

WCZESNE WYKRYWANIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW

Brygida Kwiatkowska

Wiek i częstość zachorowania w najczęstszych zapalnych chorobach reumatycznych.

Choroba	Najczęstszy wiek zachorowania	Częstość występowania w populacji (%)
Reumatoidalne zapalenie stawów	40 - 50	0,5 – 0,8
Spondyloartropatie	20 - 50	0,5 – 2,0
Zespół Sjögrena	30 - 60	3,0 – 11,0
Toczeń rumieniowaty układowy	16 - 55	~ 0,5
Twardzina układowa	30 - 50	0,026
Dna moczanowa	30 - 50	1,4 – 8,6
Łącznie	Śr. 26 – 52,5	5,9 - 22,9

*PREVALENCE OF ARTHRITIS AND RHEUMATIC DISEASES AROUND THE WORLD
A Growing Burden and Implications for Health Care Needs . Kwiecień 2010.*

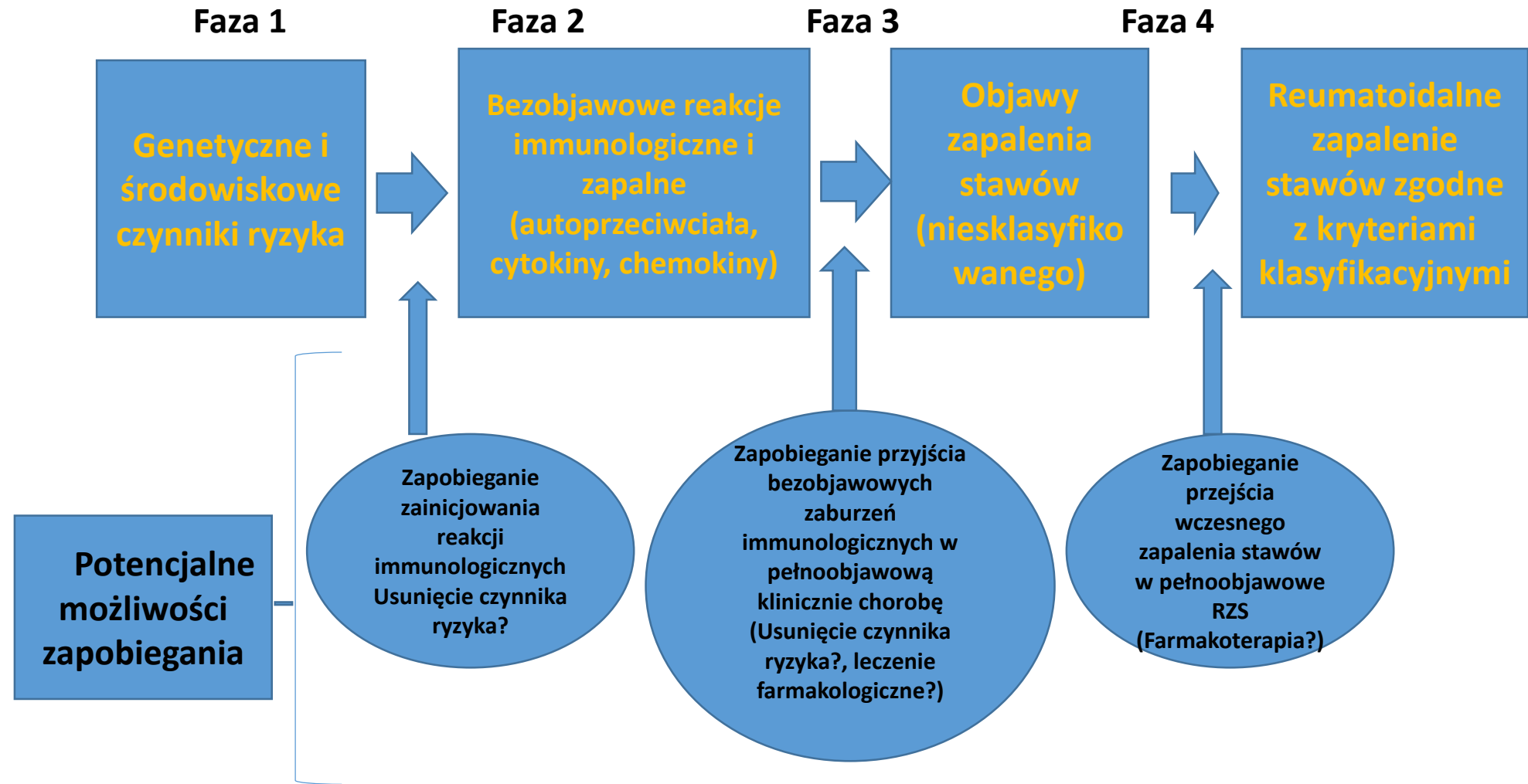
Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) – cechy kliniczne

- **Nieswoiste symetryczne zapalenie stawów - głównie drobnych stawów rąk i stóp (bolesność stawu podczas ucisku, obrzęk stawu i tkanek okołostawowych, wysięk w stawie – bez zaczerwienienia skóry!)**
- **Sztywność poranna wywołana gromadzeniem się płynu obrzękowego w zmienionych zapalnie tkankach podczas snu.**
- **Występowanie zmian ogólnoustrojowych (stan podgorączkowy, ból mięśni, uczucie zmęczenia, brak łaknienia) i powikłań narządowych (zmiany w płucach, układzie krążenia, nerkach i innych).**

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)

- Postać serologicznie dodatnia lub ujemna - czynnik reumatoidalny (RF) w klasie IgM obecny lub nie i/lub przeciwciała anty-CCP(ACPA)-przeciwciała przeciw cyklicznemu cytrulinowanemu peptydowi) obecne lub nie
- Częstość występowania 0,3-1,5% w populacji ogólnej (Europa - 0,8%)
W Polsce 0,9%.
- Kobiety chorują 3x częściej niż mężczyźni
- Szczyt zachorowania 4- 5 dekada życia

Rozwój reumatoidalnego zapalenia stawów.





Kryteria ACR/EULAR z 2010 dla RZS

A. ZAJĘCIE STAWÓW

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. TESTY SEROLOGICZNE

Negatywny RF i ACPA	0
Dodatnie w niskim mianie: RF lub ACPA	2
Dodatnie w wysokim mianie: RF lub ACPA	3

C. WSKAŹNIKI OSTREJ FAZY

Prawidłowe wartości CRP i OB	0
Nieprawidłowe wartości CRP i OB	1

D. CZAS TRWANIA OBJAWÓW

< 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**

Czułość i swoistość kryteriów ACR/EULAR 2010 w ERA, VERA .

	Czułość %	Swoistość %
ERA	71-84	60-74
VERA	62-74	66-78

Van der Linden MP, Batstra MR, Bakker-Jonges LE. Foundation for Quality Medical Laboratory Diagnostics, Deter J, Bastan H.i wsp. Toward a data-driven evaluation of the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria for rheumatoid arthritis: Is it sensible to look at levels of rheumatoid factor? Arthritis Rheum. 2011; 63: 1190-1199.

Najczęstsze odchylenia od stanu prawidłowego w badaniach laboratoryjnych w przebiegu RZS.

- Podwyższone OB.
- Podwyższone CRP
- Niedokrwistość zapalna
- Nadpłytkowość
- Obecny czynnik reumatoidalny RF (80%)
- Obecne przeciwciała anty CCP (anti cyclic citrullinated peptide antibodies – ACPA) (70-80%)
- Obecność anty-CCP > 3x GGN – 48% prawdopodobieństwa rozwoju RZS

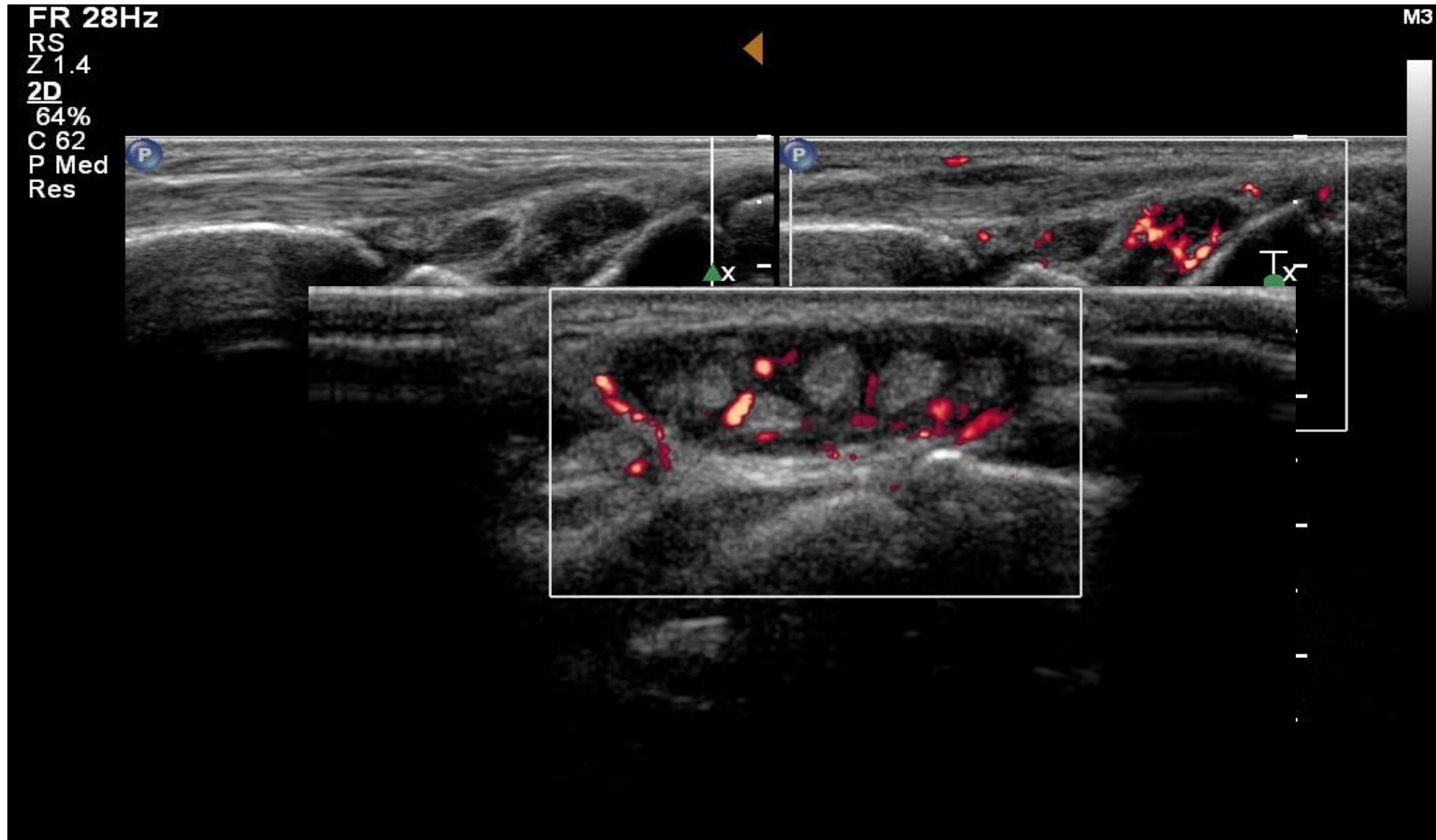
Badania obrazowe wykonywane w celu potwierdzenia RZS

- **RTG (najczęściej rąk i stóp)**
- **USG**
- **MRI**

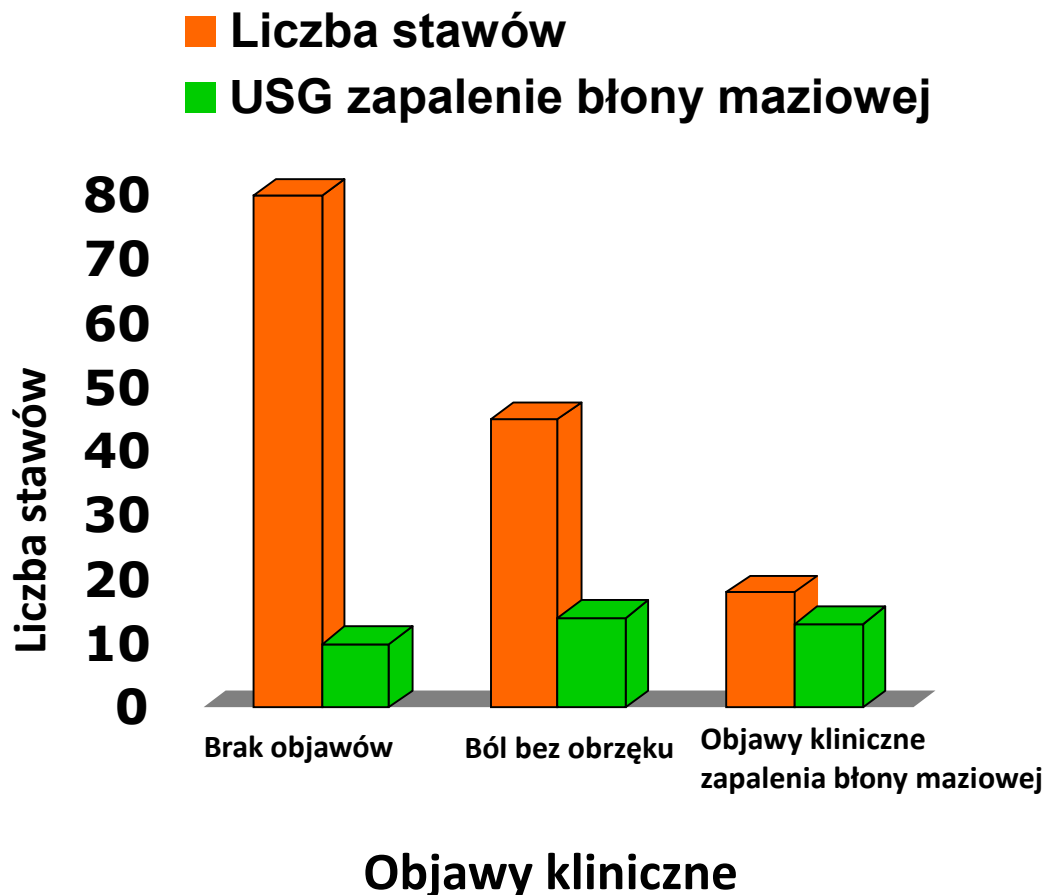


Zalecenia EULAR z 2013 r. – Zastosowanie badań obrazowych w RZS.

1. Jeżeli na podstawie tradycyjnych metod diagnostycznych rozpoznanie RZS jest wątpliwe należy wykonać badanie USG, MRI lub CT.



