

Ocena kwestionariusza bilansowego POZ PLUS



Opracowanie

Katarzyna Kułaga analiza danych i opracowanie raportu, opracowanie wzoru ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy

członek zespołu POZ PLUS – w tym: współautor kwestionariusza bilansowego i założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych i aplikacji AP-PKUŚ

Współpraca

Dariusz Dziełak nadzór nad realizacją raportu i konsultacja raportu

Przewodniczący Komitetu Sterującego Projektu POZ PLUS, Dyrektor Departamentu Analiz i Innowacji NFZ

Donata Kurpas Prof. dr hab. n med., specjalista medycyny rodzinnej, ekspert merytoryczny, konsultant wzoru ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy i raportu, współautor kwestionariusza bilansowego i założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych

Rafał Kozłowski administrator elektronicznej wersji ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy

członek zespołu POZ PLUS – w tym: udział w opracowaniu kwestionariusza bilansowego i założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych

Rafał Kiepuszewski analiza danych i konsultacja raportu

członek zespołu POZ PLUS – w tym: udział w opracowaniu kwestionariusza bilansowego i założeń do aplikacji AP-PKUŚ

Katarzyna Klonowska nadzór nad realizacją raportu i konsultacja raportu

kierownik projektu POZ PLUS – w tym: udział w opracowaniu założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych i aplikacji AP-PKUŚ

Iwona Poznerowicz konsultacja wzoru ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy i raportu

członek zespołu POZ PLUS – w tym: udział w opracowaniu kwestionariusza bilansowego i założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych

Agata Szymczak konsultacja wzoru ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy i konsultacja raportu

członek zespołu POZ PLUS – w tym: udział w opracowaniu założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych

Anna Ślusarska-Jasińska udział w opracowaniu elektronicznej wersji ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy i konsultacja raportu

Katarzyna Wiktorzak konsultacja wzoru ankiety oceniającej kwestionariusz bilansowy i konsultacja raportu

członek zespołu POZ PLUS, kierownik projektu do czerwca 2020 r. – w tym: udział w opracowaniu kwestionariusza bilansowego i założeń do profilaktycznych świadczeń bilansowych

Spis treści

1. Streszczenie	3
2. Założenia profilaktycznych świadczeń bilansowych w POZ PLUS	3
3. Założenia i zakres danych kwestionariusza bilansowego	6
4. Cel raportu	8
5. Metodologia	8
6. Odsetek odpowiedzi na ankietę i charakterystyka respondentów	9
7. Wyniki ankiety	11
8. Integracja profilaktyki	27
9. Wnioski i podsumowanie	29
10. Bibliografia	31
11. Załączniki	31

1. Streszczenie

Niniejsze opracowanie zawiera ocenę kwestionariusza bilansowego zastosowanego do przeprowadzenia i udokumentowania badań bilansowych realizowanych jako jeden z elementów opieki koordynowanej w POZ w ramach projektu pilotażowego POZ PLUS. Kwestionariusz bilansowy to pierwsza próba proaktywnego i integrującego podejścia do oceny stanu zdrowia i określenia czynników ryzyka u pacjentów w Polsce. Ocena narzędzia została dokonana na podstawie badania ankietowego, na próbie 100 osób będących profesjonalistami medycznymi, biorącymi udział w realizacji świadczeń bilansowych. Ankieta zawierała pytania charakteryzujące respondenta, 10 sformułowań w postaci 7-stopniowej skali Likerta o zakres informacji zawarty w kwestionariuszu bilansowym oraz 6 lub 7 pytań (w zależności od funkcji osoby wypełniającej ankietę) dotyczących wypełniania kwestionariusza i tworzenia Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ). Wnioski z analizy będą mogły być wykorzystane zarówno na etapie trwania pilotażu, jak i po jego zakończeniu, m.in. w celu integracji działań o charakterze profilaktycznym.

