania innego obrzękniętego stawu

### **B. Faza weryfikacji diagnozy - 1 wizyta – odbywa się w okresie do 14 dni od momentu skierowania od lekarza POZ-u.**

Konsultacja u reumatologa w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki odbywać się będzie w 2 etapach. Reumatolog ma obowiązek skonsultować pacjenta kierowanego przez lekarza POZ-u w ramach programu w ciągu 1-2 tygodni od wystawienia skierowania.

Dokładne badanie układu ruchu z zebraniem pełnego wywiadu od pacjenta – dokonane przez doświadczonego reumatologa. W przypadku potwierdzenia podejrzenia RZS lub wczesnego zapalenia stawów mogącego przejść w RZS pacjent przechodzi do etapu C.

Badanie przesiewowe przez lekarza reumatologa wykonywane będzie zgodnie z opracowanym schematem.

Wywiad zebrany od pacjenta obejmuje początek i charakter objawów, wywiad rodzinny (występowanie RZS i innych schorzeń autoimmunologicznych w rodzinie), schorzenia współistniejące, przyjmowane dotychczas leki, wywiad dotyczący palenia papierosów i spożywania alkoholu.

W badaniu fizykalnym układu ruchu oceniany jest zakres ruchu w poszczególnych stawach, bolesność na ucisk i obrzęki stawów i potwierdzenie wyników badania fizykalnego lekarza POZ.

W przypadku braku podejrzenia zapalnej choroby reumatycznej pacjent jest odsyłany do lekarza POZ-u pod jego dalszą opiekę z opisem pełnej konsultacji reumatologicznej, a w przypadku rozpoznania choroby zwyrodnieniowej z zaleceniami dotyczącymi dalszego postępowania terapeutycznego.

**C. Faza potwierdzenia diagnozy RZS - 2 wizyta u reumatologa – (odbywa się max. do 14 dni od 1 konsultacji reumatologa - od wizyty 1)**

Wykonanie wszystkich niezbędnych procedur diagnostycznych i ponowna konsultacja oceniająca wyniki badań podjęcie decyzji terapeutycznej.

<b>Zakres badań</b>	<b>Lekarz</b>	<b>Pacjent</b>
<b>Badanie układu ruchu</b>	Liczba stawów bolesnych (68) Liczba stawów obrzękniętych (66) DAS 28 SDAI CDAI VAS aktywności choroby w ocenie lekarza	HAQ VAS bólu VAS aktywności choroby w ocenie pacjenta
<b>Badanie krwi</b>	AspAT, ALAT, Kreatynina, Kwas moczowy, RF, Anty-CCP, ANA profil	
<b>Badania obrazowe</b>	RTG klatki piersiowej RTG rąk lub stóp USG najbardziej zajętego stawu/stawów  Opcjonalnie tylko w uzasadnionych przypadkach: MRI najbardziej zajętego stawu/stawów	

W przypadku pewnego rozpoznania RZS na podstawie wyników badań krwi, badania przedmiotowego i podmiotowego oraz spełnieniu kryteriów klasyfikacyjnych ACR/EULAR, badanie USG i ANA profil może być wykonywane opcjonalnie. W uzasadnionych sytuacjach, w przypadku trudności diagnostycznych przy niejednoznacznym obrazie USG i wynikach badań laboratoryjnych diagnostyka chorego może być poszerzona o badanie MRI zajętego stawu.

Do realizacji w ramach projektu, oprócz opisanych powyżej procedur dotyczących profilaktyki możliwe będzie finansowanie działań wskazanych w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020*, w tym m. in.:

- działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców tychże programów, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne;
- działania szkoleniowo-edukacyjne związane z wdrażanym programem zdrowotnym lub programem polityki zdrowotnej skierowane do osób współpracujących z placówką POZ lub pracujących na rzecz placówki POZ, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

#### 4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

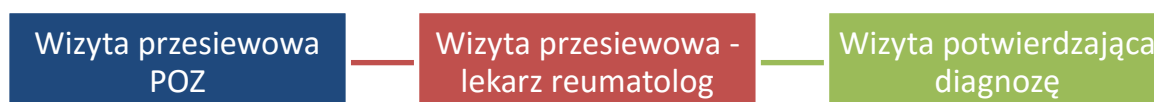
Realizacja programu profilaktyki pierwotnej prowadzona będzie przez realizatora we współpracy z lekarzem POZ, organizacjami pozarządowymi, itp.

Realizacja programu profilaktyki wtórnej prowadzona będzie w poradni lekarza POZ, Ośrodkach Wczesnej Diagnostyki utworzonych w ramach AOS. Świadczenia powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8-18, liczone w skali tygodnia. Dodatkowo sugeruje się, aby realizatorzy przewidzieli, w miarę możliwości, dostęp w soboty i w godzinach wieczornych.

W ramach działań programu na etapie lekarza POZ-u wykonane będą badania przesiewowe (finansowane w ramach programu) oraz badania krwi takie jak OB., CRP i morfologia które będą obecnie finansowane przez NFZ. Standardowe procedury będą poszerzone o dotychczas niewykonywane kwestionariusze dla pacjenta, kwestionariusze dla lekarza POZ-u i proste testy przesiewowe użyte podczas badania układu ruchu.

Pacjent skierowany przez lekarza POZ-u wraz z kopią wyników kwestionariuszy, badania układu ruchu i podstawowych badań laboratoryjnych będzie konsultowany przez doświadczonego reumatologa w ramach wizyty ambulatoryjnej finansowanej w ramach Programu w trybie pilnym.

W przypadku potwierdzenia podejrzenia RZS w okresie wczesnym na podstawie badania układu ruchu lekarz reumatolog kieruje chorego na badania krwi (ujednolicone dla wszystkich ośrodków i zgodne z aktualnym stanem wiedzy), badania radiologiczne, ultrasonograficzne zajętego stawu/stawów. Dodatkowo pacjent będzie wypełniał kwestionariusz HAQ, VAS bólu aktualnie odczuwanego oraz VAS aktywności choroby w ocenie pacjenta. Lekarz na podstawie badania przedmiotowego i wyników badań dodatkowych oceni wartość DAS28, SDAI, CDAI, VAS aktywności choroby w ocenie lekarza oraz liczbę stawów bolesnych i obrzękniętych. Wizyta ta będzie finansowana w ramach Programu.



Po otrzymaniu wyników badań i potwierdzeniu wczesnego RZS lub wczesnego zapalenia stawów niespełniających kryteriów dla RZS, ale ze złymi czynnikami rokowniczymi u chorego zostanie zalecone leczenie LMPCh, w tym głównie metotreksatem (poza finansowaniem w ramach programu).

Zgodnie z zaleceniami EULAR **pacjent w rozpoznanym wczesnym RZS pozostaje pod stałą opieką AOS (prowadzony jest przez lekarza reumatologa)**, a informacja na temat zaleconego leczenia, wyników badań, terminów kontroli u reumatologa otrzymuje lekarz POZ-u wraz z informacjami dotyczącymi możliwości konsultacji pacjenta z lekarzem reumatologiem prowadzącym w sytuacjach nagłych.

**W przypadku rozpoznania innej niż RZS zapalnej choroby reumatycznej pacjent pozostanie pod opieką AOS.**

W przypadku wykluczenia RZS i innej zapalnej choroby reumatycznej chory zostaje ponownie skierowany do lekarza POZ-u z pełną informacją dotyczącą wyników badań i ustalonego dalszego postępowania terapeutycznego np. w przypadku rozpoznania choroby zwyrodnieniowej.