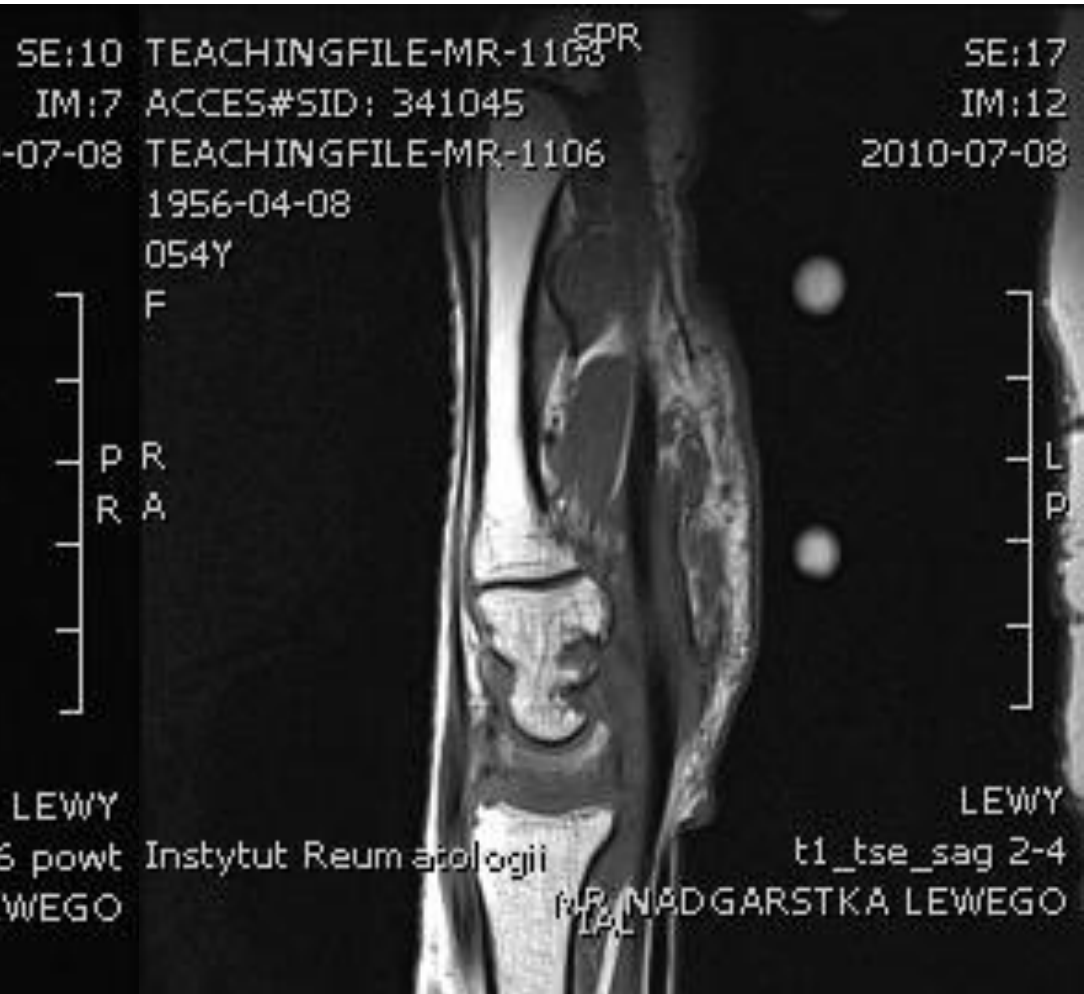
Częstość występowania zapalenia błony maziowej wykrywanej w badaniu USG w przypadku stawów bez żadnych objawów klinicznych, bólu bez obrzęku i klinicznych objawów zapalenia błony maziowej.



26 pacjentów z klinicznymi objawami zapalenia pojedynczego stawu

- 35% w USG zapalenie kilku stawów (> 1 stawu)
- 25% w USG zapalenie wielu stawów

















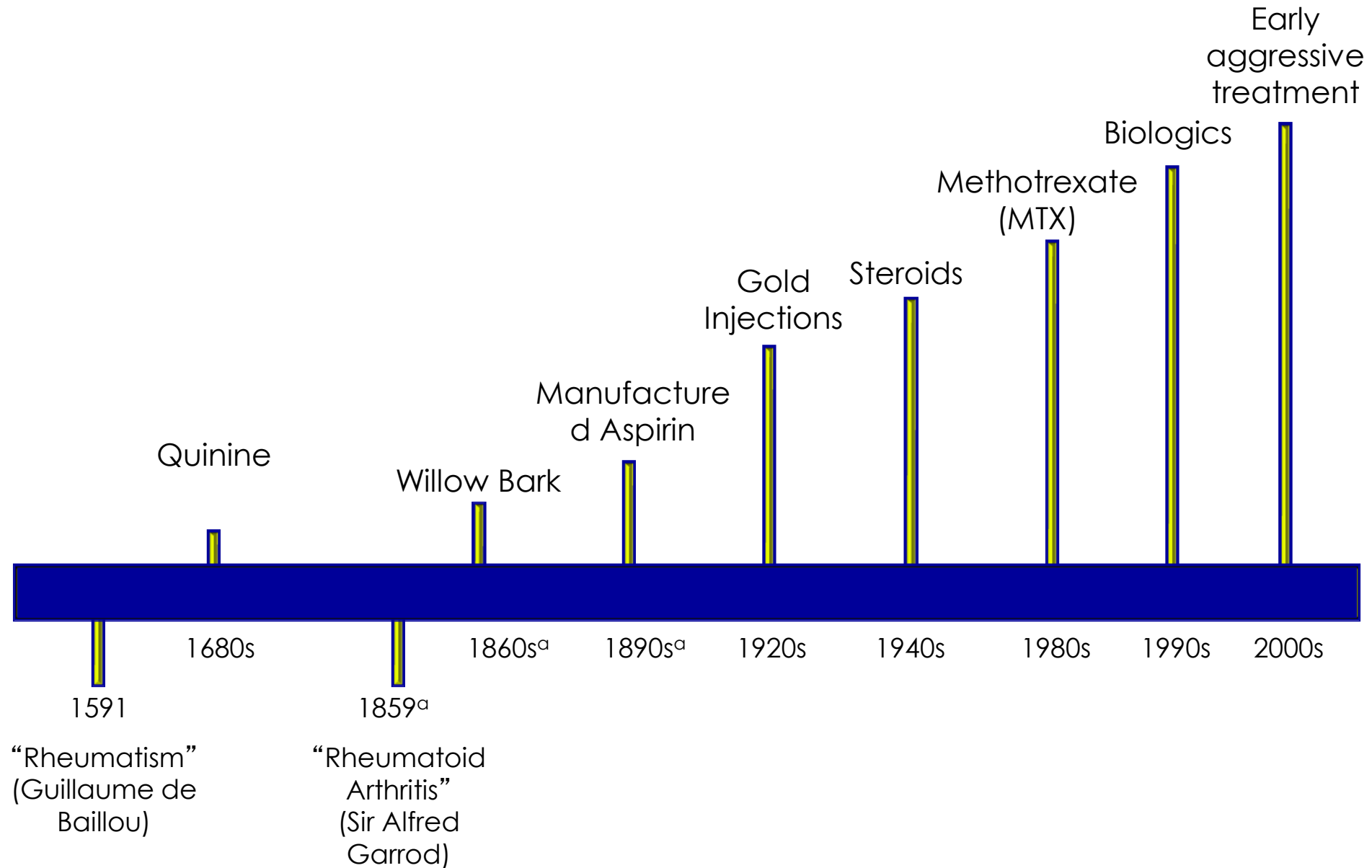




Najczęstsze powikłania RZS.

- Śmiertelność 1,5- krotnie częściej.
Uzależniona od aktywności : DAS28 >5,2 - 2,5-krotnie większe niż przy DAS28 <3,2
- Częstsze zakażenia:
 - 4-krotnie częściej zakażenia gruźlicą,
 - 2-krotnie częściej zakażenia półpaścem.
- Ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych - najczęstszą przyczyną zgonów (ryzyko 1,6-krotne).
- Ryzyko wystąpienia choroby limfoproliferacyjnej.
- Ryzyko nowotworu 2-krotnie.
- Ryzyko schorzeń układu oddechowego 1,43 krotnie.
- Ryzyko depresji 1,35-krotnie.

Leczenie RZS



^aAppelboom T. *Rheumatology* (Oxford). 2002;41(suppl 1):28-34.

Zalecenia Europejskie dotyczące diagnostyki i leczenia RZS.

- **Każdy pacjent z utrzymującym się obrzękiem przynajmniej jednego stawu powinien być kierowany i zbadany przez reumatologa w ciągu 6 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby.**
- **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.**
- **Włączenie leczenia w ciągu 12 tygodni od pojawienia się pierwszych objawów choroby powoduje:**
 - **3-krotnie mniejszy postęp zmian radiologicznych choroby**
 - **2-krotne zwiększenie szans na uzyskanie remisji**
 - **zmniejszenie konieczność stosowania leków biologicznych w leczeniu RZS o 20%**
 - **zmniejsza o 40% konieczności leczenia operacyjnego tej choroby, w tym głównie endoprotezoplastyki stawów**
- **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%.**

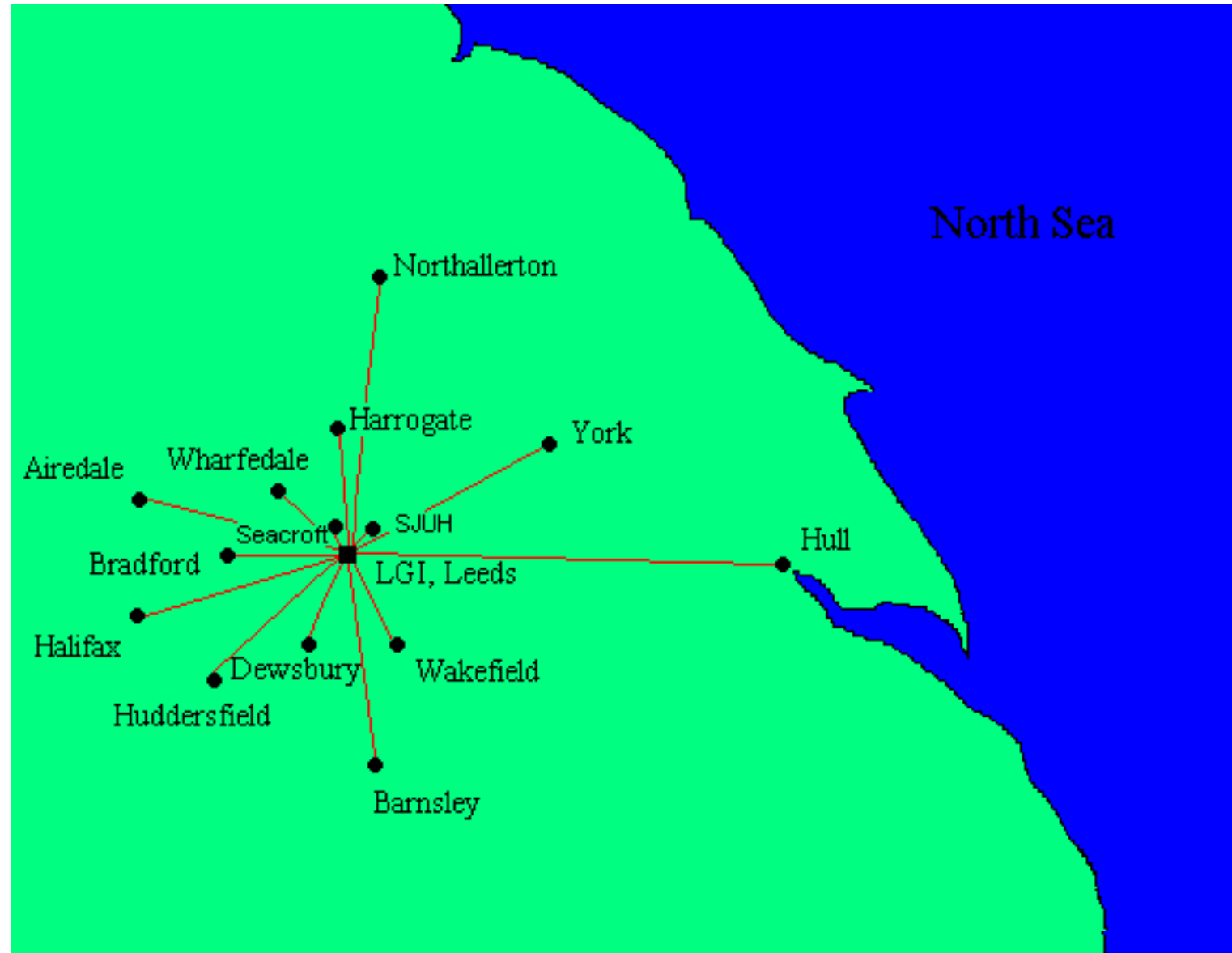
Koncepcja wczesnej diagnostyki w chorobach reumatycznych

- **Najważniejszym czynnikiem decydującym o uzyskaniu remisji choroby, czyli całkowitego jej zatrzymaniu jest jak najwcześniejsze rozpoznanie i natychmiastowe włączenie skutecznego leczenia**
- **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:
Norwegia (NORAR), Francja (ESPOIR), Austria (Austrian Early Arthritis Registry),
Anglia - Yorkshire Early Arthritis Register (YEAR) Consortium**
- **A Polska?**

Yorkshire Early Arthritis Register (YEAR)

- **Leeds Early Arthritis Project (LEAP)**
- **Region - 15 centrów register rejestrujących wszystkich pacjentów z nowym zachorowaniem na RZS**
- **Koordynator programu z opracowaniem standardów diagnostyczno-terapeutycznych dla wszystkich regionów**

YEAR: Participating Centres



Opóźnienia w rozpoznawaniu wczesnych zapaleń stawów.

Czas od pierwszych objawów do ustalenia rozpoznania (Birmingham EAC)

- | | |
|---------------|----------------------|
| • 1988 | 14.2 miesięcy |
| • 1993 | 3.4 miesiąca |

Jakie objawy? Populacja docelowa?

- Wczesne RZS
- Zapalenie stawów
- Przepuszczalne zapalenie stawów
- **Wszyscy chorzy z rozpoczynającym się zapaleniem stawów, które nie jest wynikiem urazu**

*Populacja docelowa kierowana do Kliniki Wczesnego zapalenia stawów ,
gdzie była dalej diagnozowana*

- Diagnostyka w kierunku wszystkich typów zapalenia stawów
- Włączenie leczenia

Jakie badania należy wykonać przed skierowaniem do reumatologa?

- **CRP**
- **RTG**
- **Przeciwciała anty CCP i RF**

- **Czy żadne ?**

Przyczyny dla których badania nie były pomocne

- 1. Oczekiwanie na wyniki badań zwiększały opóźnienie w kierowaniu do reumatologa**
- 2. Wielu chorych z wczesnym zapaleniem stawów miało wyniki negatywne**
 - 1. RTG 80%**
 - 2. CRP 50%**
 - 3. RF/CCP 40%**
- 3. Negatywne wyniki powodowały nie kierowanie chorych do reumatologa**

Wielkość geod i nadżerek w stawach widziane przez radiologów

- **W RTG widoczne jest 9% małych geod i nadżerek**
 - **W RTG widoczne jest 57% średnich/dużych geod i nadżerek**
-
- **We wczesnym RZS 90% wszystkich zmian w stawach jest małych**

Projekt Emusc.net (2010-2013)

- 1. Każdy kraj członkowski powinien korzystać z narzędzia do oceny wpływu chorób układu mięśniowo-szkieletowego i wprowadzić standardy opieki medycznej, a także zachęca 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.**
- 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.**
- 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 ujednolicić opiekę medyczną oferowaną w krajach członkowskich.**
- 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.**
- 5. Wszystkie kraje członkowskie powinny dążyć do ujednolicenia 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.**