2. Założenia profilaktycznych świadczeń bilansowych w POZ PLUS

Badania bilansowe zostały opracowane w oparciu o krytyczną analizę danych naukowych, w tym wytycznych i rekomendacji towarzystw naukowych, a także oczekiwań pacjentów, co jest zgodne z podejściem Evidence Based Medicine (EBM). W związku z brakiem konsensusu co do skuteczności i efektywności (bądź nie) rutynowych przeglądów zdrowia (szczególnie tych o rocznych odstępach czasu), kierując się m.in. brakiem kompleksowego, spójnego i sprawnego systemu profilaktyki zdrowotnej w Polsce, przyjęto rekomendację ekspertów Banku Światowego¹ do zastosowania bilansów zdrowia w pięcioletnim interwale czasowym.

Jednocześnie zmodyfikowano grupę beneficjentów bilansów do osób w wieku 20-65 lat (zamiast 35-75 lat), m.in. w celu podniesienia świadomości zdrowotnej osób badanych oraz możliwości wczesnego wykrycia chorób lub stanów patologicznych mogących prowadzić do ich powstawania oraz z uwagi na finansowanie świadczeń bilansowych ze środków unijnych.

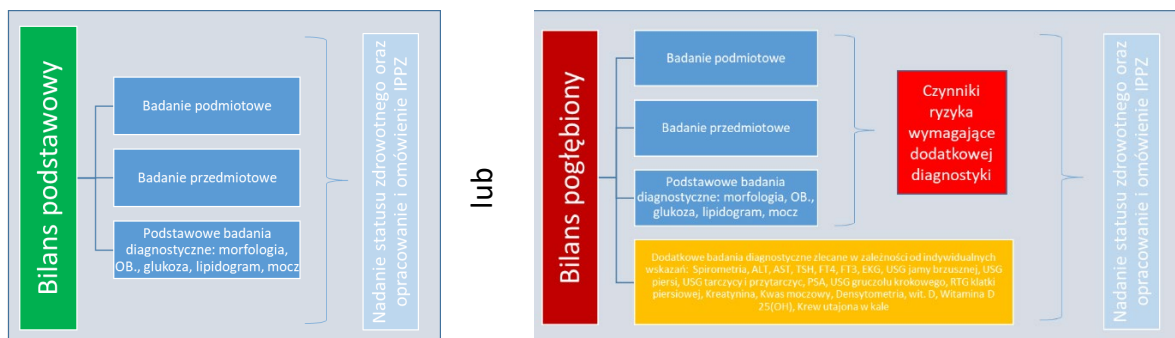
¹ Badania bilansowe osób dorosłych zostały zarekomendowane przez ekspertów Banku Światowego, jako jeden z elementów modelu opieki koordynowanej dla POZ opracowanego w ramach projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”.

Należy mieć również na uwadze fakt, że zgodnie ze stanowiskiem European Association of Preventive Cardiology, proces prewencji nie może ograniczać się do danej subpopulacji, ale powinien mieć charakter ciągły, modulowany zależnie od określanych lokalnie czynników ryzyka oraz rozpoczynać się jak najwcześniej. Profilaktyczne świadczenia bilansowe to jeden z elementów do realizacji w ramach projektu pilotażowego POZ PLUS, którego głównym celem jest utworzenie opieki koordynowanej nad pacjentem i w takim kontekście należy je rozpatrywać.

Profilaktyczne świadczenia bilansowe to pakiet świadczeń przysługujący pacjentom objętym opieką przez placówki, które przystąpiły do realizacji pilotażu POZ PLUS na mocy zarządzenia nr 23/2018/DAIS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 marca 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”, z późn. zm. W pakiecie profilaktycznych świadczeń bilansowych są wizyty związane z przeprowadzeniem bilansu zdrowia (badanie przedmiotowe i podmiotowe wraz z diagnostyką podstawową lub pogłębioną) oraz wizyty edukacyjne, w tym również specjalistyczne dietetyczne i psychologiczne. Są one realizowane w ramach profilaktyki chorób przewlekłych i są dedykowane osobom w wieku od 20 do 65 lat, przysługują pacjentowi raz na pięć lat. Kryteria kwalifikacji do badań są kilkustopniowe i są kolejno personalizowane zależnie od wieku i wyniku badania.