## 5. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu

Kto	Instytucja kwalifikująca	Kryteria kwalifikacji
POZ	Realizator	Przy wyborze podmiotów/lekarzy POZ na uwadze należy mieć, iż może wystąpić konieczność stosowania art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).
Pacjenci do screeningu	POZ	Do programu będzie kwalifikował lekarz POZ każdego pacjenta, który ma bóle stawów i obrzęk przynajmniej jednego stawu, który nie jest wynikiem ewidentnego urazu. Chory powinien być przyjęty przez lekarza rodzinnego w trybie pilnym. Lekarz rodzinny wypełnia ankietę dla pacjenta, badanie fizykalne (testy ściskania) oraz wykonuje OB., CRP i morfologię. W przypadku spełnienia kryteriów kwalifikujących do dalszej diagnostyki chory kierowany jest do Ośrodka Wczesnej Diagnostyki w ramach AOS.
Pacjenci do weryfikacji	Lekarz reumatolog	Doświadczony reumatolog na podstawie dokładnie zebranego wywiadu od pacjenta i badania układu ruchu kieruje pacjenta na badania w kierunku RZS lub w przypadku podejrzenia innej zapalnej choroby reumatycznej kieruje na dalszą diagnostykę reumatologiczną w ramach AOS, a w przypadku wykluczenia zapalnej choroby reumatycznej w tym RZS odsyła do lekarza rodzinnego z informacją zwrotną dotyczącą dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Wizyta 2 u reumatologa odbywa się po otrzymanie wyników badań (najszybciej jak to możliwe). Pacjent wypełnia kwestionariusze dla pacjenta zgodnie z programem. Lekarz opisuje dokładnie badanie układu ruchu zgodnie z zasadami obowiązującymi w programie, wpisuje chorego do systemu monitorowania uczestników programu i zaleca leczenie modyfikujące kontynuowane w ramach AOS.



## 6. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi

Badania krwi takie jak OB., CRP i morfologia wykonywane przez lekarza POZ-są obecnie finansowane przez NFZ i nie będą finansowane w ramach przedmiotowego programu.

W 2015 roku wprowadzono w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej tzw. wizyty pierwszorazowe umożliwiające kierowanie chorych do specjalistów przez lekarzy rodzinnych tzw. osobną ścieżką z nieco wyższą wyceną takiej wizyty. Ze względu jednak na brak rozwiązań systemowych opieki nad pacjentem z zapalną chorobą reumatyczną w tym RZS, wykorzystanie tych wizyt przez podmioty lecznicze w 2015 r. wynosiło tylko od 13,28% do 31,07% wartości kontraktu na AOS w zależności od województwa (dane NFZ). Natomiast czas oczekiwania na wizytę do reumatologa wg Watch Health Care (WHC) zwiększył się z 0,7 miesiącach marca i lutym 2015 do 2,1 miesiąca w tych samych miesiącach 2016.

Aktualnie pacjent z podejrzeniem RZS wymagający diagnostyki i ustalenia rozpoznania w ramach AOS rozliczany jest w ramach wizyty W40 – tzw. wizyty pierwszorazowej. W ramach tej wizyty lekarz reumatolog ma wykonać w ciągu 42 dni wszystkie niezbędne badania w celu ustalenia rozpoznania i poinformować o dalszym postępowaniu z chorym lekarza rodzinnego. Wizyta wyceniona jest na 6 pkt. Przy założeniu, że wartość 1 pkt wynosi 10,30 PLN (wartość 1 pkt jest w województwie mazowieckim, w innych województwach może być nieco wyższa lub niższa). Za wizytę można uzyskać refundację w wysokości 67,98 PLN.

W przypadku potwierdzenia podejrzenia RZS w okresie wczesnym na podstawie badania układu ruchu lekarz reumatolog kieruje chorego na badania krwi (ujednolicone dla wszystkich ośrodków i zgodne z aktualnym stanem wiedzy), badania radiologiczne, ultrasonograficzne zajętego stawu/stawów. Procedury te są standardowe i finansowane aktualnie przez NFZ w ramach w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP): W40, niemniej jednak finansowanie w wysokości 67,98 PLN wizyty pierwszorazowej jest niewystarczające dla pełnej jednorazowej diagnostyki pacjenta z wczesnym RZS. Program ponadto obejmuje wykonanie dodatkowych procedur (kwestionariusz HAQ, skale VAS dla pacjenta i lekarza, DAS28, SDAI, CDAI), które w sposób istotny pozwolą na prawidłową ocenę skuteczności Programu i korzyści z niego płynących.

Obecnie, zarówno w przypadku RZS, jak i spondyloartropatii, możliwe jest rozliczenie leczenia pacjenta w szpitalu w ramach grupy JGP H87D, za co przysługuje 68 pkt. Przy założeniu, że wartość 1 punktu wynosi 52 PLN, przekłada się to na kwotę 3 536 PLN. Należy jednak zauważyć, że w tym przypadku hospitalizacja musi trwać minimum 4 dni.

Pacjent z rozpoznaniem wczesnym RZS pozostaje pod stałą opieką AOS a informacja na temat zaleconego leczenia, wyników badań, terminów kontroli u reumatologa otrzymuje lekarz POZ-u wraz z informacjami dotyczącymi możliwości konsultacji pacjenta z lekarzem reumatologiem prowadzącym w sytuacjach nagłych. W przypadku rozpoznania innej niż RZS zapalnej choroby reumatycznej pacjent zostaje kierowany na dalszą diagnostykę i pozostaje pod opieką AOS, a pełna informacja na jego temat zostaje przekazana lekarzowi rodzinemu.

W przypadku wykluczenia RZS i innej zapalnej choroby reumatycznej chory zostaje ponownie skierowany do lekarza POZ-u z pełną informacją dotyczącą wyników badań i ustalonego dalszego postępowania terapeutycznego np. w przypadku rozpoznania choroby zwyrodnieniowej.

## 7. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Zaproponowany program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 48 ust. 4.

## 8. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

W przypadku potwierdzenia rozpoznania RZS w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki, zgodnie z aktualnymi zalecaniami międzynarodowymi wymagane jest zastosowanie strategii „treat to target” – czyli terapii prowadzącej do celu, a tym celem jest remisja lub niska aktywność choroby. Wymaga to wizyt u reumatologa w pierwszym okresie choroby (najczęściej pierwszy rok choroby) wizyt u reumatologa w odstępach 1 - 3 miesięcy [48]. Istotne jest aby lekarz rodzinny objął takiego pacjenta stałą opieką, a w przypadku zakażeń, pojawienia się schorzenia współistniejącego lub innych sytuacji zdrowotnych mógł bezpośrednio skonsultować się z reumatologiem z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki. Natomiast lekarz reumatolog powinien na bieżąco informować lekarz POZ-u o zmianach w leczeniu pacjenta chorego na RZS i innych zaleceniach związanych z leczeniem.

## 9. Dowody skuteczności planowanych działań

Poza wymiernymi korzyściami zdrowotnymi, wynikającymi z wprowadzenia wczesnej diagnostyki i z leczenia w pierwszych 12 tygodniach choroby, istotne są też inne korzyści takiego postępowania. Badania europejskie wykazały, że całkowity koszt diagnostyki i leczenia jednego pacjenta, u którego wcześniej rozpoznano zapalenie stawów, wynosi 2424 Euro. W przypadku późnego rozpoznania RZS koszt ten jest już ponad dwukrotnie wyższy i wynosi 5928 Euro [49]. Ze strony płatnika inwestowanie środków we wczesną diagnostykę zapalenia stawów jest pod względem ekonomicznym jak najbardziej uzasadnione. Pozwala ograniczyć późniejsze wydatki na leczenie zaawansowanych postaci choroby. Jest to forma inwestycji, która daje szybki i wysoki stopień zwrotu, szczególnie kiedy pacjenci diagnozowani w ramach hospitalizacji. Należy również zauważyć, że szybkie uzyskanie remisji u osób w wieku produkcyjnym bezpośrednio wpływa na zmniejszenie ryzyka opuszczenia przez nie rynku pracy. Utrzymanie przez chorych aktywności zawodowej, to nie tylko wpływy do budżetu państwa z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, ale również brak kosztów związanych z rentami i wcześniejszymi emeryturami. Wczesną diagnostyką jest wpisana we wszystkie wytyczne dotyczące diagnozy i leczenia RZS. [69]

Skuteczność wczesnej interwencji w chorobach układu ruchu (MSD – Muskuloskeletal Disorder) potwierdzają również przedstawiono poniżej badania oparte na evidence based medicine. W ramach metaanalizy ACR [71] (*American College of Rheumatology*) oceniająca czynniki wpływające na poziom odpowiedzi na leczenie pacjentów z RZS. W ramach publikacji uwzględniono 14 badań RCT uwzględniających łącznie 1 435 pacjentów.