Differences in RA across countries

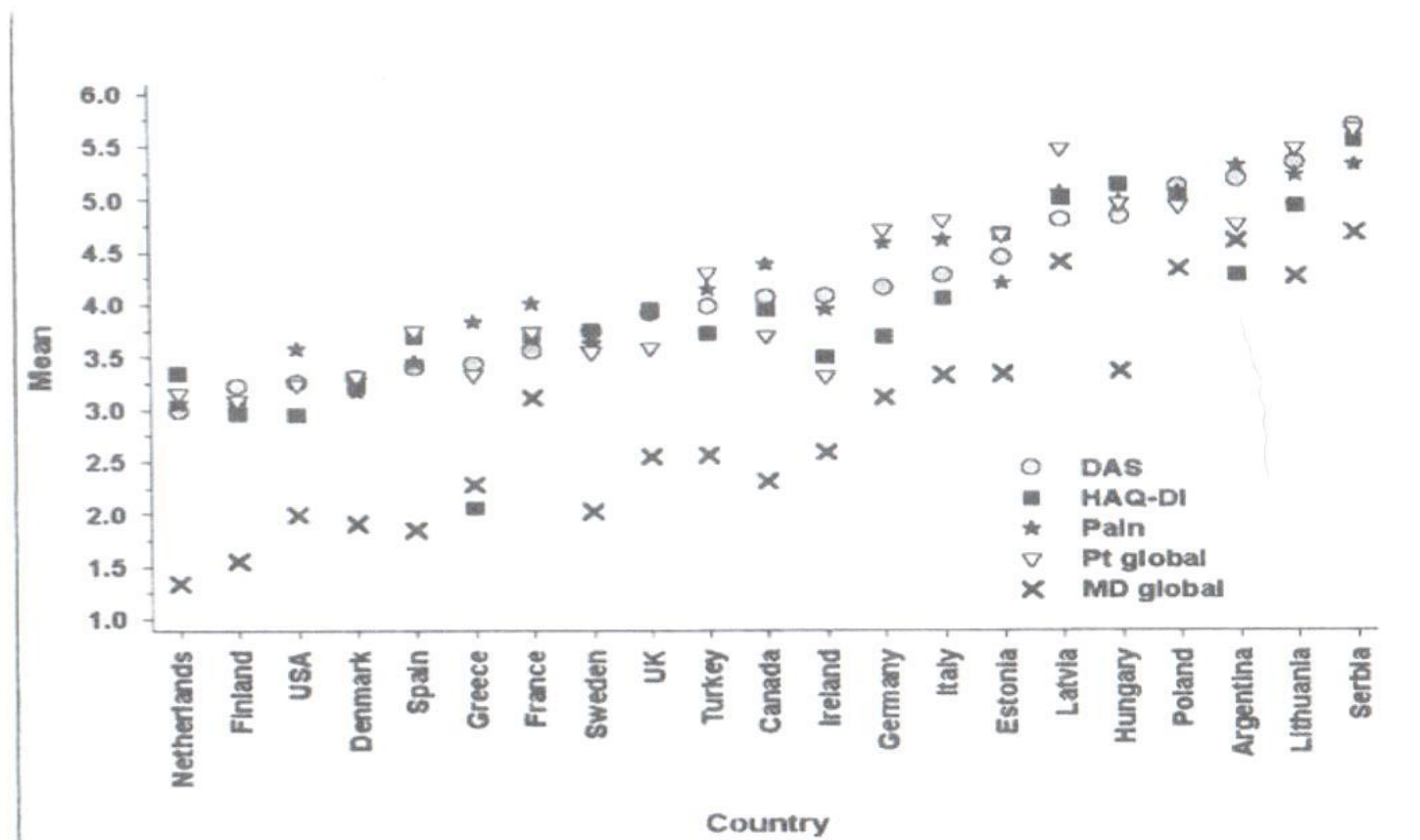
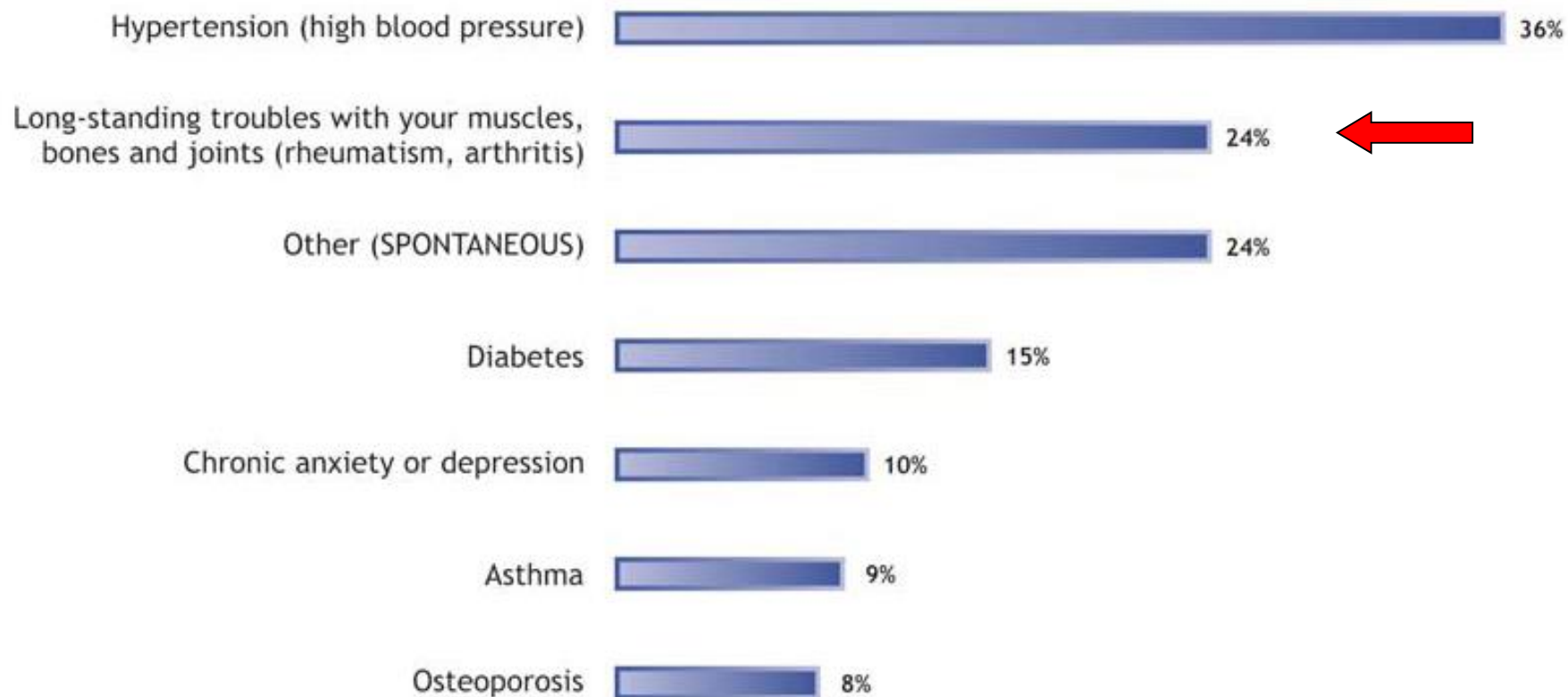


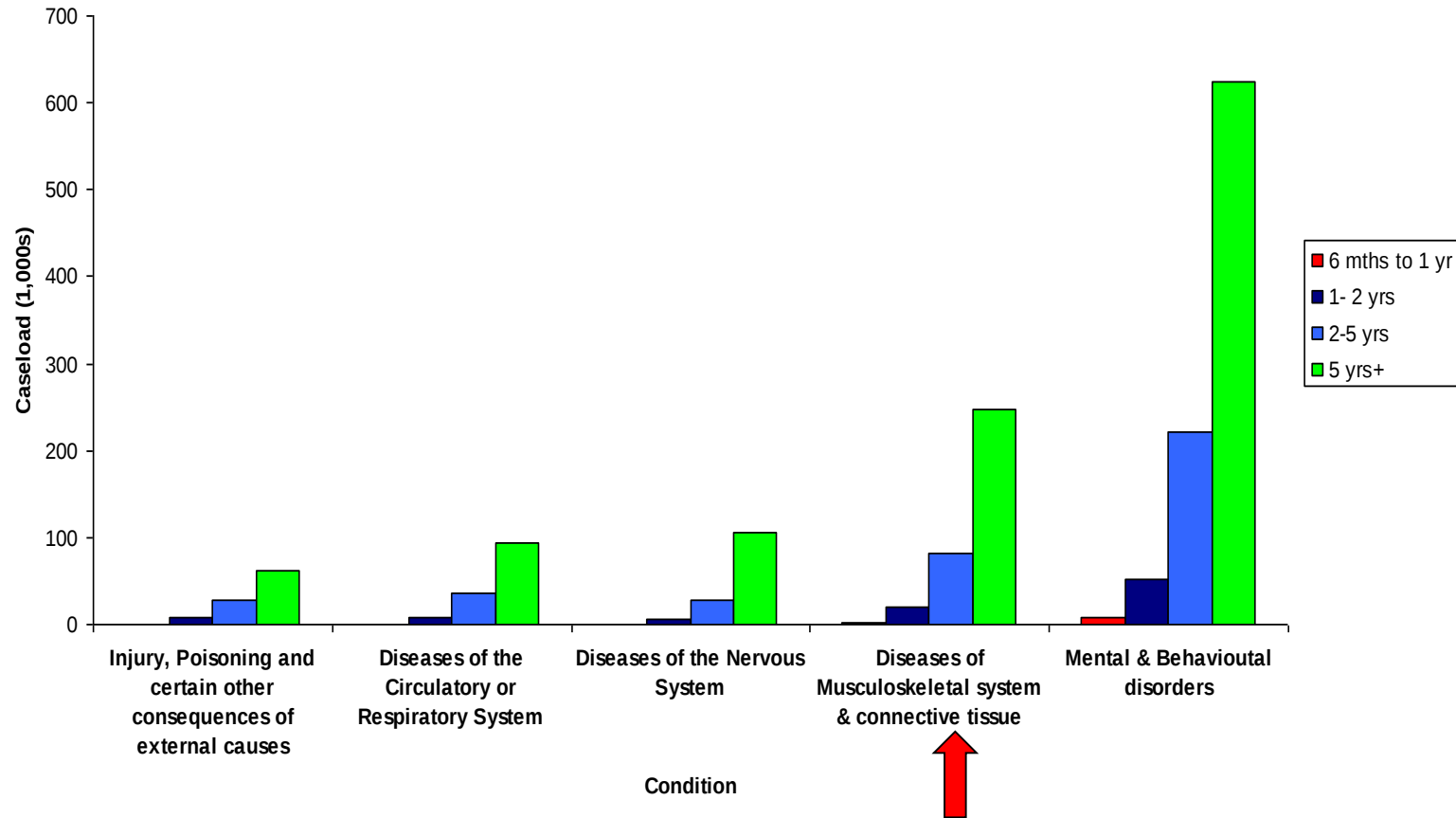
Figure. Mean values of DAS28, MD Global estimate and PROs in 21 countries in the QUEST-RA study

1 na 4 przyczyny przewlekłego leczenia jest wynikiem długotrwałych dolegliwości z układu ruchu.

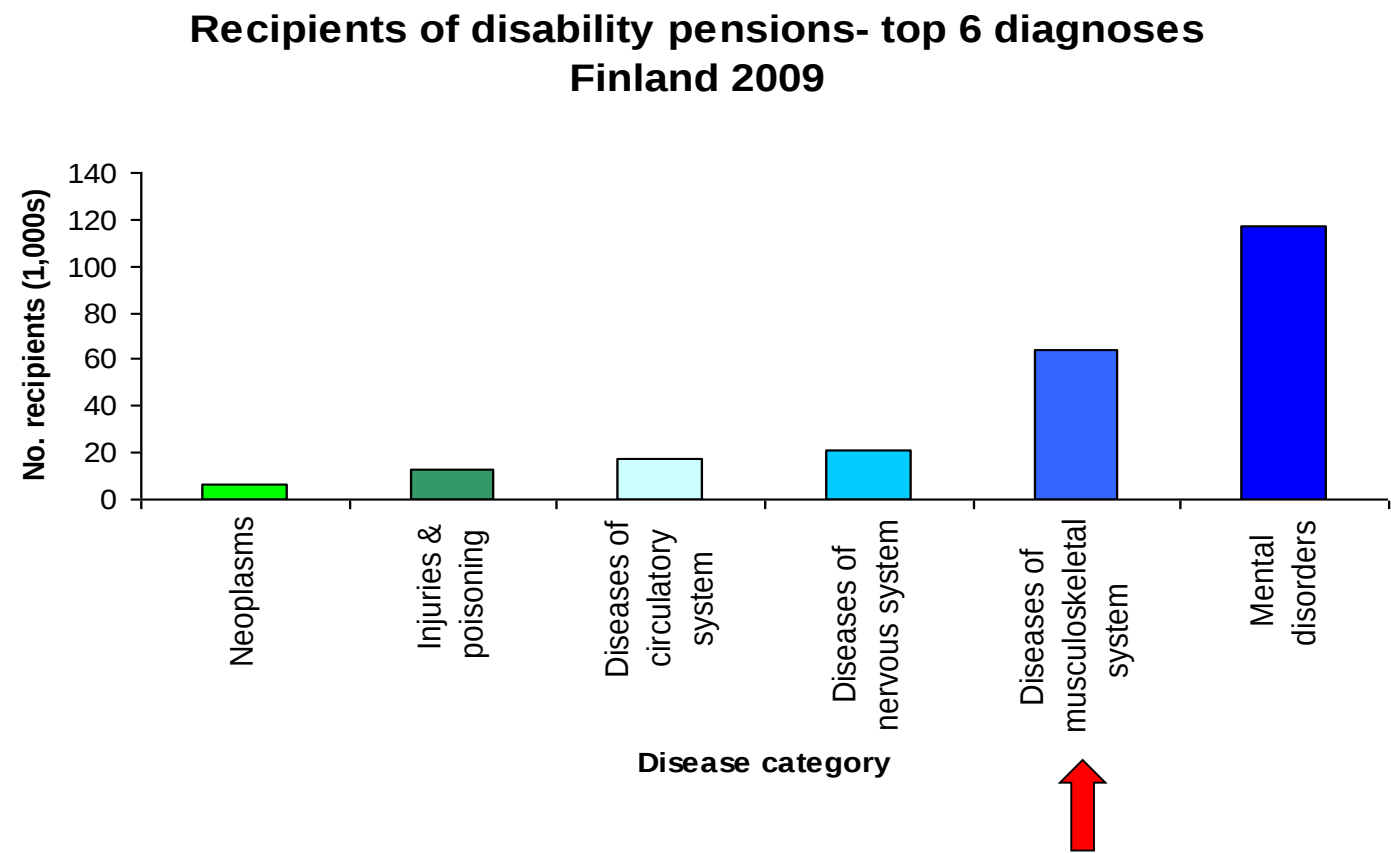


Czas trwania zasiłku chorobowego z powodu choroby w Anglii, Szkocji i Walii - 2010

Incapacity benefit caseload working age by duration of claim
England Scotland & Wales 2010

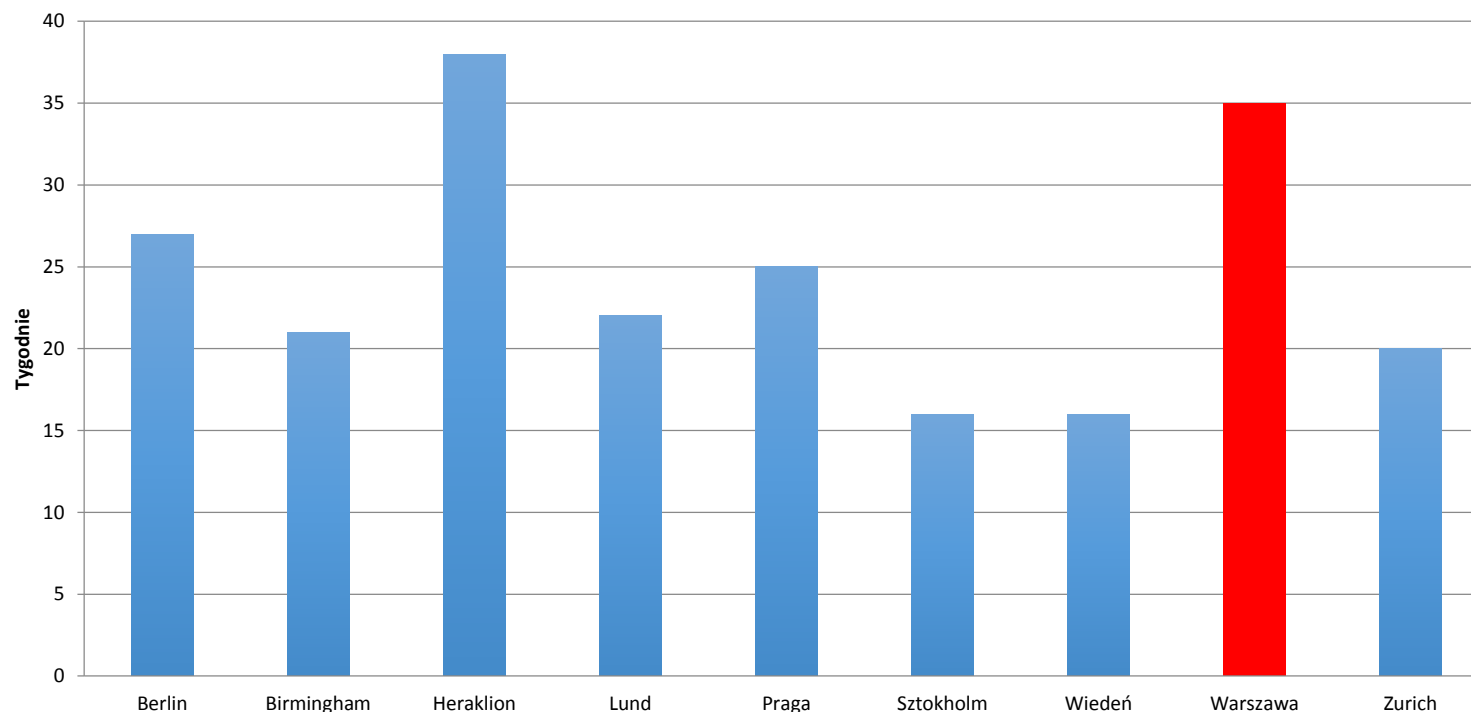


Zasilek chorobowy w Finlandii zależny od choroby



Jaka jest sytuacja w Polsce ?