Pakiet profilaktycznych świadczeń bilansowych:

- 1) **Badania bilansowe** mogą być wykonane w zakresie podstawowym lub pogłębionym. Bilans podstawowy obejmuje wywiad medyczny w oparciu o zunifikowany kwestionariusz bilansowy, badanie przedmiotowe, dokonanie pomiarów antropometrycznych (wzrost, masa ciała i obliczenie wskaźnika BMI), oraz parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno), wykonanie podstawowych badań diagnostycznych (morfologia, OB, badanie ogólne moczu, glukoza, lipidogram) – u wszystkich pacjentów. Natomiast u pacjentów, u których w trakcie wywiadu/badania fizykalnego, czy też na podstawie wyników z pakietu podstawowego są stwierdzone określone czynniki ryzyka/warunki kwalifikujące do badania, wykonuje się dodatkowo badania z katalogu bilansu pogłębionego (nie wszystkie badania z katalogu bilansu pogłębionego są wykonywane standardowo u wszystkich pacjentów).

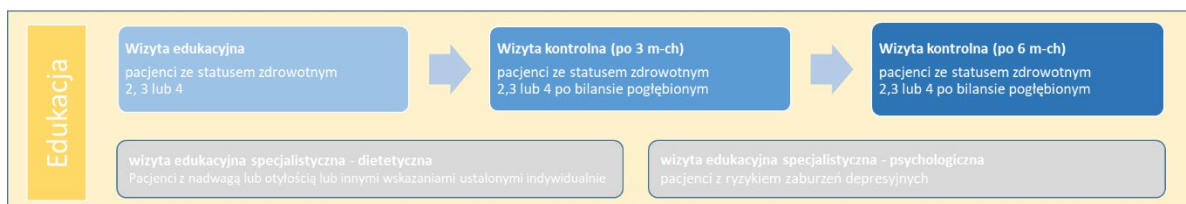


Rycina 1 . Zakres badania bilansowego podstawowego i pogłębionego.

Wynikiem bilansu jest nadanie pacjentowi statusu zdrowotnego (jednego z spośród czterech kategorii) i wydanie pacjentowi IPPZ, w którym są zawarte interpretacje wyników badań i przeprowadzonych w trakcie bilansu testów, z instrukcjami dalszego postępowania. Ponadto są tam zalecenia i skierowania np. na wizyty edukacyjne (ogólne i/lub specjalistyczne: dietetyczne lub psychologiczne), oraz do Programu Zarządzania Choro­bą w przypadku podejrzenia/diagnozy jednej z jedenastu chorób, dla których jest dedykowany Program². W IPPZ wskazuje się m.in. możliwe do realizacji badania profilaktyczne (w przypadku spełnienia warunków kwalifikacyjnych przez pacjenta), finansowane ze środków publicznych, takie jak np. program profilaktyki raka sutka, program badań przesiewowych raka jelita grubego, program profilaktyki raka szyjki macicy. IPPZ jest omawiany i przekazywany pacjentowi oraz stanowi podstawę wizyt edukacyjnych i opracowania dalszego indywidualnego procesu opieki dla danego pacjenta.

- 2) **Edukacja** - integralnym elementem badań bilansowych jest edukacja pacjenta (rozumiana także jako nabywanie umiejętności), w obszarach związanych z rozpoznanymi czynnikami ryzyka, w szczególności dotyczącymi zachowań zdrowotnych, w tym: w sferze żywienia, palenia papierosów, spożywania alkoholu, aktywności fizycznej. Przewidziano również edukację specjalistyczną: dietetyczną i psychologiczną, dla osób u których na podstawie danych z wywiadu są odnotowane objawy wskazujące odpowiednio na problemy z nadmierną masą ciała i depresją.