Czynniki pozytywnie wpływające na odpowiedź pacjenta na leczenia to:

- wczesne wykrycie choroby,**
- płeć męska,
- brak poprzedniej terapii DMARD,
- niższy okres choroby wg kryteriów Steinbrockera.

Inne badania potwierdzają znaczenie wczesnej diagnozy RZS i wpływ na rokowanie pacjentów długofalowe.

Badanie / Tytuł	Wnioski badania
<b>van der Linden 2010 [72]</b> <i>Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis</i>	Zaledwie 31% pacjentów (n=1 674) z RZS biorących udział w badaniu, było diagnozowanych w czasie <12 tyg. od zauważenia objawów. Pacjenci, którzy spotkali się z reumatologiem <12 tyg. od zauważenia objawów RZS posiadają mniejsze zniszczenia stawów oraz większe prawdopodobieństwo osiągnięcia remisji bez DMARD w porównaniu z pacjentami z większym opóźnieniem diagnozy.

<p>Esseleens 2009 [73] / <i>Effectiveness of an integrated outpatient care programme compared with present-day standard care in early rheumatoid arthritis</i></p>	<p>Aktywność RZS oraz zdrowie ogólne pacjentów, którzy przypisani zostali do przychodni ze specjalnym programem leczenia RZS, było lepsze w porównaniu do pacjentów leczonych w standardowych przychodniach reumatologicznych. Częściowo spowodowane było to możliwością łatwego i szybkiego wprowadzenia intensywnego leczenia wstępnego u pacjentów z programu.</p>
<p>Mottonen 2002 [74] / <i>Delay to institution of therapy and induction of remission using single-drug or combination-disease-modifying antirheumatic drug therapy in early rheumatoid arthritis</i></p>	<p>Wśród pacjentów leczonych pojedynczym DMARD jedynym istotnym czynnikiem wpływającym na remisję choroby było opóźnienie stosowania terapii (nie odnotowano takiej zależności w przypadku pacjentów leczonych kombinacją DMARD).</p>
<p>Lorig 1999 [75] / <i>Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial</i></p>	<p>Po 4 mies. u pacjentów, którzy wzięli udział w programie <i>Spanish Arthritis Self-Management Program</i> odnotowano pozytywną zmianę w odniesieniu do ćwiczeń, niepełnosprawności, bólu oraz poczucia własnej skuteczności w porównaniu do pacjentów, którzy nie brali udziału w programie. Po roku (w porównaniu z <i>baseline</i>) pacjenci z programu poprawili swoje wyniki w ćwiczeniach, zdrowiu ogólnym, niepełnosprawności, bólu, poczuciu własnej skuteczności oraz depresji.</p>

W ramach raportu Linda 2008 [70] oceniono działalność systemów ochrony zdrowia pod kątem usprawnień w kierunku diagnozowania i leczenia pacjentów z RZS, opracowany na podstawie 39 publikacji. Odnalezione publikacje w większości (n=33) były badaniami obserwacyjnymi lub quasi-eksperymentalnymi. Kierunki usprawnień oceniano na 5 różnych poziomach diagnozy i leczenia pacjentów z RZS: społecznym, podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki zdrowotnej, okresu obserwacji oraz konsultacji ortopedycznych. Wyniki raportu przedstawiono w tabeli poniżej.

Spółeczeństwo	Podstawowa opieka zdrowotna (lekarz ogólny)	Specjalistyczna opieka zdrowotna (reumatolog)	Okres obserwacji	Konsultacje ortopedyczne
<p>Przeprowadzenie kampanii marketingowych poprawiających wiedzę społeczeństwa na temat objawów RZS.</p> <p>Zaangażowanie pracowników służby zdrowia (np. pielęgniarki, rehabilitanci) do wykrywania objawów RZS wymagających konsultacji lekarza.</p>	<p>Programy naukowe i warsztaty poruszające tematykę RZS dla lekarzy ogólnych (pierwszego kontaktu).</p> <p>Wprowadzenie modelu działającego w Szwecji oraz Holandii, polegającego na 2–3 godz./tyg. konsultacji reumatologa w gabinecie lekarza ogólnego.</p> <p>Wprowadzenie odpowiedniego systemu usprawniającego skierowania chorych do reumatologa. Pacjenci</p>	<p>Powstanie klinik specjalizujących się we wczesnej diagnozie RZS.</p> <p>Pacjenci stosujący odpowiednią terapię mogą wymagać dodatkowego leczenia niefarmakologicznego łagodzącego objawy, w którym dużą rolę odgrywają rehabilitanci oraz pielęgniarki. W celu poszerzenia ich obowiązków należy zapewnić im odpowiednie szkolenia, w tym także o tematyce chorób reumatologicznych.</p>	<p>Z uwagi na fakt, iż większość pacjentów wymaga stałego monitorowania w trakcie okresu obserwacji. Szacuje się, że średnio około 75% wszystkich spotkań, reumatolog przeznacza dla pacjentów w trakcie okresu obserwacji. W rozwiązaniu tego problemu znaleziono w 2 modelach. Pierwszy rezerwuje tylko część spotkań z reumatologiem dla pacjentów w okresie obserwacji, natomiast drugi wprowadza dodatkowo rolę wykwalifikowanej pielęgniarki, która</p>	<p>Wprowadzenie odpowiedniego systemu usprawniającego skierowania chorych do ortopedy, polegającego na ocenie przez wykwalifikowanego rehabilitanta, czy wizyta u ortopedy jest konieczna.</p> <p>Wprowadzenie warsztatów przedoperacyjnych dla pacjentów oczekujących na zabieg.</p>

	<p>przed wizytą u reumatologa powinni być skierowani do rehabilitanta w celu zmniejszenia niepotrzebnych wizyt u specjalisty.</p>		<p>pomaga w ocenie objawów i udziela rad pacjentom (a w razie potrzeby kieruje ich do reumatologa).</p>	
--	---	--	---	--

W ramach przeszukiwania baz informacji medycznych poszukiwano badań potwierdzających wpływ wczesnej interwencji (wczesna diagnostyka, włączenie pacjentów do skoordynowanej kompleksowej opieki również w miejscu pracy) u pacjentów z chorobami mięśniowo szkieletowymi, w tym w kierunku diagnostyki RZS. Ze względu na różnorodność rozwiązań w różnych krajach przedstawiono pełen zakres działań w oparciu o badania RCT.

Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Abasolo 2005 [50]	RCT	MSD	ostry	Osoby z czasową niezdolnością do pracy, bez urazów, z uszkodzeniami lub z MSD związanym z pracą (w tym pacjenci z RZS)	13077	ND	reaktywne	Po otrzymaniu czasowej niezdolności do pracy	SOC	12 mies.	Wyniki pokazują, że wśród pacjentów z niezdolnością do pracy z powodu MSD, osoby otrzymujące precyzyjną i wyspecjalizowaną opiekę w ramach programu były w stanie wrócić wcześniej do pracy, a także rzadziej dochodziło u nich do progresji skutkującej trwałą niezdolnością do pracy niż przy dotychczasowym systemie opieki obejmującym podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną. Ponadto, wyniki programu były związane ze zmniejszeniem wykorzystania zasobów opieki zdrowotnej, zwiększeniem zadowolenia pacjentów oraz pozytywnym stosunkiem kosztów do korzyści.
Abasolo 2005 [50]	RCT	MSD	ostry	Osoby z czasową niezdolnością do pracy, bez urazów, z uszkodzeniami lub z MSD związanym z pracą	13077	ND	reaktywne	po otrzymaniu czasowej niezdolności do pracy	SOC	12 mies.	Wyniki pokazują, że specjalny program opieki poprawia przebieg kliniczny i wpływa na niezdolność do pracy u pacjentów z niemal każdym rozpoznaniem MSD. Dzięki programowi osiągnięto znaczącą redukcję liczbę dni czasowej niezdolności do pracy u pacjentów z chorobą we wszystkich kategoriach, z wyjątkiem bólu kolan (z wyłączeniem choroby zwyrodnieniowej stawów), w porównaniu do pacjentów w grupie kontrolnej.
Arnetz 2003 [51]	RCT	MSD	podostry nawracający	Osoby chore na podstawie rejestru dwóch lokalnych oddziałów Szwedzkiej Narodowej Agencji Ubezpieczeń	137	ND	reaktywne	w ciągu 3 mies. od dnia zwolnienia lekarskiego	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	12 mies.	Wczesne zastosowanie interwencji w miejscu pracy skutkowało znacznym zmniejszeniem nieobecności chorobowej i kosztów. Kluczowym składnikiem interwencji było stworzenie bardziej aktywnej roli kierownika w agencji ubezpieczeniowej, jak również zatrudnienie ergonomisty, który uczestniczył w spotkaniach z pracownikiem a pracodawcą.

Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Bultmann 2009 [52]	RCT	MSD	podostry	Pracownicy pełnoetatowi na zwolnieniu chorobowym przez 4-12 tyg.	119	18-65 lat	reaktywne	4-12 tyg. na zwolnieniu lekarskim	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	12 mies.	Zastosowanie rehabilitacji u osób pracujących przez interdyscyplinarny zespół było skuteczniejsze w porównaniu z konwencjonalnym postępowaniem u pracowników nieobecnych w pracy z powodu MSD. Pracownicy, którzy przeszli program diagnostyki i rehabilitacji mieli mniej godzin absencji chorobowej niż pracownicy u których zastosowano podejście konwencjonalne CCM, różnice były szczególnie zauważalne w drugiej połowie roku obserwacji. Ocena ekonomiczna wykazała, że- w kategorii utraty produktywności - CTWR wydaje się generować oszczędności dla społeczeństwa.
Ektor-Andersen 2003 [53]	RCT	MSP	podostry	Osoby chore poszukujące opieki zdrowotnej w placówkach podstawowej opieki fizjoterapeutycznej z powodu MSP będące na zwolnieniu przez okres <3 mies. w ciągu ostatniego roku.	575	18-65 lat	reaktywny	1-90 dni na zwolnieniu chorobowym	Podstawowa Opieka Zdrowotna	12 mies.	Wyniki wskazują na możliwą redukcję liczby dni płatnych z zasiłku chorobowego przy zastosowaniu terapia poznawczo-behawioralne w porównaniu do standardowego leczenia epizodu MSP w przychodniach podstawowej opieki
Marhold 2001 [54]	RCT	MSP	podostry przewlekły	Kobiety włączone konsekwentnie z rejestru osób przemywających na zwolnieniu chorobowym. Kobiety podzielono na dwie grupy: gr. 1 to osoby przebywające na zwolnieniu 2-6 mies. i gr 2 to osoby przebywające na zwolnieniu >12 mies.	72	25-60 lat	Reaktywna	ND	Ośrodki uniwersyteckie	6 mies.	Program poznawczo-behawioralny dotyczący powrotu do pracy okazał się bardziej skuteczny niż dotychczasowe postępowanie standardowe w zakresie redukcji dni zwolnienia chorobowego u pacjentów z krótkim zwolnieniem ale bez różnic w grupie pacjentów z długim zwolnieniem. Jednocześnie program poznawczo-behawioralny u pacjentów z krótkim zwolnieniem poprawił zdolność do kontroli i łagodzenia bólu, zmniejszył odczuwania niepełnosprawności i osłabienia oraz zwiększył ich ogólną aktywność w porównaniu z grupą kontrolną.

Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Oude Hengel 2013 [55]	RCT	MSD	ND	Pracownicy 6 firm, którzy zgodzili się wzięść udział w badaniu	293	ND	Profilaktyczny	ND	Pracodawca	12 mies.	Zastosowana w badaniu interwencja okazała się nieefektywna w zakresie poprawy zdolności do pracy czy w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego. Jednakże zastosowana interwencja skutkowała zmniejszeniem chorobowości w zakresie objawów mięśniowo-szkieletowych oraz zmniejszeniem dni wolnych wśród pracowników niemniej obserwowane różnice nie osiągnęły istotności statystycznej.
Vermeulen 2009 [56]	RCT	MSD	podostry	Pacjenci znajdujący się na liście chorych przez 2-8 tyg. niezatrudnieni lub pracownicy tymczasowi.	163	ND	reaktywny	2-8 tyg. zwolnienia	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	12 mies.	Wykonanie wszystkich kroków IM skutkowało stopniowym uczestnictwem w programie RTW (powrotu do pracy) pracowników tymczasowych i niezatrudnionych, chorych pracowników przebywających na zwolnieniu z powodu MSD. Główne wnioski badania wskazują na brak istotnych statystycznie różnic w przypadku programu RTW (powrotu do pracy) przez pierwsze 90 dni i istotną statystycznie korzyść po 90 dniach. Uczestnictwo w programie RTW było bardziej efektywne ale też bardziej kosztowne niż terapia standardowa Łączne koszty Agencji Ubezpieczeń Społecznych (świadczeń opieki zdrowotnej i zasiłków chorobowych) i całkowite koszty społeczne (świadczeń opieki zdrowotnej i zasiłków chorobowych) były istotnie statystycznie wyższe w grupie uczestniczącej w programie RTW
Allaire 2003 [57]	RCT	RD	N/A	Pracownicy z RD z ryzykiem utraty pracy zrekrutowani przez reumatologa prowadzącego	242	18-65 lat	profilaktyczny	ND	Ośrodek uniwersytecki	48 mies.	Wyniki tego badania wskazują, że rehabilitacja zawodowa skutecznie zapobiega utracie pracy, gdy jest zapewniona u osób z chorobami reumatycznymi, którzy są narażeni na ryzyko utraty pracy, ale nadal są zatrudnieni. Utrata pracy była zarówno opóźniona jak i zmniejszona wśród uczestników badania, którzy otrzymali rehabilitację zawodową

Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Macedo 2009 [58]	RCT	RA	N/A	Pracownicy z RA ze zwiększonym postrzeganym ryzyka niezdolności do pracy na podstawie skali niestabilności pracy RA	32	Średnia (SD): 50.6; (9.85) lat	profilaktyczny	ND	SOC	6 mies.	Wyniki badania wskazują, że terminowa, kompleksowa, interwencyjna terapia zajęciowa w sposób istotny statystycznie poprawia funkcjonowanie i oceny związane z pracą u pracowników z RA z ryzykiem utraty pracy. W zakresie punktów końcowych oceniających stan psychiczny oraz ogólne radzenie sobie, w tym takich jak: jakość życia, ból oraz bezradność z powodu zapalenia stawów również wykazano istotną statystycznie poprawę po zastosowaniu terapii zajęciowej.
de Buck 2005 [59]	RCT	RD	przewlekły	Pracownicy z przewlekłym chorobami reumatycznymi, z postrzeganiem problemów związanych z chorobą w pracy jako zagrożenia ich zdolności do pracy >40% pacjentów wyjściowo przebywało na zwolnieniu	140	18-63 lat	reaktywna	ND	SOC	24 mies.	Wyniki badania wskazują, że uczestnictwo w rehabilitacji zawodowej pacjentów z chorobami reumatycznymi, zagrożonych utratą pracy nie ma wpływu na utrzymanie płatnego zatrudnienia. Niemniej w porównaniu z opieką standardową wykazano istotny statystycznie wpływ na poprawę w zakresie takich punktów końcowych jak zmęczenie i zdrowie psychiczne.
Baldwin 2012 [60]	RCT	RA, OA	przewlekły	Pracownicy pełnoetatowi lub w niepełnym wymiarze czasu pracy z potwierdzoną OA i RA	89	18-61 lat	profilaktyczny	ND	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	24 mies.	Wyniki badania wskazują, że zastosowanie interwencji ergonomicznych w miejscu pracy w porównaniu z grupą kontrolną było bardziej efektywne w zakresie zmniejszenia dolegliwości związanych z zapaleniem stawów w ciągu 2-letniego okresu obserwacji. Dodatkowo zastosowanie interwencji ergonomicznych w miejscu pracy poprawia funkcjonowanie fizyczne oraz zmniejsza dolegliwości bólowe w ciągu 2-letniego okresu obserwacji (takich efektów nie obserwowano w grupie kontrolnej)



Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Sjostrom 2008 [61]	obserwacyjne	MSD	ND	Pacjenci w wieku produkcyjnym zakwalifikowani do programu rehabilitacyjnego	60	Średnia (SD): 46,8 (7,9)	reaktywny	ND	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	60 mies.	Po zastosowaniu interwencji zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn obserwowano poprawę, a uzyskane efekty utrzymywały się w trakcie 2-letniego okresu obserwacji. Większość pacjentów wciąż była aktywna fizycznie a duża część grupy wróciła do pracy. Ponadto wyniki wskazują, że wielodyscyplinarny program rehabilitacyjny zmniejsza długotrwałą absencję chorobową, a także lęk, depresję i stres oraz zwiększa liczbę osób deklarujących poprawą funkcjonowania, czasowe zwolnienia chorobowe i poprawę jakości życia.
Sjostrom 2008 [61]	obserwacyjne	MSD	ND	Pacjenci w wieku produkcyjnym zakwalifikowani do programu rehabilitacyjnego	60	Średnia (SD): 46,8 (7,9)	reaktywny	ND	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	60 mies.	Oceniany program rehabilitacyjny wydaje się mieć efekt na zdolność pacjentów do radzenia sobie z objawami choroby długo po zakończeniu programu. Większość uczestników wróciła do pracy i raportowała zmniejszenie dolegliwości bólowych.
Wickizer 2011 [62]	obserwacyjne	MSD	ND	ND	33910	średnia COHE (Centers of Occupational Health and Education) : 35,4 non-COHE: 36,8	profilaktyczny	ND	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	12 mies.	Zastosowanie interwencji wiązało się z korzystnym zmniejszeniem ryzyka orzeczenia niepełnosprawności z możliwością pracy oraz średniej liczby dni niezdolności do pracy).  Efekty te przekładają się na znaczne oszczędności w zakresie kosztów niepełnosprawności. Korzystny wpływ COHE na zmniejszanie długotrwałej niepełnosprawności został podwyższony pracownikom z uszkodzeniami dolnej części pleców.
McCluskey 2006 [63]	obserwacyjne	MSD	ND	Pracownicy z nieobecnością z powodu MSD	2918	ND	reaktywny	ND	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	12 mies.	Wyniki badania wskazują, że interwencja psychologiczna oparta na higienie pracy zmniejsza odsetek osób porzucających pracę w sposób istotny statystycznie w porównaniu z grupą kontrolną. Wczesna interwencja adresowana rozwiązaniu problemów psychospołecznych może być efektywna w zakresie redukcji absencji chorobowej z powodu MSD.

Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Westman 2006 [64]	obserwacyjne	MSD	podostry	Osoby zatrudnione na stałe lub pozostające do dyspozycji rynku pracy z bólem mięśniowoszkieletowym	100	Średnia: 41,5	reaktywny	30-90 dni zwolnienia	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	5 lat	Wyniki wskazują, że zastosowania interwencja prowadzi do poprawy jakości życia a efekty zasadniczo utrzymywały się 5 lat. Zdolność do pracy wyrażona zwiększoną częstością powrotów do pracy w trakcie rocznego okresu obserwacji była również znacząca w trakcie 5-letniego okresu obserwacji. Poprawa w zakresie dolegliwości bólowych, postrzegania zdrowia i objawów psychosomatycznych była utrzymana pomiędzy 1 a 5 rokiem obserwacji.
Nordmark 2006 [65]	obserwacyjne	RA	przewlekły	Pacjenci ze wczesnym RA, bez trwałej niepełnosprawności	110	18-60 lat	reaktywny	Średni czas trwania objawów: 5 mies.	Podstawowa Opieka Zdrowotna	24 mies.	Główne wyniki badania wskazują, że po 2 latach rehabilitacji zawodowej doszło do wzrostu liczby pacjentów pracujących na pełny etat oraz zmniejszenia zasiłków u pacjentów z pełnowymiarowym zwolnieniem oraz zwiększeniem zasiłków u pacjentów czasowym zwolnieniem. Aktywne wsparcie zawodowe w połączeniu z terapią DMARD może zapobiec lub opóźnić niezdolność do pracy u pacjentów z wczesnym RA.
Loisel 2003 [66]	obserwacyjne	MSD	Podostry, przewlekły	Pracownicy przebywający na zwolnieniu z powodu bólu pleców lub chorób kończyn górnych związanych z pracą	127	Średnia (SD): 41,2 (9,1)	reaktywny	Średnia liczba nieobecności: 46,9 tyg.	Ośrodek medycyny pracy/ Internista	3 lat	Wyniki wskazują na wysoki poziom retencji pracy. Postrzegany stan zdrowia pozostał stabilny lub uległ dalszej poprawie w trakcie 1-letniej obserwacji oraz w 3-letniej obserwacji.
Salisbury 2013 [67]	RCT	MSD	ND	Pacjenci z problemami mięśniowoszkieletowymi zakwalifikowani do fizjoterapii	2256	>18 lat	profilaktyczny	ND	SOC	6 mies.	Wyniki badania wskazują, że PhysioDirect jest równie skuteczny klinicznie co standardowa opieka oparta na liście oczekujących na wizytę „twarzą w twarz”. PhysioDirect zapewnia szybszy dostęp do porady i leczenia oraz wydaje się bezpieczny.

Badanie	Typ badania	Choroba	Stan choroby	Populacja	N	Wiek	Typ EI	Czas wprowadzenie EI	Opieka	Okres obserwacji	Wyniki
Leon 2009 [68]	RCT	MSD	Ostry, podostry	Pracownicy z MSD oraz czasowymi nieobecnościami trwającymi 4-8 tyg.	181	średnia: 45,5 lat	reaktywny	Czasowa niezdolność do pracy, epizody trwające ≥4 tyg.	SOC	>6 mies.	Wyniki badania wskazują, że wczesne leczenie psychologiczne połączony z standardowym programem związanym z czasową niezdolnością do pracy oferowane pacjentom niezdolnością do pracy z powodu MSD, jest skuteczną formą leczenia – umożliwia szybszy powrót do pracy, skrócenie epizodów nawrotu oraz daje bardzo dobry wynik ekonomiczny.

DAS28	Disease Activity Score in 28 joints – składa
EI	early intervention – wczesna interwencja
MPI	(West Haven-Yale) multidimensional pain inventory
MSD	musculoskeletal disorder – choroby mięśniowo szkieletowe
N/A	non-applicable
ns	not statistically significant
RA	Rheumatoid arthritis – reumatoidalne zapalenie stawów
RA WIS	Rheumatoid arthritis Work Instability Scale
RD	Rheumatic disease – choroby reumatyczne
VAS	Visual Analogue (Analog) Scale
WAI	Work Ability Index
SOC	Specjalistyczne Centrum Opieki
RCT	Badania randomizowane

## 10. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu

### Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie POZ:

- Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ.  
Lekarz POZ-u powinien odbyć szkolenia organizowane w ramach programu, niezbędne do uzyskania wiedzy wymaganej do prowadzenia procedur przesiewowych, potwierdzone certyfikatami wydanymi przez organizatora na koniec danego szkolenia. W ramach POZ-u możliwe powinno być wykonanie badań krwi: OB., CRP, morfologia i uzyskanie szybkich wyników tych badań (1-2 dni).

### Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie Ośrodka Wczesnej Diagnostyki (utworzonego w ramach AOS):

- jednostka wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- Ośrodek Wczesnej Diagnostyki funkcjonujący w ramach AOS powinien dysponować doświadczoną kadra lekarzy reumatologów, w tym lekarz konsultujący pacjenta po raz pierwszy powinien mieć przynajmniej 3 letni staż po uzyskaniu specjalizacji z reumatologii. (Ośrodki przystępujące do konkursu zabezpieczają obsługę programu odpowiednią liczbą lekarzy. Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 – 2020* istnieje możliwość zatrudnienia personelu medycznego, w tym lekarzy w ramach kosztów bezpośrednich ujętych w projekcie.)
- Ośrodek powinien mieć możliwość wykonywania badań laboratoryjnych obowiązujących w ramach wczesnej diagnostyki RZS oraz możliwość wykonania badań RTG i USG. Aparat USG powinien być dostosowany do wykonywania badań USG małych stawów i dysponować kadrami lekarską mającą uprawnienia i doświadczenie w ocenie ultrasonograficznej zmian w stawach w przebiegu RZS.

#### Realizator Projektu

Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego przez MZ konkursu. Zgodnie z zapisami Roczego Planu Działań na 2016 r. Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój projektodawcą może być uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym lub medyczny instytut badawczy działające w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych lub szpital kliniczny lub podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie reumatologii.

Szacuje się, że w wyniku ogłoszonego konkursu wybranych zostanie co najmniej 6 Realizatorów programu.

Realizator projektu będzie zobligowany do podpisania minimum 60 umów dot. współpracy w ramach projektu z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z terenu co najmniej 3 województw w zakresie działań profilaktycznych oraz, że przeszkoli co najmniej po dwie osoby (lekarzy lub pielęgniarek) z każdego podmiotu, z którym podpisze ww. umowę współpracy w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz strategii leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów, z uwzględnieniem kluczowych elementów wiedzy reumatologicznej jaką powinien posiadać lekarz POZ/pielęgniarka POZ, tj.:

- a) znajomość metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru,
- b) umiejętność leczenia oraz terapii chorych z chorobami reumatycznymi,
- c) umiejętność współpracy z lekarzem posiadającym specjalizację w dziedzinie reumatologii
- d) właściwa komunikacja z chorym
- e) umiejętność podstawowego badania reumatologicznego – podmiotowego i przedmiotowego
- f) dostęp do zaplecza diagnostycznego w miejscu w celu wykonania niezbędnych badań laboratoryjnych uwzględnionych w Programie
- g) dostęp do diagnostyki radiologicznej i ultrasonograficznej zgodnie z programem w miejscu i umiejętność właściwej interpretacji wyników
- h) dostęp do MRI w szczególnych sytuacjach i umiejętność właściwej interpretacji wyników

Realizator zawrze w umowie/porozumieniu dot. współpracy w ramach projektu z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zapisy dotyczące możliwości rozwiązania współpracy w przypadku znacznej liczby błędnie kierowanych pacjentów do Ośrodka Wczesnej Diagnostyki.

Realizator powinien zapewnić, aby wykładowcy prowadzący szkolenia oraz warsztaty dla personelu medycznego posiadali odpowiednie kwalifikacje (m.in. posiadanie specjalizacji z zakresu reumatologii) oraz doświadczenie w prowadzeniu wykładów nabyte np. na uczelni medycznej.

#### **Rada ds. oceny i ewaluacji**

Do Rady powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu. Radzie powinna przewodniczyć osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, tzn. posiada specjalizację z zakresu reumatologii, przepracowała na kierowniczym stanowisku jako ordynator oddziału lub kierownik kliniki reumatologicznej co najmniej 3 lata, ma doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej, potrafi pracować w zespole.

## **VI. CZĘŚĆ OCENY I EWALUACJI**

Rada ds. Oceny i Ewaluacji, do której powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu odpowiedzialna będzie za opracowanie jednolitego programu szkoleniowego dla lekarzy POZ-u i szkoleń w formie e-learningów, ocenę realizacji programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników programu, podsumowanie programu, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu, przygotowanie raportów i cyklu publikacji naukowych.

Możliwe będzie zapewnienie osoby, która będzie odpowiedzialna za informatyczny system służący do monitorowania uczestników programu. Nie będzie kwalifikowalny ze środków EFS zakup programu informatycznego lub licencji. Przeanalizowana zostanie możliwość wykorzystania już istniejących systemów informatycznych będących w posiadaniu NFZ, MZ lub innych podmiotów publicznych.

Wskaźniki, które zostaną wykorzystane w ramach monitorowania i ewaluacji:

- Liczba konferencji szkoleniowych, warsztatów, szkoleń e-learningowych
- Liczba personelu medycznego, w tym lekarzy POZ przeszkolonego w ramach konferencji, warsztatów, szkoleń e-learningowych
- Liczba zorganizowanych akcji edukacyjnych dla pacjentów
- Liczba przebadanych osób w ramach POZ, w tym liczba osób z rozpoznaniem RZS
- Liczba przebadanych osób w ramach Ośrodków Wczesnej Diagnostyki, w tym liczba osób z potwierdzonym RZS
- Odsetek potwierdzeń rozpoznania RZS przez lekarza reumatologa wśród pacjentów skierowanych do reumatologa z POZ.
- Czas jaki upływa od zgłoszenia się pacjenta z objawami wczesnego RZS u lekarza POZ do momentu pierwszej wizyty u reumatologa

Zbierane dane będą uwzględniały podział m.in. ze względu na płeć oraz wiek. Monitoring projektów realizowanych w ramach programu będzie odbywał się zgodnie z Wytocznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji Programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki. Monitorowaniu podlegać będzie również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie. Badana będzie także ocena zadowolenia osób z uczestnictwa w programie przy pomocy ankiety.

## Ocena trwałości programu

Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014 - 2020 i ewentualnie innych środków.

## VII. KOSZTY

Alokacja na program została zaplanowana w wysokości 15 mln. zł.

Rok realizacji programu	Środki przeznaczone na program
2016	0 zł
2017	4 000 000 zł
2018	5 000 000 zł
2019	3 000 000 zł
2020	3 000 000 zł
<b>SUMA</b>	<b>15 000 000 zł</b>

Zakłada się, że jeden projekt realizowany w ramach programu może mieć wartość od 500 tys. zł do 2,5 mln zł.

### 1. Koszty szacunkowe – koszty poszczególnych badań na poziomie pacjenta

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020*, dostępnych tu: <https://www.mr.gov.pl/stroony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/>

Zaleca się rozliczenie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w ww. *Wytycznych*. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

**Na podstawie wiedzy i rozeznania rynku określono szacunkowe koszty poszczególnych procedur:**

**Na poziomie Podstawowej Opieki Zdrowotnej:**

- a) Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – wizyta 1 – 48 zł
- b) Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – wizyta 2 – 48 zł

**Na poziomie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej:**

- a) Konsultacja u reumatologa w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki – wizyta 1 – 94 zł
- b) Badanie laboratoryjne - AspAT – 6,50 zł
- c) Badanie laboratoryjne - ALAT – 6 zł
- d) Badanie laboratoryjne - Kreatynina – 6,8 zł
- e) Badanie laboratoryjne - Kwas moczowy – 6,50 zł
- f) Badanie laboratoryjne - RF – 16 zł
- g) Badanie laboratoryjne - Anty – CCP – 52 zł
- h) Badanie laboratoryjne - ANA profil – 89 zł
- i) Badanie obrazowe - RTG klatki piersiowej AP i boczne – 53 zł
- j) Badanie obrazowe - RTG rąk – 41 zł
- k) Badanie obrazowe - RTG stóp – 64 zł
- l) Badanie obrazowe - USG zajętej ręki lub stopy lub innego stawu – 98 zł
- m) Konsultacja u reumatologa w Ośrodku Wczesnej Diagnostyki – wizyta 2 – 193 zł

Badanie MRI wykonywane w szczególnych przypadkach (w przypadku gdy obraz USG jest niejednoznaczny) finansowane będzie z NFZ w ramach tzw. „badań kosztochłonnych”. Szacunkowy koszt jednego badania ręki lub stopy – 475 PLN.

## 2. Szacowane koszty całkowite

Całkowita alokacja na wdrożenie przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wynosi 15 milionów złotych. W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, którym zostaną wybrani realizatorzy programu (podmioty z którymi zostanie podpisana umowa na dofinansowanie projektu).