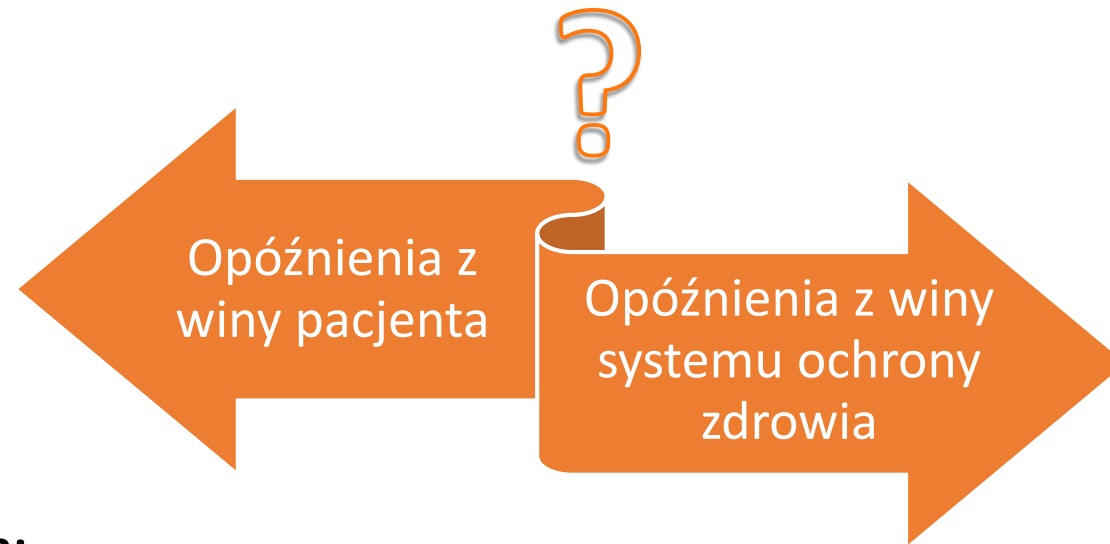
Opóźnienia diagnostyczne RZS w Polsce i w Europie.



Opóźnienia diagnostyczne RZS w wybranych miastach europejskich (w tygodniach)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raza K, Stack R, Kumar K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1822-1825.

„Opóźnienia diagnostyczne chorób reumatycznych w Polsce” – badanie pilotażowe



Cele badania:

- Określenie przyczyn opóźnień w diagnozowaniu pacjentów z chorobami reumatycznymi.
- Opracowanie systemu wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych.

Metoda przeprowadzenia badania

KWESTIONARIUSZ – OPÓŹNIENIA DIAGNOSTYCZNE

Szanowni Państwo! Serdecznie zapraszamy do udziału w anonimowym badaniu ankietowym, mającym na celu określenie przyczyn opóźnień w diagnozowaniu pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi. Badanie prowadzone jest przez Instytut Reumatologii wraz z ośrodkami współpracującymi przy projekcie. Wyniki zostaną wykorzystane jedynie do celów naukowych oraz do opracowania systemu wczesnej diagnostyki chorób reumatycznych. Dziękujemy za Państwa pomoc!

Zastępca dyrektora ds. klinicznych
Prof. Brygida Kwiatkowska

Ver. 2.0, Instytut Reumatologii w Warszawie ORGANIZATOR BADANIA

Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

Rok urodzenia 19

Miejsce zamieszkania:
☐ wieś
☐ miasto, jakie?

Status na rynku pracy:
☐ pracujący ☐ emeryt/rencista ☐ uczeń/student ☐ bezrobotny
☐ pracujący społecznie ☐ nie pracujący (inny powód)

Wykształcenie:
☐ podstawowe ☐ średnie ☐ wyższe

3. Czy w ciągu ostatniego miesiąca był/a Pan/Pani nieobecny/-a w pracy lub szkole z powodu objawów schorzenia reumatycznego?
1. ☐ tak
2. ☐ nie
3. ☐ nie pracuję i nie uczę się

4. Czy z powodu objawów schorzenia reumatycznego (zanim trafił/a Pan/Pani do reumatologa) musiał/a Pan/Pani?
1. Wziąć urlop w pracy:
☐ tak ☐ nie ☐ nie pracuję i nie uczę się
2. Wziąć zwolnienie lekarskie:
☐ tak ☐ nie ☐ nie pracuję i nie uczę się
3. Ograniczyć obowiązki domowe (np. sprzątanie, gotowanie)
☐ tak ☐ nie
4. Ograniczyć aktywność fizyczną (np. spacer, jazda na rowerze)
☐ tak ☐ nie
5. Ograniczyć spotkania towarzyskie
☐ tak ☐ nie

5. Jaki wpływ na szukanie pomocy u lekarza miały poniższe czynniki?
(0 – żaden → 5 - bardzo duży)

Obawa przed tym, że objawy są oznaką poważnej choroby	0	1	2	3	4	5
Nasilenie objawów	0	1	2	3	4	5
Rozmowa z bliskimi lub znajomymi na temat objawów	0	1	2	3	4	5
Informacja w mediach (radio, telewizja, gazety, Internet)	0	1	2	3	4	5
Objawy zaczęły uniemożliwiać wykonywanie codziennych czynności, pracy	0	1	2	3	4	5

6. Jaki wpływ na opóźnienie wizyty u lekarza miały poniższe czynniki?
(0 – żaden → 5 - bardzo duży)

Brak czasu na wizytę u lekarza	0	1	2	3	4	5
Ograniczony dostęp do lekarza (brak lekarza w okolicy / kolejki)	0	1	2	3	4	5
Obawa przed wizytą u lekarza i ewentualnymi badaniami	0	1	2	3	4	5
Obawa przed tym, że objawy są oznaką poważnej choroby	0	1	2	3	4	5
Przekonanie, że lekarz nie jest mi w stanie pomóc	0	1	2	3	4	5
Przekonanie, że objawy miną samoistnie	0	1	2	3	4	5

Odpowiadając na poniższe pytania należy postawić znak X na wybranej przez Panią/Pana ocenę lub odpowiedź.

PRZYKŁAD

Ból stawów	0	1	2	3	X 5	X tak	☐ nie
------------	---	---	---	---	-----	-------	------------------------------

1. Jakie pierwsze dolegliwości związane ze schorzeniem reumatycznym zaobserwował/a Pan/Pani, przed pierwszą wizytą u lekarza (np. rodzinnego). Na ile były one dla Pana/Pani uciążliwe?

(0 – brak → 5 – bardzo mocno uciążliwe)

Dolegliwość	Uciążliwość	Czy dolegliwość wystąpiła nagle
Ból stawów	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Obrzęk stawów	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Sztynność poranna stawów	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Drewnienie, mrowienie kończyn	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Zmęczenie bez znaczącego powodu	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Podwyższona temperatura ciała bez znaczącego powodu	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Suchość oka lub nadwrażliwość na światło	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Wybudzanie się ze snu spowodowane bólem lub sztywnością stawu/stawów	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Brak apetytu lub niezamierzona utrata masy ciała	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Zmiany skórne na twarzy - rumień	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie
Napadowe błędnice rąk	0 1 2 3 4 5	☐ tak ☐ nie

2. Z jakich metod łagodzenia objawów schorzenia reumatycznego korzystał/a Pan/Pani przed pierwszą wizytą u lekarza? (możliwość wielokrotnego wyboru)

- ☐ preparaty ziołowe
- ☐ rehabilitacja, fizykoterapia, masaże
- ☐ medycyna naturalna
- ☐ kompresy, żele, maści
- ☐ leki przeciwbólowe i przeciwzapalne bez recepty
- ☐ leki przeciwbólowe i przeciwzapalne na receptę
- ☐ inne.....
- ☐ nie korzystałem/am

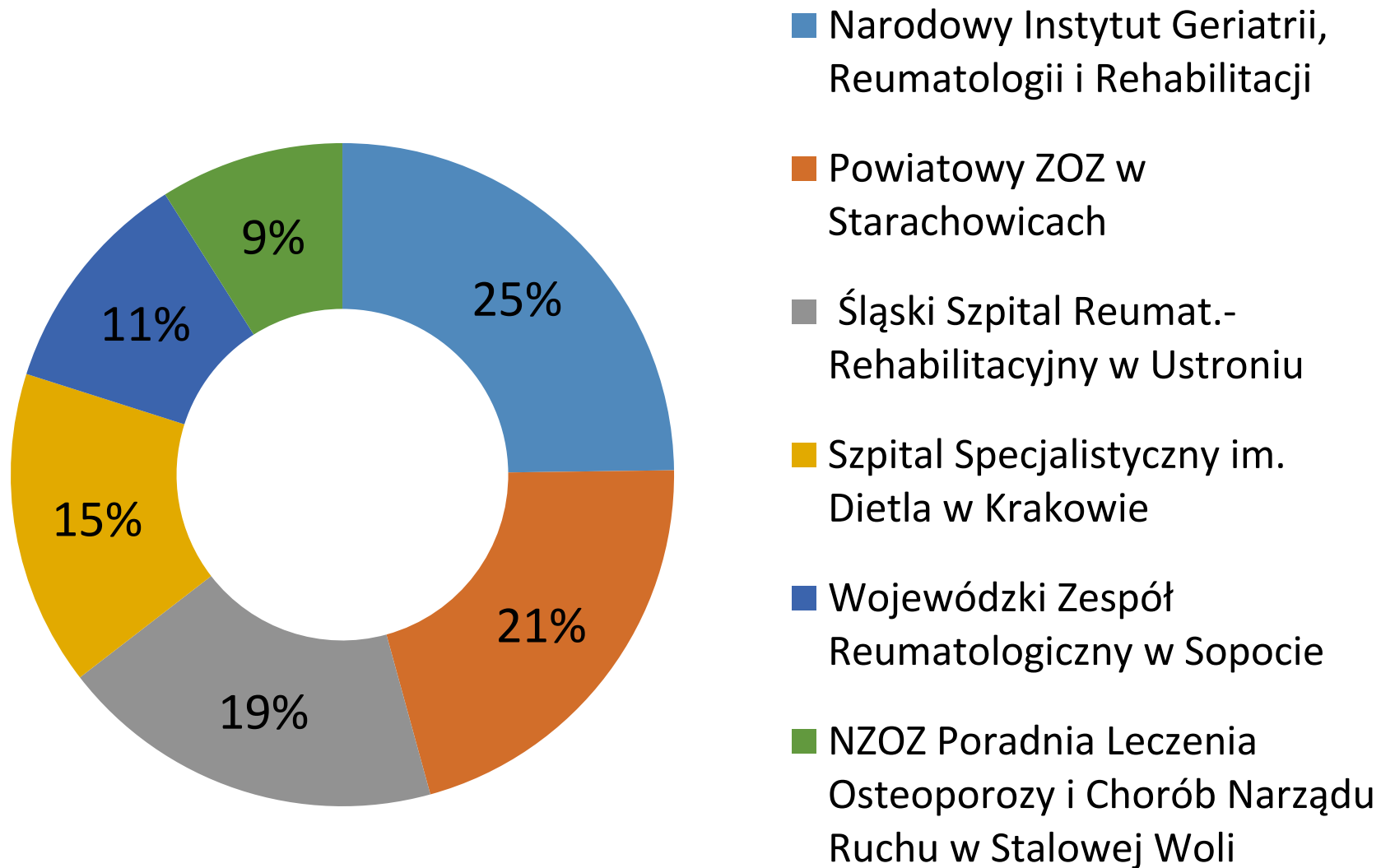
- Ankieta dla chorych będących pacjentami poradni reumatologicznych od najwyżej 12 miesięcy.

- Ankieta obejmuje 18 pytań w formie testu wyboru – w zależności od pytania jedno- lub wielokrotnego wyboru.

- Badanie było prowadzone przez okres jednego roku od maja 2014 do maja 2015.