² 1) cukrzyca typu II, 2) nadciśnienie tętnicze samoistne, 3) przewlekła choroba wieńcowa, 5) utrwalone migotanie przedsionków, 6) astma oskrzelowa, 7) POCHP, 8) niedoczynność tarczycy, 9) wole mięsiste i guzowate tarczycy, 10) choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, 11) zespoły bólowe kręgosłupa.



Rycina 2. Schemat wizyt edukacyjnych.

3. Założenia i zakres danych kwestionariusza bilansowego

Szczegółowy wywiad w ramach bilansu jest oparty o zunifikowany kwestionariusz bilansowy. Wizualizacja wzoru zakresu danych kwestionariusza stanowi załącznik nr 1b do Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. nr 23/2018/DAiS, z późniejszymi zmianami – załącznik nr 2 do raportu. W założeniu, kwestionariusz został opracowany w celu:

- zgromadzenia i integracji istotnych informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, potrzebnych do racjonalnego podejmowania decyzji klinicznych, w tym na temat czynników ryzyka (pierwsza próba proaktywnego i integrującego podejścia do oceny stanu zdrowia i określenia czynników ryzyka u pacjentów w Polsce),
- powstania repozytorium wiedzy (np. o hospitalizacjach, o zażywanych lekach itp.), często nie znanej dotąd zespołowi POZ, w związku z fragmentacją systemu opieki i m.in. z brakiem wspólnej elektronicznej dokumentacji medycznej, dostępnym również na późniejszym etapie sprawowania opieki,
- możliwości dokonania wstępnej kwalifikacji do podstawowych programów przesiewowych,
- możliwości opracowania pacjentowi podsumowania stanu zdrowia wraz z interpretacją dokonanych pomiarów i zaleceniami dalszego postępowania w postaci Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ),
- możliwości przeprowadzenia edukacji (rozumianej także jako nabywanie umiejętności), dostosowanej do statusu zdrowotnego pacjenta, określonego m.in. na podstawie stwierdzonych czynników ryzyka (szczególnie behawioralnych).

Kwestionariusz bilansowy powinien być:

- wypełniany elektronicznie poprzez dedykowaną temu aplikację (AP-PKUŚ) lub za pośrednictwem systemu gabinetowego połączonego interfejsem z aplikacją AP-PKUŚ,
- wypełniany przez osobę przeprowadzającą wywiad (pielęgniarkę/koordynatora/lekarza), a nie przez pacjenta samodzielnie, m.in. z uwagi na zapewnienie zrozumienia pytań przez pacjenta i zapewnienie wiarygodności zbieranych danych [1,2],
- standardem postępowania (check-list'ą) - wyniki badań z zakresu EBM wskazują, że formularze typu *check-list* stosowane w kompleksowej ocenie stanu zdrowia, są użyteczne i usprawniają proces przeprowadzania i dokumentowania świadczeń profilaktycznych [3].

Kwestionariusz bilansowy nie jest testem przesiewowym. Opiera się na m.in. na powszechnie uznanych narzędziach stosowanych w rozpoznawaniu niektórych chorób/stanów patologicznych, w celu określenia statusu zdrowotnego pacjenta. Kwestionariusz bilansowy jest m.in. narzędziem do dokumentowania świadczeń profilaktycznych, w tym pomiarów i testów wykonywanych pacjentowi, co w świetle raportu NIK [4], było w dotychczasowej praktyce uchybieniem ze strony świadczeniodawców POZ (brak wpisów w dokumentacji medycznej danych o stanie zdrowia pacjenta, pomiarach, czy obciążeniach dziedzicznych).