## 3. Źródło finansowania, partnerstwo

Projekty, w ramach których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, współfinansowane będą ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przy realizacji projektów wdrażających program możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.).

## VIII. PIŚMIENNICTWO

1. Molina E, del Rincon I, Restrepo DF et al. Mortality in Rheumatoid Arthritis (RA): Factors associated with recording RA on death certificates. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015; 16: 277-283.
2. Van der Hoek J, Boshuizen HC, Roorda LD et al. Somatic comorbidities and comorbid depression are associated with mortality in patients with rheumatoid arthritis: A 14-year prospective cohort study. *Arthritis Care & Research*. 2015; 14. doi: 10.1002/acr.22812
3. Listing J, Kekow J, Manger B et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNF $\alpha$ inhibitors and rituximab. *Ann Rheum Dis*. 2013; 0 : 1-7.
4. Navalho M, Resender C, Rodrigues AM, et al. Biletaral 3.0-Tesla MRI of the hand and wrist in early and very early inflammatory arthritis: Tenosynovotos is associated with progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: A20-21.
5. Zeidler H. The Need to Better Classify and Diagnose Early and Very Early Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2012; 39: 212-217.
6. Colebatch AN, Edwards CJ, Østergaard M, et al. EULAR Recommendations for the Use of Imaging of the Joints in the Clinical Management of Rheumatoid Arthritis. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 804-814.
7. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010; 69: 1580–1588.
8. Innala L, Sjöberg C, Möller B et al. Co-morbidity in patients with early rheumatoid arthritis – inflammation matters. *Arthritis Research & Therapy*. 2016; 18: 33-41.
9. Isik A, Koca SS, Ozturk A, et al. Anxiety and depression with rehaumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007; 26: 872-878.

10. Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. *Reumatologia*. 2013; 51 (5): 348-354.
11. Molina E, del Rincon I, Restrepo JF et al. Mortality in Rheumatoid Arthritis (RA): factors associated with recording RA on death certificates. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2015; 16: 277-284.
12. Raza K, Stack R, Kumar K, Filer A, Detert J, Bastian H, Burmester GR, Sidiropoulos P, Kteniadaki E, Repa A, Saxne T, Turesson C, Mann H, Vencovsky J, Catrina A, Chatzidionysiou A, Hensvold A, Rantapää-Dahlqvist S, Binder A, Machold K, Kwiatkowska B, Ciurea A, Tamborrini G, Kyburz D, Buckley CD. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011;70:10 1822-1825).
13. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2010;376:1094–1108.
14. Carmona L, Cross M, Williams B, et al. Rheumatoid arthritis. *Best Prac. Res Clin Rheumatol* 2010; 24: 733–745.
15. Cross M, Smith E, Hoy D et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73:1316–1322.
16. Batko B, Stajszczyk M, Świerkot J, Racoborski F, Wiland P. Prevalence and Clinical Characteristics of Rheumatoid Arthritis in Poland: First Nationwide Study [abstract]. *Arthritis Rheumatol*. 2015; 67 (suppl. 10)
17. Savolainen E, Kaipainen-Seppänen O, Kröger L et al. Total incidence and distribution of inflammatory joint diseases in a defined population: results from the Kuopio 2000 arthritis survey. *J Rheumatol*. 2003; 30: 2460-2468.
18. Henova P, Pavelka K, Dostal C et al. Epidemiology of rheumatoid arthritis, juvenile idiopathic arthritis and gout in two regions of the Czech Republic in a descriptive population-based survey in 2002-2003. *Clin Exp Rheumatol*. 2006; 24: 499-507.
19. Eriksson JK, Neovius M, Ernestam S et al. Incidence of rheumatoid arthritis in Sweden: a nationwide population-based assessment of incidence, its determinants, and treatment penetration. *Arthritis Car Res (Hoboken)*. 2013; 65: 870-878.
20. Tobón GJ, Youinou P, Saraux A. The environment, geo-epidemiology, and autoimmune disease: Rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Reviews*. 2009; doi: 10.1016/j.autorev.2009.11.019
21. Corominas H, Narváez J, Diaz-Torné C. et al. Diagnostic and Therapeutic Delay of Rheumatoid Arthritis and its Relationship With Health Care Devices in Catalonia. The AUDIT Study. *Rheumatol Clin*. 2016; 12: 146-150.
22. Emery P, Breedveld FC, Dougados M et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis*. 2002; 61: 290-297.
23. Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non – specialist needs to know. *J R Soc Med*. 2004; 97: 421 – 424.
24. Grätzel P. Suspected rheumatoid arthritis: which patient must be referred to a specialist? The family physician decides. *MMW Fortschr Med*. 2014; 156 : 20-24.
25. Raza K, Saber TP, Kvien TK et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. *Ann Rheum Dis*. 2012; 0: 1-3.
26. Cush JJ. Early rheumatoid arthritis – is there a window of opportunity? *J Rheumatol. Suppl*. 2007; 80: 1-7.
27. Raza K, Filer A. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? *Ann Rheum Dis*. 2015; 74: 793-794.
28. Gremese E, Salaffi F, Bosselo SA, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann Rheum Dis* 2013; 72(6): 858-62
29. Kyburz D, Gabay C, Michel BA et al. The long-term impact of early treatment of rheumatoid arthritis on radiographic progression: a population-based cohort study. *Rheumatology*. 2011; 50: 1106-1110.
30. Akdemir G, Verheul MK, Heimans L et al. Predictive factors of radiological progressions after 2 years of remission-streered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. *RMD Open*. 2016; 2: e000172. Doi; 10.1136/rmdopen-2015-000172.



31. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-streered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). Heiman L, Akdamir G, Kirsten V et al. *Arthritis Research & Therapy*. 2016; 18 : 23-44.
32. Moura CS, Abrahamowicz M, Beauchamp ME et al. Early medication use in new-onset rheumatoid arthritis may delay joint replacement: result of large population-based study. *Arthritis Research & Therapy*. 2015; 17: 197-206.
33. Smolen J, Landewé R, Breedveld FC. et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update. *Ann Rheum Dis*. 2013; 0:1–18.
34. Singh JA, Saag KG, Bridges L et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2015; DOI 10.1002/acr.22783
35. Hallert E, Husberg M, Skogh T. Costs and course of disease and function in early rheumatoid arthritis: a 3-year follow-up (the Swedish TIRA project). *Rheumatology*. 2006; 45: 325-331.
36. Chevreul K, Haour G, Lucier S et al. Evolution of Direct Costs in the First Years of Rheumatoid Arthritis: Impact of Early versus Late Biologic Initiation - An Economic Analysis Based on the ESPOIR Cohort. *PLoS ONE* 9(5): e97077. doi:10.1371/journal.pone.0097077.
37. Barnabe Ch, Thanh NX, Ohinmaa A et al. Healthcare service utilisation costs are reduced when rheumatoid arthritis patients wchieve sustained remission. *Ann Rheum Dis*. 2012; 0: 1-5.
38. Samoliński B, Raciborski F, Gołąb J.. *Konstruktywni. Zdrowie, aktywność i zdolność do pracy*. Wydawnictwo naukowe SCHOLAR. 2015; ISBN 978-83-7383-791-1.
39. Metsios GS, Stavropoulos-Kalinoglou A, Treharne GJ, Nevill AM et al. Disease activity and low physical activity associate with numer of hospital admissions and lenth of hospitalisation in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Research &Therapy*. 2011; 13: R108.
40. Sørensen J, Hetland ML. Diagnostic delay in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: results from the Danish nationwide DANBIO registry. *Ann Rheum Dis*. 2014; 0: 1-7.
41. Stack RJ, Ilewellyn Z, Deighton C et al. General practitioners perspectives on campaigns to promote rapid help-seeking behaviour at the onest of rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2014; 32: 37-43.
42. Kyburz D, Finckh A. The importance of early treatment for the prognosis of rheumatoid arthritis. *Swiss Medical Weekly*. 2013; 143:w13865.
43. Kwiatkowska B, Raciborski F, Maślińska M, Kłak A, Gryglewicz J, Samel-Kowalik P. „Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian”. Wydawnictwo Instytut Reumatologii. 2014.
44. Hazes JM, Luime JJ. The epidemiology of early inflammatory arythrits. *Nat Rev Rheumaytol*. 2011; 14 (7): 381-390.
45. Combe B. 2016 update of the EULAR recommendations for management of early arthritis. Prezentacja Londyn EULAR 8-11.06.2016. Przygotowanie do druku.
46. Smolen JS, Breedveld FC, Burmaster GR et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2016; 75: 3-15.
47. Bell MJ, Tavares R, Guillemin F i wsp. Development of self-administered inflammatory early arthritis detection tool. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010; 11: 50-61.
48. Alves C. Early detection of patients at risk for rheumatoid arthritis - a challenge for primary and secondary care. Erasmus Rotterdam University. 2015. ISBN 978-94-6299-027-2
49. Filipon E, Brazier M, Clavel G, et al. Is it possible to identify early predictors of the future cost of chronic arthritis? The VERA project. *Fundam Clin Pharmacol* 2009; 23(1):105-13.
50. Abasolo L, Blanco M, Bachiller J, Candelas G, Collado P, Lajas C, Revenga M, Ricci P, Lazare P, Aguilar MD, Vargas E, Fernandez-Gutierrez B, Hernandez-Garcia C, Carmona L, Jover JA: A health system program to reduce work