- Otrzymano 239 wypełnionych ankiet z 6 ośrodków

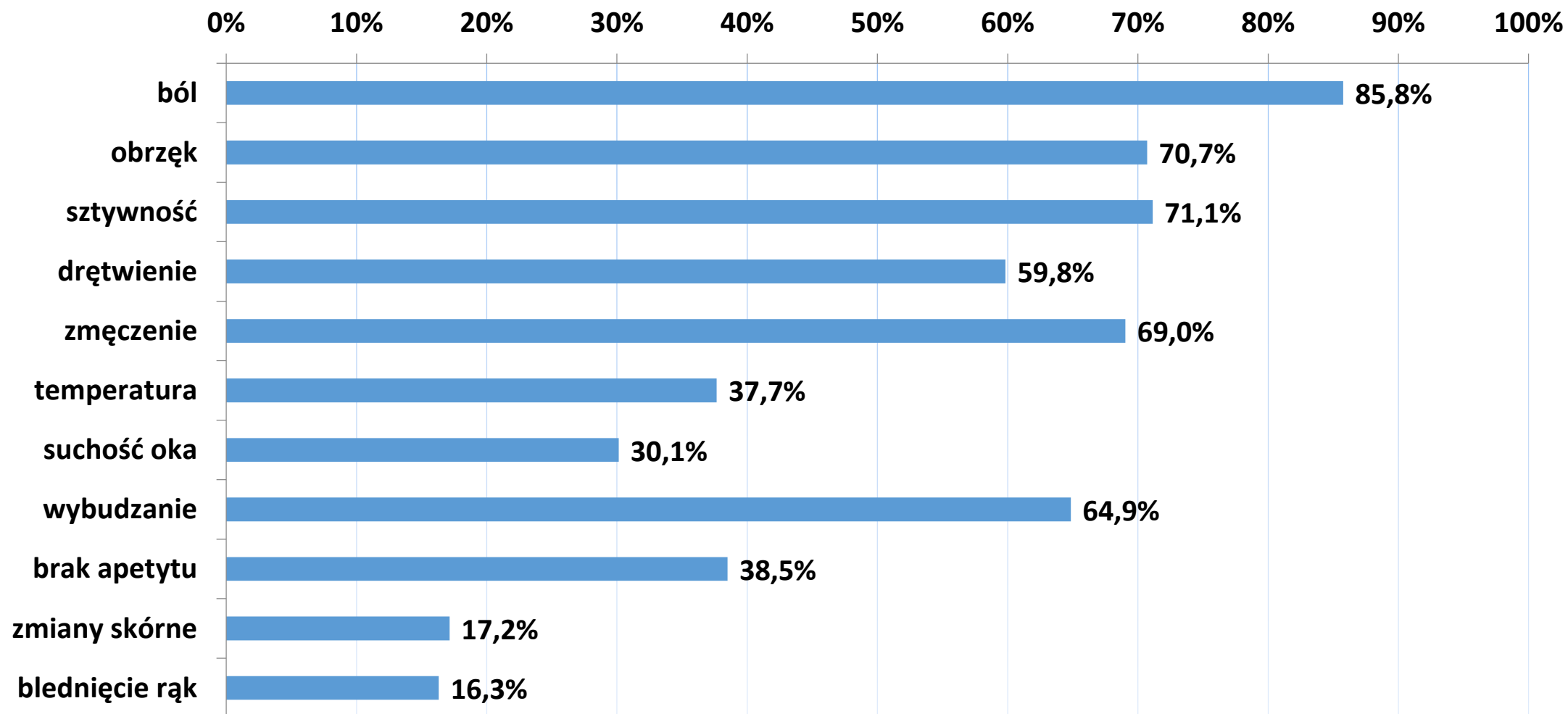
Ośrodki uczestniczące w badaniu



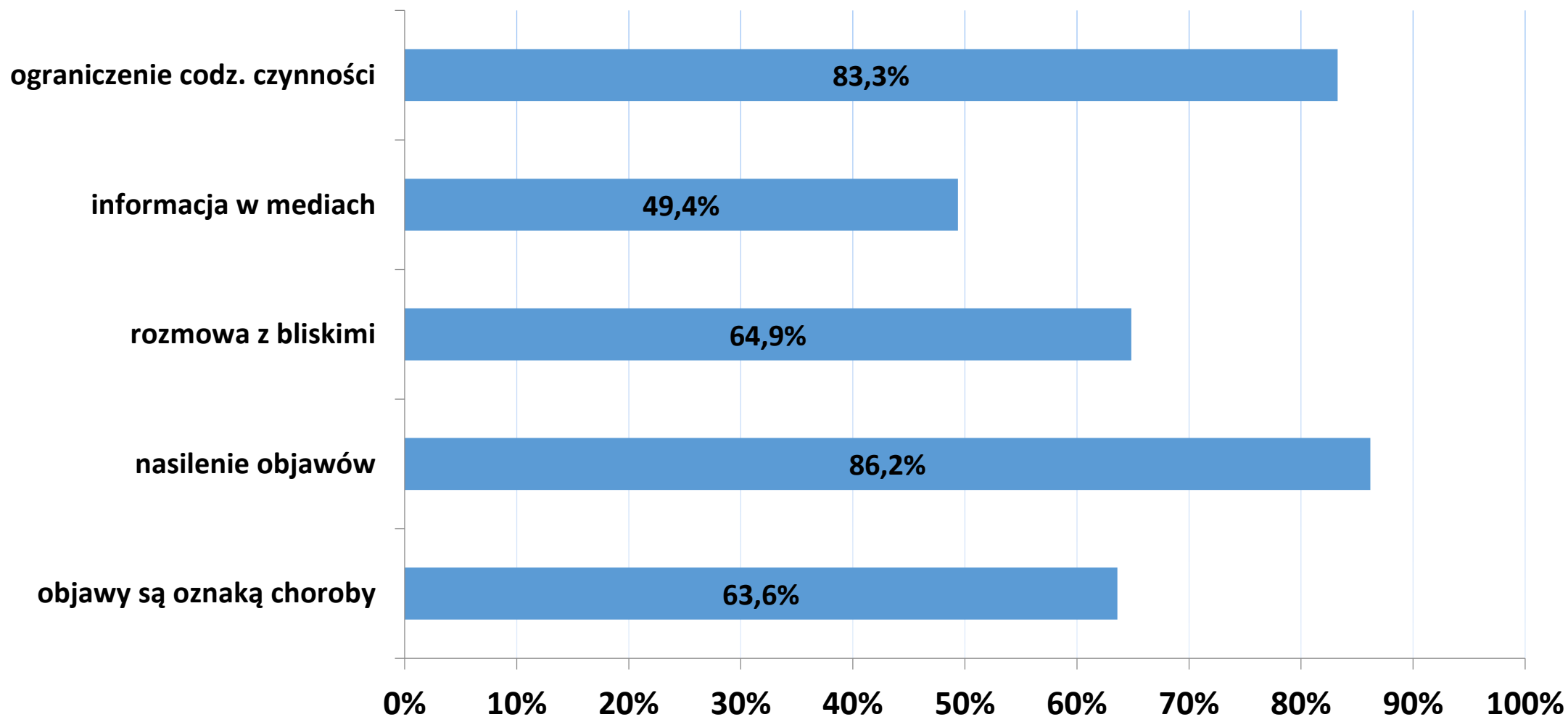
Uczestnicy badania

- **Płeć:**
 - **Kobieta: 79%**
 - **Mężczyzna 21%**
- **Wiek:**
 - **Mediana: 52 lat (18-86)**
- **Miejsce zamieszkania:**
 - **Miasto: 64%**
 - **Wieś: 36%**

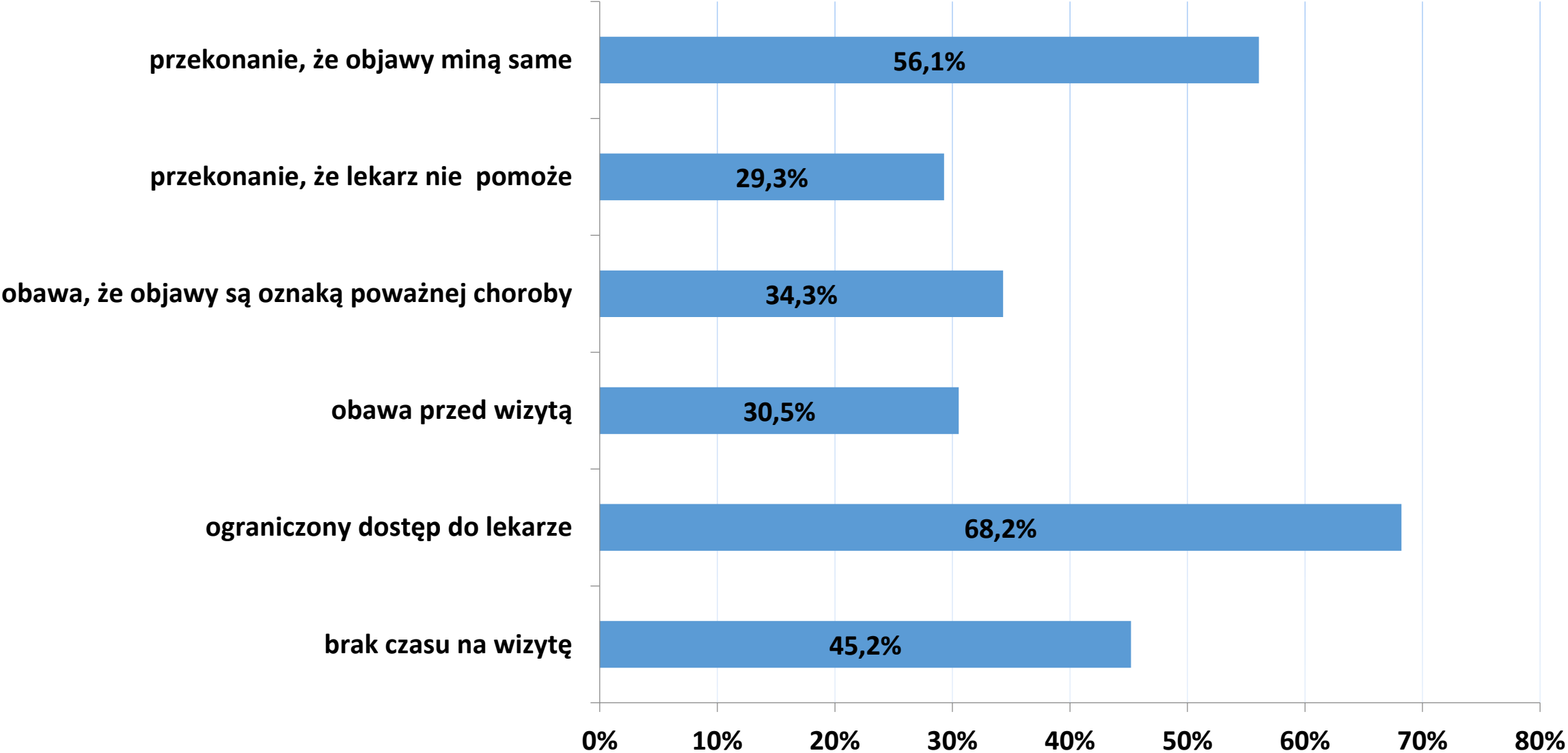
Jakie pierwsze dolegliwości związane ze schorzeniem reumatycznym zaobserwował/a Pan/i prze 1 wizytą u lekarza?



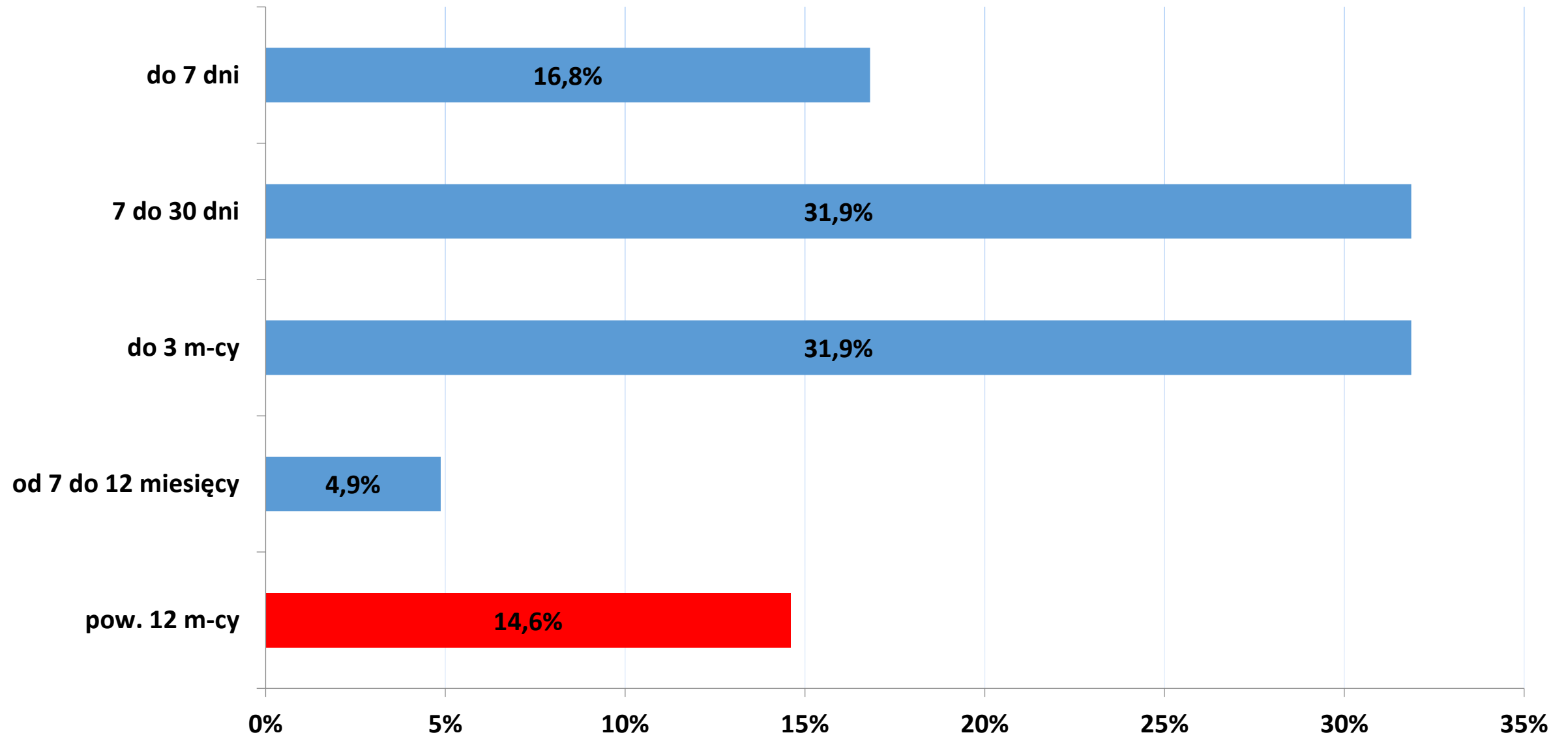
Jaki wpływ na szukanie pomocy u lekarza miały poniższe czynniki?



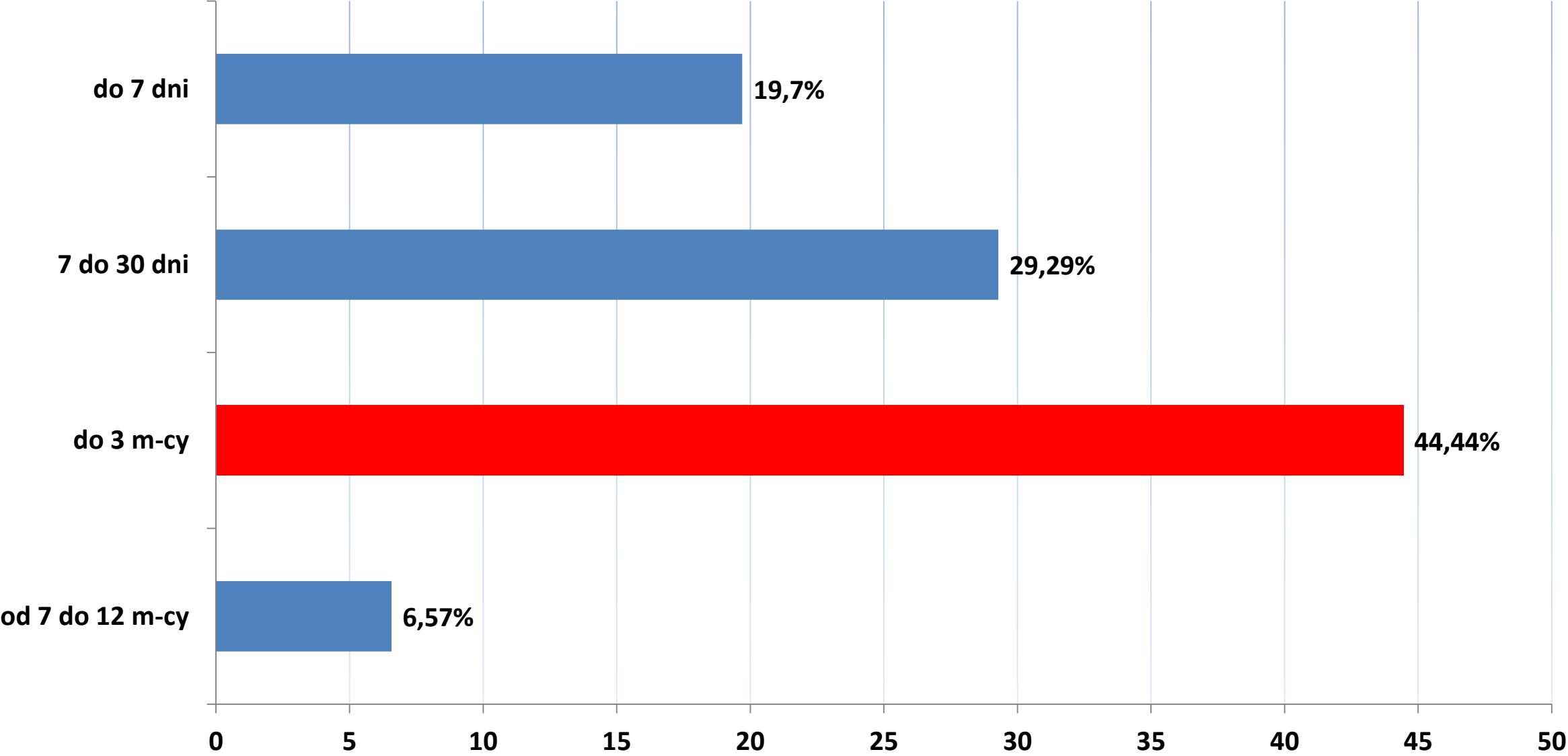
Jaki wpływ na opóźnienie wizyty u lekarza miały poniższe czynniki?