Kwestionariusz bilansowy zawiera elementy standardowego wywiadu medycznego, który jest uznawany za najważniejszą część oceny stanu pacjenta, pozwalającą na zdobycie nawet 80% informacji koniecznych do ustalenia rozpoznania [5]. Oprócz tego u osoby poddanej bilansowi jest wykonywane badanie fizykalne, które oprócz wartości samej w sobie, pozwala ograniczać ew. negatywne skutki związane z nadrozpoznavalnością stanów patologicznych i niepokoju pacjenta dokonanych wyłącznie na podstawie testów i pomiarów. Na podstawie badania i wywiadu lekarz zleca ew. dodatkowe badania diagnostyczne, a później je interpretuje [6].

Przed rozpoczęciem pilotażu prowadzony był prepilotaż z wykorzystaniem kwestionariusza bilansowego w kilku przychodniach POZ [7], m. in. na jego podstawie oraz na podstawie uwag do projektu zarządzenia Prezesa NFZ zostały wprowadzone stosowne korekty. Niezbędna jest jednak dalsza analiza narzędzia pod kątem jego użyteczności w celu opracowania

ewentualnych rekomendacji jego ewentualnego wykorzystania po zakończeniu pilotażu POZ PLUS.

4. Cel raportu

Celem raportu jest podsumowanie wyników badania ankietowego oceniającego zakres kwestionariusza bilansowego (pierwszego proaktywnego i integrującego podejścia do oceny stanu zdrowia i określenia czynników ryzyka u pacjentów w Polsce) pod kątem jego użyteczności w sprawowaniu kompleksowej opieki nad pacjentem, w tym przede wszystkim pod kątem profilaktyki, z prawie dwuletniej perspektywy realizatorów badań bilansowych w ramach projektu POZ PLUS.

5. Metodologia

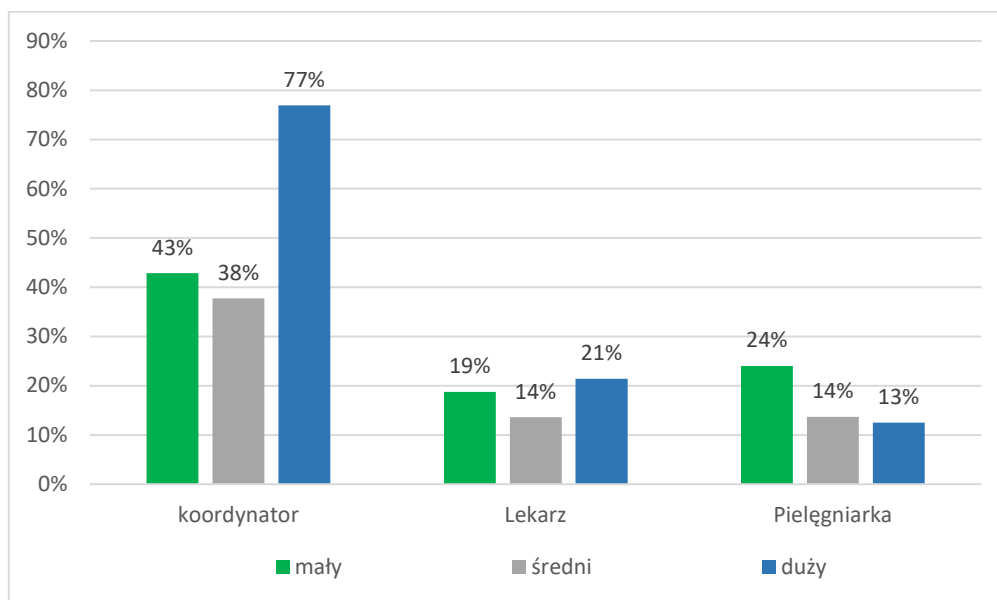
Ocena kwestionariusza bilansowego (KB) POZ PLUS została dokonana w drodze badania ankietowego. Kwestionariusz oceny (KO) został udostępniony w dniach 2-17 czerwca 2020 r., w wersji formularza on-line za pośrednictwem narzędzia <https://ankiety.nfz.gov.pl>. Link z dostępem do kwestionariusza oceny (KO) został przekazany reprezentantom wszystkich jednostek realizujących projekt POZ PLUS za pośrednictwem poczty elektronicznej. Informacja o ankiecie była, również zamieszczona w grupie „POZ PLUS” na portalu Facebook. Badanie miało charakter dobrowolny i anonimowy, skierowane było do wszystkich profesjonalistów medycznych realizujących badania bilansowe, w tym: lekarzy, pielęgniarek, koordynatorów.