disability related to musculoskeletal disorders. *Annals of Internal Medicine* 143 (6) (pp 404-414+I30), 2005  
Date of Publication: 20 Sep 2005 2005;(6):404-414+I30.

51. Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R: Early workplace intervention for employees with musculoskeletal-related absenteeism: A prospective controlled intervention study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 45 (5) (pp 499-506), 2003 Date of Publication: 01 May 2003 2003;(5):499-506.
52. Bultmann U, Sherson D, Olsen J, Hansen CL, Lund T, Kilsgaard J: Coordinated and tailored work rehabilitation: a randomized controlled trial with economic evaluation undertaken with workers on sick leave due to musculoskeletal disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2009; 19(1):81-93.
53. Ektor-Andersen J, Ingvarsson E, Kullendorff M, Orbaek P: High cost-benefit of early team-based biomedical and cognitive-behaviour intervention for long-term pain-related sickness absence. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2008; 40(1):1-8.
54. Marhold C, Linton SJ, Melin L: A cognitive-behavioral return-to-work program: Effects on pain patients with a history of long-term versus short-term sick leave. *Pain* 91 (1-2) (pp 155-163), 2001 Date of Publication: 2001 2001;(1-2):155-163.
55. Oude Hengel KM, Blatter BM, van der Molen HF, Bongers PM, van der Beek AJ: The effectiveness of a construction worksite prevention program on work ability, health, and sick leave: Results from a cluster randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 39 (5) (pp 456-467), 2013 Date of Publication: 2013 2013;(5):456-467.
56. Vermeulen SJ, Anema JR, Schellart AJM, van MW, van der Beek AJ: Intervention mapping for development of a participatory return-to-work intervention for temporary agency workers and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. *BMC Public Health* 9 (no pagination), 2009 Article Number: 216 Date of Publication: 2009 2009;(no pagination).
57. Allaire SH, Li W, Lavalley MP: Reduction of Job Loss in Persons With Rheumatic Diseases Receiving Vocational Rehabilitation: A Randomized Controlled Trial. *Arthritis and Rheumatism* 48 (11) (pp 3212-3218), 2003 Date of Publication: November 2003 2003;(11):3212-3218.
58. Macedo AM, Oakley SP, Panayi GS, Kirkham BW: Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. *Arthritis Care and Research* 61 (11) (pp 1522-1530), 2009 Date of Publication: 15 Nov 2009 2009;(11):1522-1530.
59. de Buck PDM, Le CS, Van Den Hout WB, Peeters AJ, Ronday HK, Westedt M-L, Breedveld FC, Vliet Vlieland TPM: Randomized comparison of a multidisciplinary job-retention vocational rehabilitation program with usual outpatient care in patients with chronic arthritis at risk for job loss. *Arthritis Care and Research* 53 (5) (pp 682-690), 2005 Date of Publication: 15 Oct 2005 2005;(5):682-690.
60. Baldwin D, Johnstone B, Ge B, Hewett J, Smith M, Sharp G: Randomized prospective study of a work place ergonomic intervention for individuals with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis care & research* 2012; 64:1527-1535.
61. Sjostrom R, Alicsson M, Asplund R: Back to work--evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two-year follow-up. *Cognitive Therapy & Research* 2008; 30(9):649-655.
62. Wickizer TM, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Gluck J, Mootz R, Smith-Weller T, Plaeger-Brockway R: Improving quality, preventing disability and reducing costs in workers' compensation healthcare: a population-based intervention study. *Medical Care* 2011; 49(12):1105-1111.
63. McCluskey S, Burton AK, Main CJ: The implementation of occupational health guidelines principles for reducing sickness absence due to musculoskeletal disorders. *Occupational Medicine* 56 (4) (pp 237-242), 2006 Date of Publication: June 2006 2006;(4):237-242.
64. Westman A, Linton SJ, Theorell T, Ohrvik J, Wahlen P, Leppert J: Quality of life and maintenance of improvements after early multimodal rehabilitation: a 5-year follow-up. *Cognitive Therapy & Research* 2006; 28(7):437-446.

65. Nordmark B, Blomqvist P, Andersson B, Hagerstrom M, Nordh-Grate K, Ronnqvist R, Svensson H, Klareskog L: A two-year follow-up of work capacity in early rheumatoid arthritis: a study of multidisciplinary team care with emphasis on vocational support. *Scandinavian Journal of Rheumatology* 2006; 35(1):7-14.
66. Loisel P, Durand M-J, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J: From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *Clinical Journal of Pain* 19 (2) (pp 105-113), 2003 Date of Publication: March/April 2003 2003;(2):105-113.
67. Salisbury C: Effectiveness of PhysioDirect telephone assessment and advice services for patients with musculoskeletal problems: pragmatic randomised controlled trial [with consumer summary]. 2013.
68. Leon L, Jover JA, Candelas G, Lajas C, Vadillo C, Blanco M, Loza E, Perez MA, Redondo M, Abasolo L: Effectiveness of an early cognitive-behavioral treatment in patients with work disability due to musculoskeletal disorders. *Arthritis Care and Research* 61 (7) (pp 996-1003), 2009 Date of Publication: 15 Jul 2009 2009;(7):996-1003.
69. Clinical guideline for the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis; The National Health and Medical Research Council; 2009;
70. Li LC., Badley EM., MacKay C, Di. et al. An Evidence-Informed, Integrated Framework for Rheumatoid Arthritis Care”;; 2008; (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.23931/epdf>);
71. Anderson JJ., Wells G., Verhoeven AC. et al. Factors predictin response to treatment in rheumatoid arthritis. The Importance of Disease Duration; 1999; (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10643696>).
72. van der Linden MPM, le Cessie S., Raza K. et al. Long-Term Impact of Delay in Assessment of Patients With Early Arthritis” ;; 2010 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20722031>);
73. Esselens G. RN, Westhovens R., Verschueren P. Effectiveness of an integrated outpatient care programme compared with present-day standard care in early rheumatoid arthritis; 2009; (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/msc.136/abstract>);
74. Moottoonen T., Hannonen P. , Korpela M. et al., for the FIN-RACo Trial Group. Delay to Institution of Therapy and Induction of Remission Using Single-Drug or Combination–Disease-Modifying Antirheumatic Drug Therapy in Early Rheumatoid Arthritis;; 2002; (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11953964>);
75. Lorig, Kate RN,; Gonzalez, Virginia M.; Ritter, Philip;. Community-based Spanish language arthritis education program: a randomized trial; 1999; ([http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1999/09000/Community\\_Based\\_Spanish\\_Language\\_Arthritis.11.aspx](http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1999/09000/Community_Based_Spanish_Language_Arthritis.11.aspx));