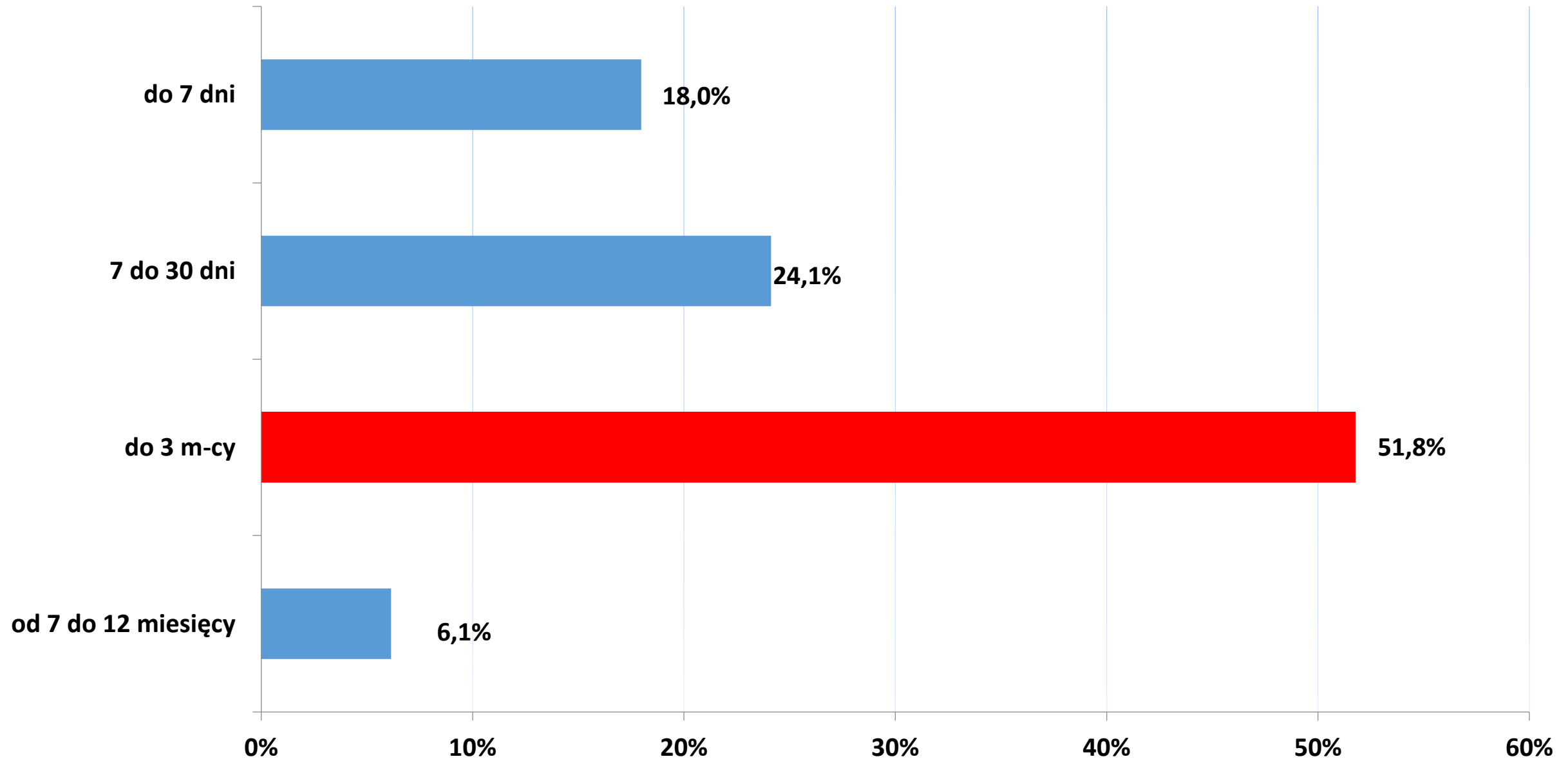
Ile czasu minęło od wystąpienia objawów choroby reumatycznej, do 1 wizyty u jakiegokolwiek lekarza z tego powodu?



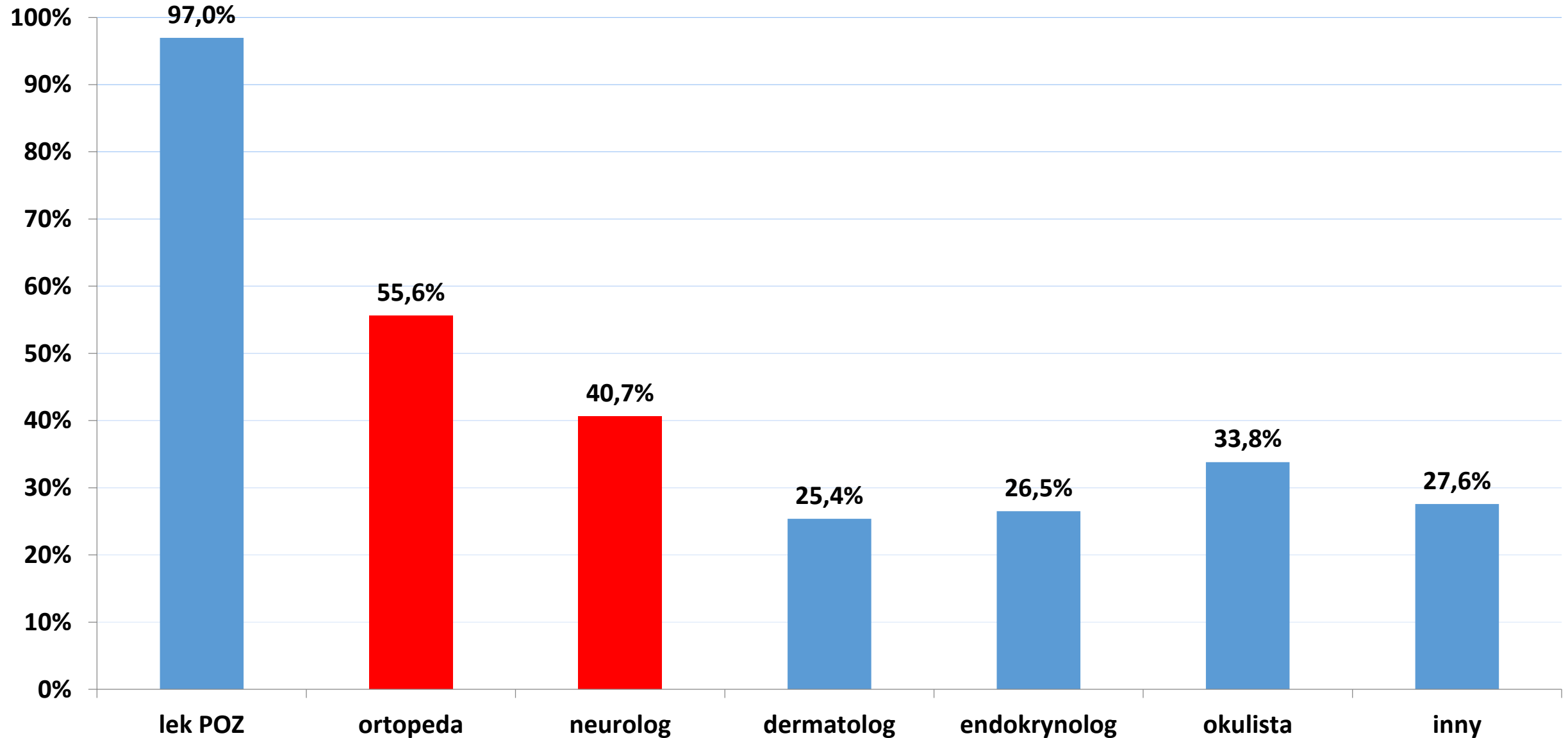
Ile czasu minęło od 1 wizyty u lekarza (z powodu objawów choroby stawów) do momentu otrzymania skierowania do reumatologa?



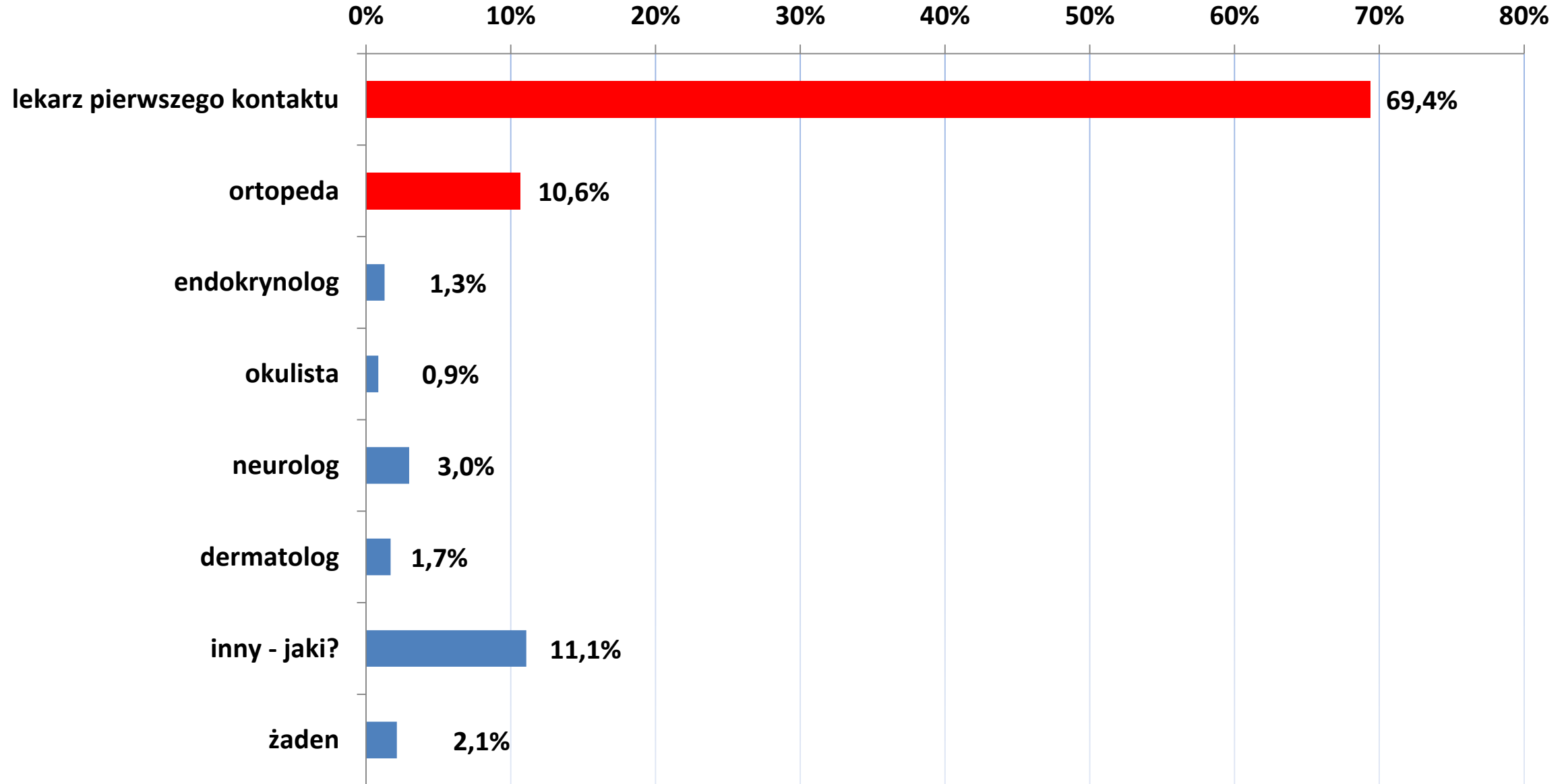
Ile czasu minęło od momentu zapisania do reumatologa do odbycia konsultacji?



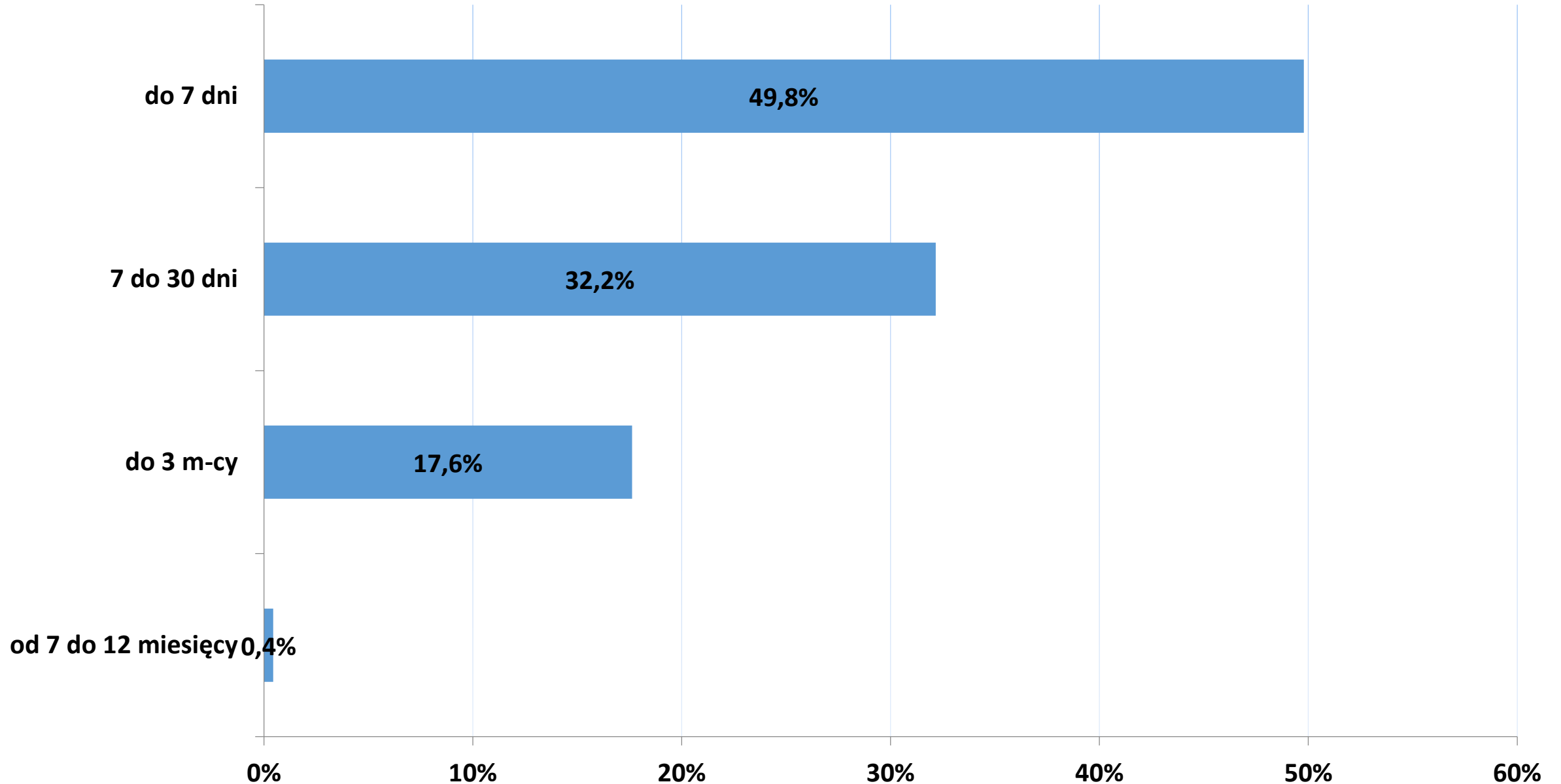
Czy w związku z objawami choroby reumatycznej przed 1 wizytą u reumatologa był/a Pan/i u następujących lekarzy?