Ankieta zawierała:

- 3 pytania charakteryzujące respondenta (w tym pytanie o nazwę realizatora POZ PLUS było dobrowolne),
- 10 sformułowań w postaci 7-stopniowej skali Likerta o zakres informacji zawarty w kwestionariuszu bilansowym,
- 6 lub 7 pytań (w zależności od funkcji osoby wypełniającej ankietę) dotyczących wypełniania kwestionariusza bilansowego i tworzenia IPPZ.

6. Odsetek odpowiedzi na ankietę i charakterystyka respondentów

Odsetek odpowiedzi na ankietę (ang. Response rate) różnił się w zależności od wielkości podmiotu oraz funkcji respondenta.



Wykres 1. Odsetek odpowiedzi (response rate) w podziale na funkcję respondenta i wielkość podmiotu.

Do wyliczenia odsetka odpowiedzi na ankietę wzięto pod uwagę dane o potencjale kadrowym realizującym badania bilansowe dla funkcji: koordynator, lekarz i pielęgniarka – dane na podstawie aktualizacji potencjału z lipca 2020 r.

Poniżej zestawienie ilu koordynatorów, lekarzy i pielęgniarek jest zaangażowanych w realizację badań bilansowych w POZ PLUS wraz z zestawieniem liczebności populacji pod opieką, w podziale na wielkość podmiotu.

Tabela 1. Liczebność koordynatorów, lekarzy i pielęgniarek w procesie udzielania świadczeń bilansowych w podziale na wielkość podmiotu POZ PLUS.

Wielkość podmiotu POZ PLUS	Populacja POZ PLUS*	Populacja uprawniona do bilansów*	Koordynator	Lekarz	Pielęgniarka
mały	29 430	17 664	28	32	25
średni	166 564	105 019	61	125	95
duży	84 728	51 569	13	56	32
suma	280 722	174 252	102	213	152

*Według stanu na 1 styczeń 2018 r.

Respondenci ankiety reprezentowali co najmniej 32 podmioty z 41 biorących udział w pilotażu (obecnie pilotaż realizuje 39 jednostek). Informacja jest niepełna, ponieważ pytanie o podmiot było dobrowolne - w przypadku 33 wypełnionych kwestionariuszy nie podano nazwy podmiotu.

W okresie, w którym link został udostępniony, **wypełniono 100 kwestionariuszy**.

Kwestionariusze oceniające zostały wypełnione przez:

- 35 lekarzy
- 23 pielęgniarki*
- 45 koordynatorów*
- 2 edukatorów zdrowotnych**
- Inne osoby: kierownik przychodni (wskazany również jako lekarz), kierownik podmiotu leczniczego (bez dodatkowych wskazań), koordynator administracyjny (bez dodatkowych wskazań), prawnik (wskazany również jako koordynator).