Który lekarz pierwszy skierował Pana/Panią do reumatologa?

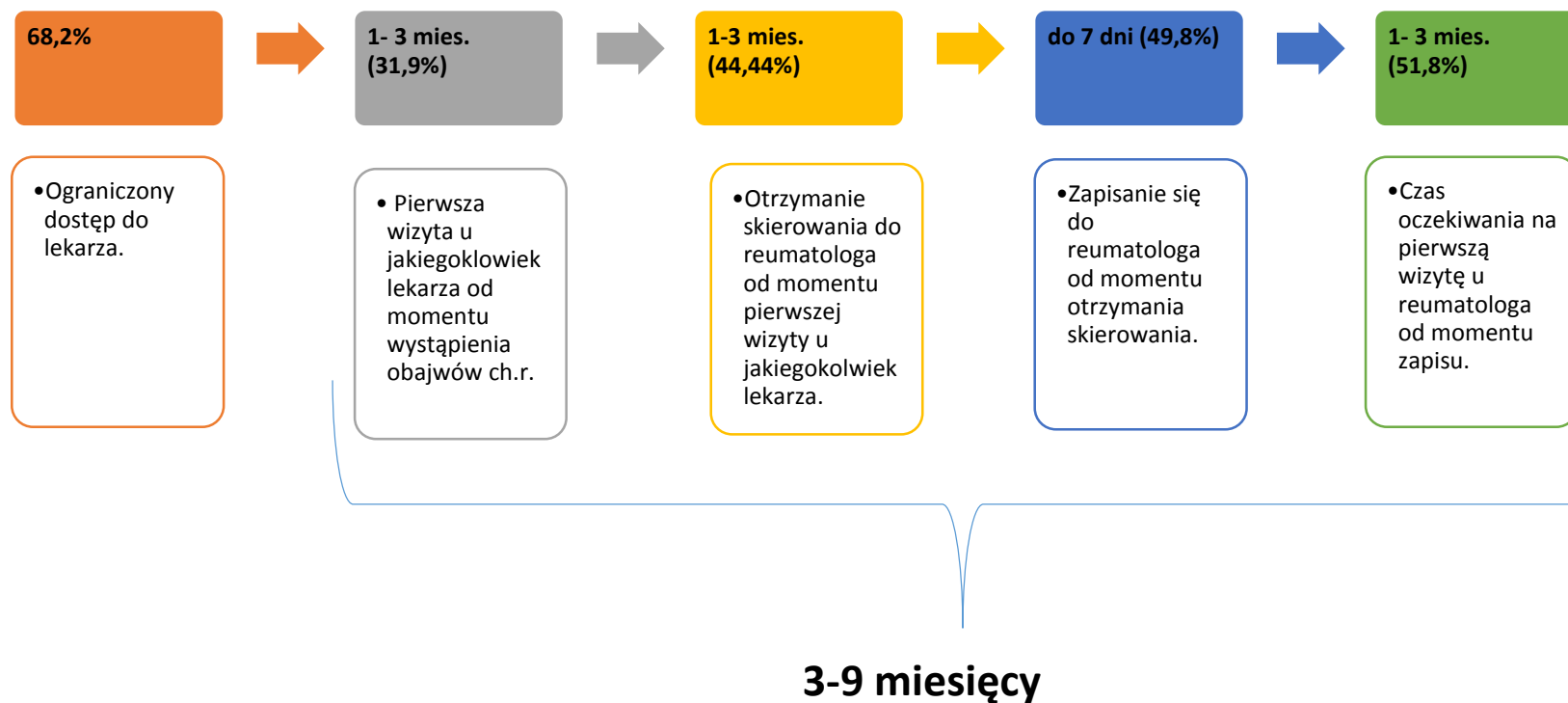


Po jakim czasie zapisał/a się Pan/Pani na wizytę do reumatologa od momentu otrzymania skierowania?

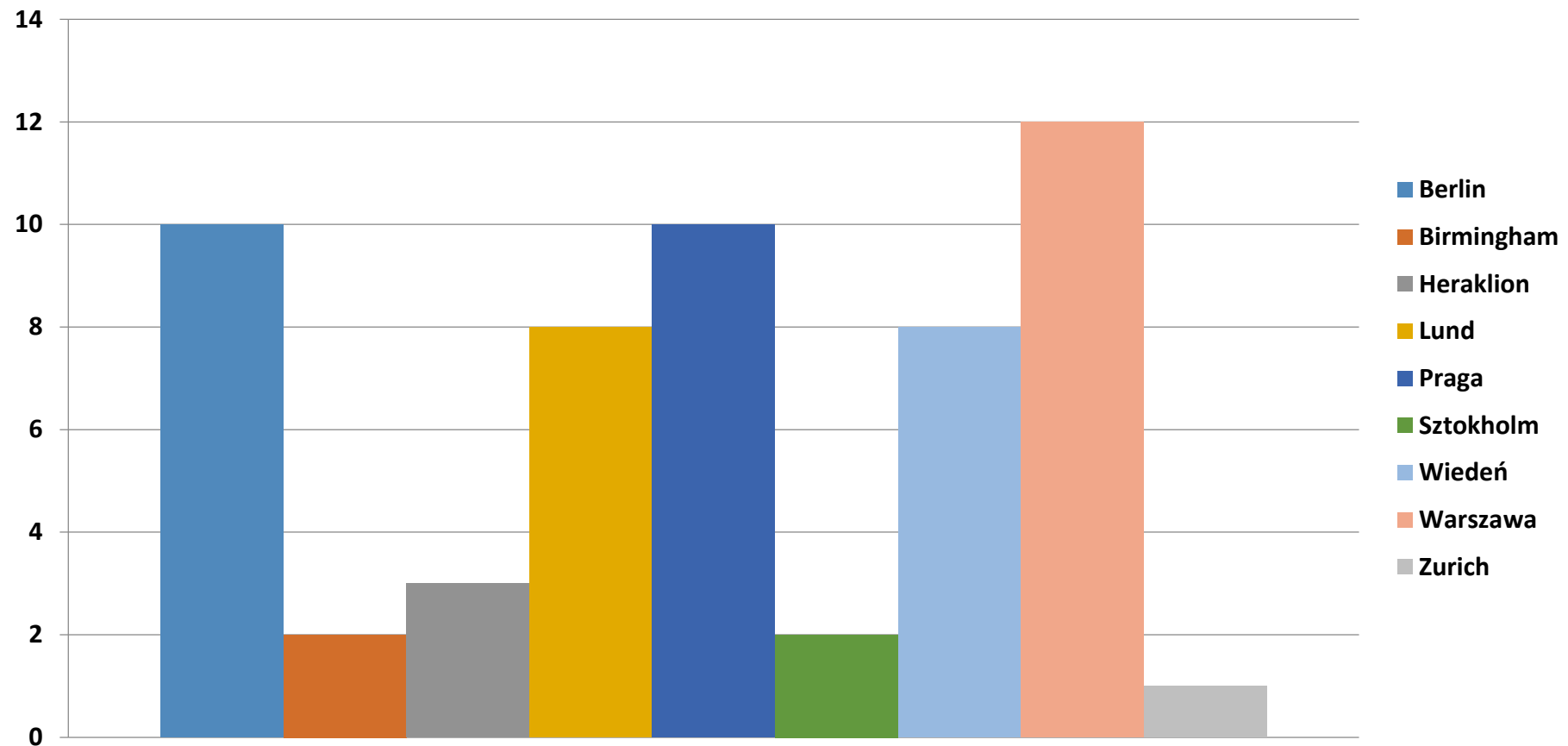


Ścieżka zapisu do lekarza reumatologa

(podano najczęściej typowane odpowiedzi dla każdego etapu)



Opóźnienia diagnostyczne RZS w wybranych miastach europejskich (w tygodniach) – czas od momentu otrzymania skierowania od lekarza POZ-u do przyjęcia przez reumatologa.

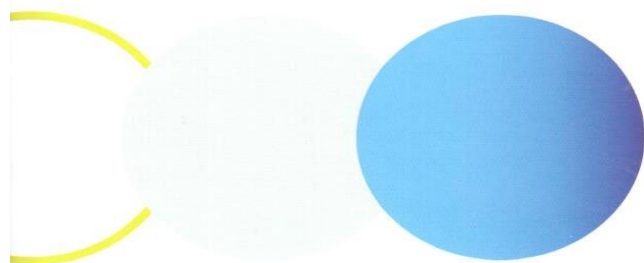


Źródło: Opracowanie własne na podstawie Raza K, Stack R, Kumar K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheum Dis* 2011; 70: 1822-1825.

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.

Aktualna organizacja opieki ambulatoryjnej w reumatologii – dane z Poradni Reumatologicznej Instytutu Reumatologii (styczeń 2015).

Rozpoznanie	Rozpoznanie na skierowaniu N=126 Liczba (%)	Rozpoznanie po pierwszej wizycie u reumatologa N = 126 Liczba (%)
Zapalne choroby reumatyczne	60 (47,6)	24 (19,0)
Niezapalne choroby reumatyczne	66 (52,4)	102 (81,0)



koszty pośrednie

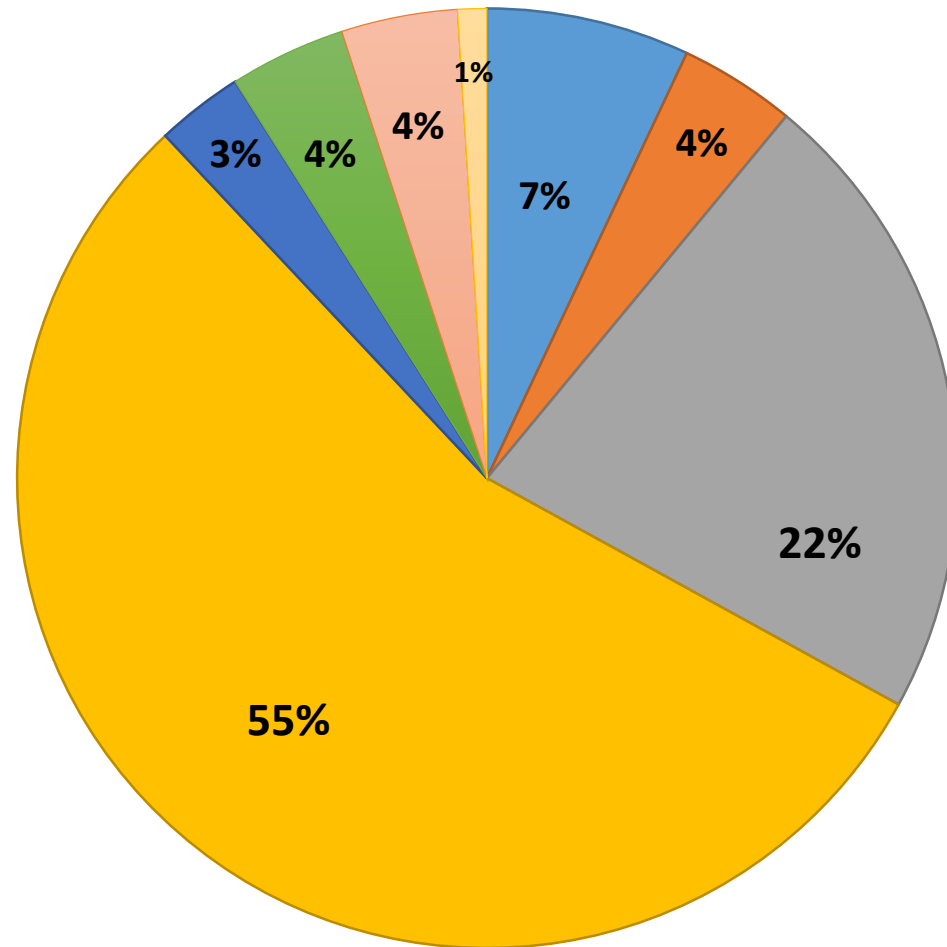
w ocenie technologii medycznych

METODYKA, BADANIE PILOTAŻOWE I REKOMENDACJE
Warszawa — grudzień 2014

RAPORT

Redakcja i kierownik projektu: Magdalena Władysiuk

Struktura kosztów bezpośrednich RZS w 2012 roku.



■ POZ

■ Leki

■ Leczenie uzdrowiskowe

■ AOS

■ Rehabilitacja

■ Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze

■ Hospitalizacja

■ Procedury szpitalne w programie lekowym

Koszty pośrednie RZS.

Koszty związane z opuszczeniem rynku pracy:

- renta,**
- wcześniejsza emerytura,**
- absencja chorobowa (absenteizm)**
- nieefektywna obecność w pracy (prezenteizm)**
- koszty pośrednie związane ze zgonami chorych**
- koszty związane ze zwolnieniami lekarskimi z powodu opieki nad chorym na RZS**

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

**Wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej RZS (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
2012	82 789,9	45 864,4	32 985,4	23 197,4	115 775,3	69 061,8	184 837,1
2013	86 647,3	49 460,9	32 465,2	24 339,8	119 112,5	73 800,7	192 913,2
2014	86 991,2	50 466,4	32 582,1	24 515,8	119 573,3	74 982,2	194 555,5

koszty bezpośrednie leczenia RZS związane z chorobą w 2010 roku wynosiły **206 515,3** tys. zł.

Mapy potrzeb zdrowotnych a zmiany w organizacji opieki nad chorym na RZS.

- W roku 2014 do NFZ sprawozdano ok. 78.08 tys. hospitalizacji z powodu chorób reumatycznych, które dotyczyły ok. 57,8 tys. Liczba hospitalizacji na pacjenta wynosiła 1,35. Liczba łóżek w Polsce na Oddziałach Reumatologicznych wynosiła 2654 tj. 6,9 łóżka na 100 tys. ludności (średnio w Europie liczba łóżek waha się od 5,7 do 7,3 na 100 tys. ludności – dane z EUMUSC NET).
- Wartość współczynnika chorobowości szpitalnej wg oddziałów z powodu chorób reumatycznych na oddziałach reumatycznych wynosił 132.13 i znajdował się na 19 miejscu przed takimi oddziałami jak: onkologiczny, chirurgii naczyniowej, kardiologii, diabetologii, hematologii, nefrologii i innych.
- Liczba reumatologów w Polsce z podziałem na województwa.

Lp.	województwo	Liczba reumatologów	Liczba mieszkańców	W przeliczeniu na 10 tys. mieszk.
1	Dolnośląskie	128	2 905 347	0,44
2	Kujawsko-Pomorskie	97	2 087 720	0,46
3	Lubelskie	104	2 143 221	0,49
4	Lubuskie	29	1 019 514	0,28
5	Łódzkie	83	2 498 240	0,33
6	Małopolskie	191	3 370 712	0,57
7	Mazowieckie	273	5 340 799	0,51
8	Opolskie	26	998 884	0,26
9	Podkarpackie	105	2 127 322	0,49
10	Podlaskie	60	1 190 253	0,50
11	Pomorskie	100	2 304 722	0,43
12	Śląskie	215	4 577 925	0,47
13	Świętokrzyskie	74	1 259 906	0,59
14	Warmińsko-Mazurskie	43	1 442 242	0,30
15	Wielkopolskie	115	3 473 920	0,33
16	Zachodniopomorskie	64	1 713 849	0,37
RAZEM		1 707	38 454 576	0,44

WCZESNA DIAGNOSTYKA CHORÓB REUMATYCZNYCH

ocena obecnej sytuacji
i rekomendacje zmian



Instytut Reumatologii
w Warszawie

**Fit for Work Global Alliance 2016: Early Intervention Framework
Strategy Planning and Consensus Meeting LONDON, 4 & 5 May 2016**



Bone and Joint Decade 2010 - 2020

The Global Alliance for Musculoskeletal Health



Professor Anthony D Woolf
Chair, Bone and Joint Decade 2010-20
Royal Cornwall Hospital, Truro & Peninsula
College of Medicine and Dentistry

Cel główny programu

- **Poprawa skuteczności leczenia chorych na Reumatoidalne Zapalenie Stawów poprzez wczesną wykrywalność oraz zmniejszenie opóźnień diagnostycznych, a także szybszy powrót do aktywności zawodowej chorych na RZS w populacji Polski.**

Cele szczegółowe – 1.

- **Nawiązanie współpracy z lekarzami rodzinnymi poprzez utworzenie zespołów ds. wczesnego wykrywania RZS składającego się z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki z zespołem reumatologów oraz lekarzami POZ, którzy wyrażą zgodę na współpracę**
- **Podniesienie wiedzy i umiejętności około 10 000 lekarzy rodzinnych poprzez zorganizowanie przez zespół lekarzy Ośrodków Wczesnej Diagnostyki Zapaleń Stawów:**
 - **konferencji szkoleniowych dla 200-300 uczestników każda, których program i zakres zostanie opracowany Przez Radę ds. Oceny i Ewaluacji**
 - **warsztatów z badania układu ruchu w grupach 20-30 każdy,**
 - **warsztatów 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)**
 - **szkolenia e-learningowe dla lekarzy rodzinnych z testami zaliczającymi uzyskanie niezbędnej wiedzy z danego szkolenia i certyfikatem ukończenia, opracowane przez Radę ds. Oceny i Ewaluacji**

Cele szczegółowe – 2.

- **Przygotowanie projektu opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS przez Radę ds. Oceny i Ewaluacji**
- **Wprowadzenie skutecznych procedur wczesnego wykrywania RZS**
- **Diagnozowanie i leczenie chorych na RZS wg przyjętej ścieżki postępowania**
- **Utworzenie rejestru chorych z nowo-rozpoznanym RZS**
- **Urealnienie danych epidemiologicznych dotyczących RZS w Polsce**
- **Przygotowanie opracowań naukowych, opublikowanie artykułów naukowych w recenzowanych czasopismach**

Oczekiwane efekty

- **Poprawa świadomości społeczeństwa i wiedzy z zakresu wczesnych objawów reumatoidalnego zapalenia stawów.**
- **Zwiększenie wiedzy lekarzy rodzinnych w POZ w zakresie rozpoznania reumatoidalnego zapalenia stawów.**
- **Powstanie projektu wczesnego wykrywania i prawidłowej opieki nad chorym z RZS.**
- **Zwiększenie wykrywalności wczesnego RZS.**
- **Skrócenie opóźnień diagnostycznych.**
- **Poprawa skuteczności leczenia.**
- **Zmniejszenie liczby hospitalizacji.**

Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

- Ocena czasu jaki upłynął od zgłoszenia się pacjenta z objawami wczesnego RZS u lekarza POZ-u do skierowania do reumatologa z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki.
- Ocena trafności rozpoznania RZS przez lekarza POZ-u (procentowa liczba potwierdzeń RZS przez lekarza reumatologa).
- Ocena znaczenia wczesnego wykrywania RZS poprzez czas w jakim pacjent uzyskuje remisję lub niską aktywność choroby oraz procent pacjentów z uzyskaną remisją lub niską aktywnością choroby.
- liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS - co najmniej 4300 w całej Polsce, w przypadku realizacji projektu tylko w kilku województwach wartość należy obliczyć proporcjonalnie,
- 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, w przypadku realizacji projektu tylko w kilku województwach wartość należy obliczyć proporcjonalnie,
- 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, w przypadku realizacji projektu tylko w kilku województwach wartość należy obliczyć proporcjonalnie,

Oszacowanie populacji , której włączenie do programu jest możliwe.

- Szacunkowa liczba chorych 10 000– 40 000.
- Częstość występowania wczesnego zapalenia stawów 115-271 osób na 100 000 populacji dorosłych.
- Dane z UE dotyczące zachorowalności na RZS wahają się od 12 do 42 na 100 000 populacji ludzi dorosłych.
- 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.
- Planowane przeszkolenie co najmniej 80% lekarzy rodzinnych

Tryb zapraszania do programu

- **Pacjenci - przygotowane plakaty uświadamiające jak manifestuje się RZS w początkowym okresie i zachęcające do zgłaszania się do lekarzy rodzinnych w przypadku pojawienia się obrzęku pojedynczego stawu.**
- **Lekarze rodzinni - zaproszenia do programu:**
 - **pisemnie na adresy placówek POZ-u**
 - **mailowo na adresy placówek POZ-u**
 - **drogą telefoniczną**
 - **poprzez ogłoszenie w gazecie lekarskiej, która dostarczana jest wszystkim lekarzom**
- **Realizator zobowiązany jest podpisać umowy z co najmniej 60 świadczeniodawcami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej**

Organizacja programu - część medyczna

Zadania tej części programu realizowane będą przez:

- realizatora programu (tj. projektodawcę wyłonionego w ramach konkursu realizowanego w PO WER)**
- poradnie lekarzy POZ w ramach umów podpisanych z realizatorem programu - co najmniej 60 umów współpracy z POZ podpisanych przez każdego realizatora**

Działania organizacyjne

- **Opracowanie jednorodnego programu kursów szkoleniowych i warsztatów.**
- **Opracowanie i przygotowanie e-learningów dla lekarzy rodzinnych**
- **Utworzenie Ośrodków Wczesnej Diagnostyki**
- **Zaproszenia do udziału w Programie lekarzy Rodzinnych**
- **Utworzenie zespołów opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS**
- **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**
- **Wprowadzenie opieki koordynowanej nad pacjentem z wczesnym RZS w oparciu o wspólną opiekę reumatolog – lekarz POZ.**
- **Utworzenie rejestru chorych na wczesne RZS**

Profilaktyka pierwotna

- **W ramach profilaktyki pierwotnej prowadzona będą szkolenia i warsztaty celem zwiększenia wiedzy i umiejętności w zakresie wczesnego wykrywania RZS wśród lekarzy rodzinnych. Powstaną materiały edukacyjne, ulotki, plakaty, które będą miały na celu min. podniesienie świadomości odbiorców programu w zakresie wczesnych objawów RZS. Stworzone zostaną szkolenia e-learningowe.**

Profilaktyka wtórna – etap podstawowy

- Dla pacjentów stworzono test screeningowy, który będzie dostępny w Poradniach POZ. Po wypełnieniu go i otrzymaniu wyniku pozytywnego pacjent może bezpośrednio zgłosić się do lekarza POZ-u.
- Pacjent pojawiający się u lekarza rodzinnego z obrzękiem pojedynczego stawu nie będącym wynikiem urazu jest screeningowany przez lekarza rodzinnego w kierunku wczesnego RZS.
- W ramach screeningu lekarz rodzinny:
 - wypełnia kwestionariusz dla lekarza
 - bada układ ruchu wykonując testy „ściskania”
 - zleca pobranie krwi na badania OB., CRP i morfologię
- W przypadku dodatnich testów ściskania i/lub dodatniego wyniku kwestionariusza screeningowego dla pacjenta i/lub lekarza pacjent w wynikami OB., CRP i morfologii jest natychmiast kierowany do Ośrodków Wczesnej Diagnostyki
- Czas od pojawienia się pacjenta u lekarza POZ-u a skierowaniem do lekarza reumatologa nie powinien przekraczać 7 dni

KWESTIONARIUSZ DLA PACJENTA

Data wypełnienia kwestionariusza.....

Data urodzenia

Płeć: Kobieta..... Mężczyzna.....

Początek objawów

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?		
11.	Czy rozpoznano u Ciebie zmiany na skórze określane jako łuszczyca?		

Interpretacja wyników:

≥6 odpowiedzi na tak z 11 - podejrzenie

KWESTIONARIUSZ DLA LEKARZA

Data wypełnienia kwestionariusza.....

Data urodzenia

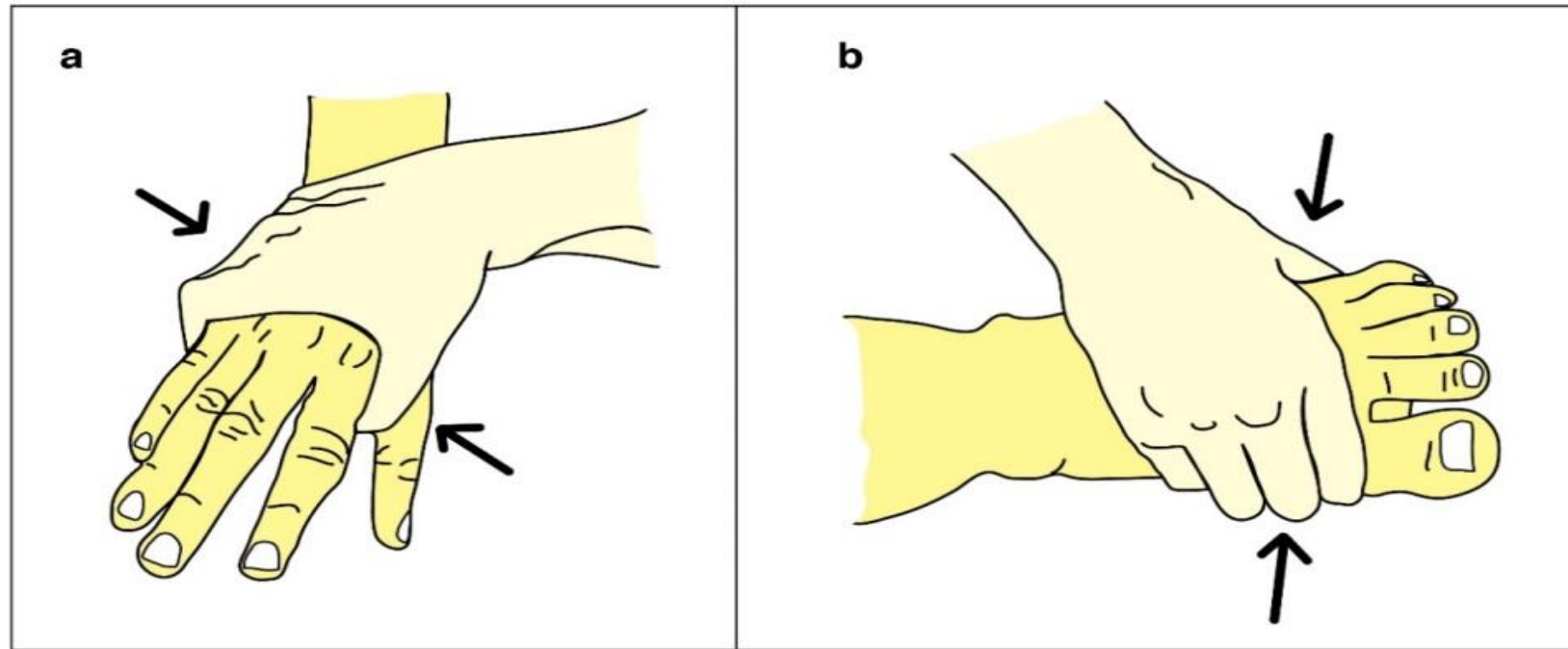
Płeć: Kobieta..... Mężczyzna.....

Początek objawów

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

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 czyjejś 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 układu ruchu – testy ściskania



Ryc 1. Test uciskowy

a) Stawy śródręczno-paliczkowe

b) Stawy śródstopno-paliczkowe

Profilaktyka wtórna – etap pogłębiony - 1

- **Konsultacja przez doświadczonego reumatologa – 7-14 dni od skierowania lekarza POZ-u.**
- **1. Wizyta przesiewowa:**
 - **Zebranie wywiadu**
 - **Badanie układu ruchu**

W przypadku potwierdzenia podejrzenia RZS skierowanie na badania i wykonywanie dalszych procedur. W przypadku braku potwierdzenia ponowne skierowanie do lekarza POZ-u z pełną informacją dotyczącą dalszego postępowania (np. w przypadku rozpoznania choroby zwyrodnieniowej)

Badania wykonywane w ramach potwierdzenia RZS:

- Badania krwi:

AspAT,

ALAT,

Kreatynina,

Kwas moczowy,

RF,

Anty-CCP,

ANA profil

- Badania obrazowe:

RTG klatki piersiowej

RTG rąk lub stóp

USG zajętego stawu

Opcjonalnie tylko w uzasadnionych przypadkach MRI zajętego stawu

Wizyta 2 – 7-14 dni (w przypadku MRI 7-21 dni)

- Badanie układu ruchu:
Liczba stawów bolesnych
- Liczba stawów obrzękniętych
- DAS 28
- SDAI
- CDAI
- VAS aktywności choroby w ocenie lekarza
- Wypełnienie kwestionariuszy przez pacjenta:
- HAQ
- VAS bólu
VAS aktywności choroby w ocenie pacjenta
- Zalecenie leczenia modyfikującego.

Koszty jednostkowe – lekarz POZ.

Wykonywana procedura	wizyta 1	Wizyta 2
BADANIE LEKARSKIE		
Wydanie i odebranie od pacjenta kwestionariusza od pacjenta z analiza wyników. Dokładny wywiad z ustaleniem początku objawów zapalenia stawów. Wypełnienie kwestionariusza dla lekarza. Badanie fizykalne stawów – test ściskania.	150,00 zł	X
Ocena wyników badań i ankiet – skierowanie do reumatologa	X	100,00 zł
BADANIA LABOLATORYJNE		
OB	5,00 zł	X
CRP	13,00 zł	X
Morfologia z rozmazem	13,00 zł	X
KOSZT POSZCZEGÓLNYCH WIZYT:	181,00 zł	100,00zł
ŁĄCZNY KOSZT PROCEDURY:		282,00 zł

Koszty jednostkowe – lekarz reumatolog.		
Wykonywana procedura	wizyta 0	wizyta 1
BADANIE LEKARSKIE		
Badanie fizykalne stawów - wizyta przesiewowa	150,00 zł	X
Dokładny wywiad i badanie fizykalne stawów z oceną liczby stawów bolesnych i obrzękniętych, DAS28, SDAI, VAS aktywności choroby w ocenie lekarza, ocena wyników badań, włączenie leczenia	X	250,00 zł
Wypełnienie przez pacjenta kwestionariusza HAQ, VAS bólu, VAS aktywności choroby w ocenie pacjenta	X	10,00 zł
BADANIA LABOLATORYJNE		
ASPAT	7,00 zł	x
ALAT	7,00 zł	x
Kreatynina	8,00 zł	x
Kwas moczowy	7,00 zł	x
RF	17,00 zł	x
przeciwciała anty-CCP	50,00 zł	x
ANA 2 (IDENTYFIKACJA)	100,00 zł	x
BADANIA OBRAZOWE		
RTG klatki piersiowej AP i boczne	54,00 zł	x
RTG ręce i stopy	85,00 zł	x
USG zajętej ręki lub stopy	105,00 zł	x
KOSZT POSZCZEGÓLNYCH WIZYT:	590,00 zł	260,00 zł
ŁĄCZNY KOSZT PROCEDURY:		850,00 zł

Monitorowanie i ewaluacja

- **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.**
- **Ocena efektywności programu dokonana zostanie w oparciu o:**
 - **Ocenę czasu jaki upłynął od zgłoszenia się pacjenta z objawami wczesnego RZS u lekarza POZ-u do skierowania do reumatologa z Ośrodka Wczesnej Diagnostyki.**
 - **Ocenę trafności rozpoznania RZS przez lekarza POZ-u (procentowa liczba potwierdzeń RZS przez lekarza reumatologa).**
 - **Ocenę znaczenia wczesnego wykrywania RZS poprzez czas w jakim pacjent uzyskuje remisję lub niską aktywność choroby oraz procent pacjentów z uzyskaną remisją lub niską aktywnością choroby.**
- **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.