** 5 pielęgniarek wskazało jednoczasową rolę koordynatora*

*** edukatorzy to równocześnie koordynatorzy*

Reprezentacja podmiotów w podziale na wielkość:

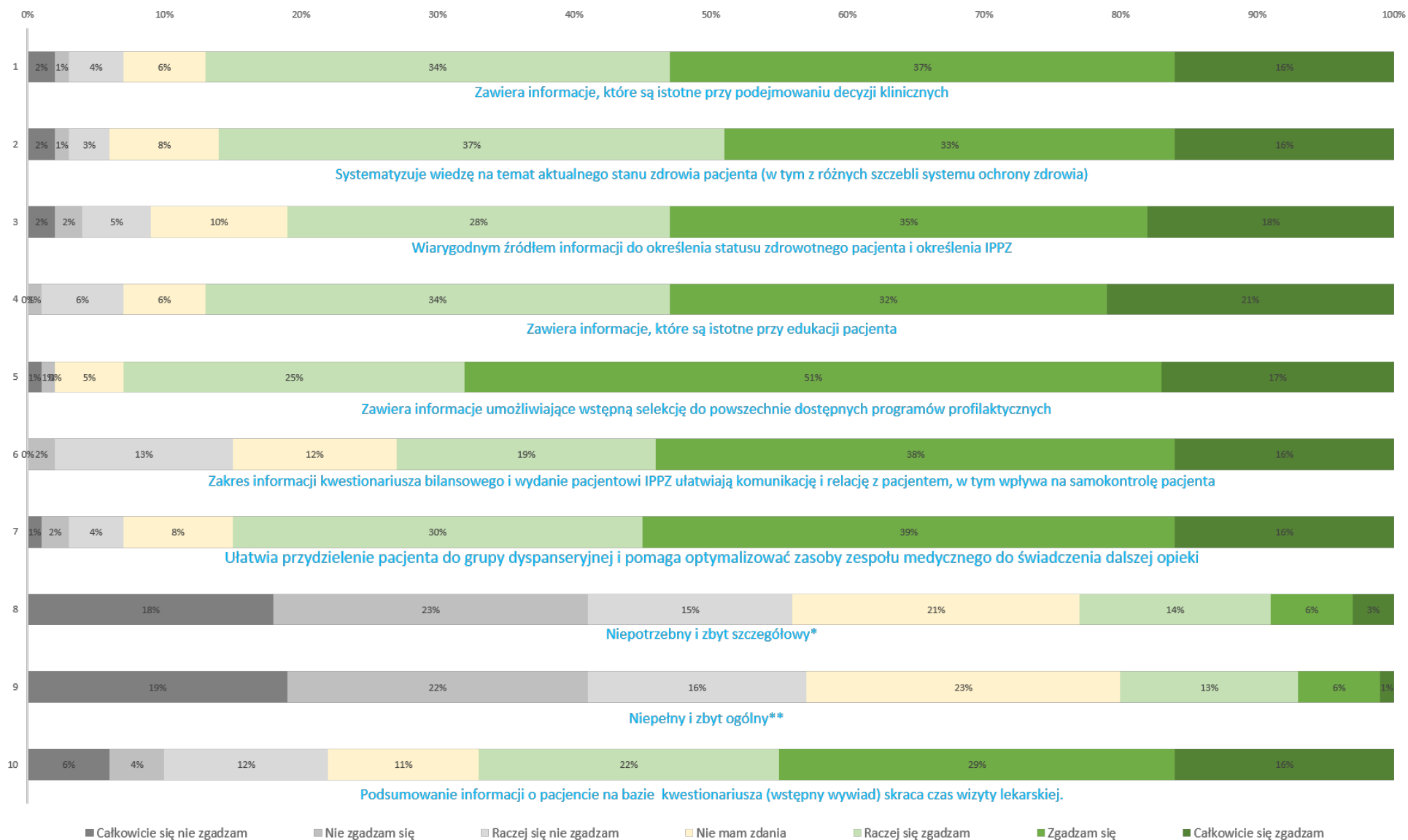
- mały (do 5000) - 24 respondentów, w tym: 6 lekarzy, 6 pielęgniarek i 12 koordynatorów,
- średnich (5000-10000) - 51 respondentów, w tym: 17 lekarzy, 13 pielęgniarek i 23 koordynatorów,
- dużych (10000-20000) - 25 respondentów, w tym: 12 lekarzy, 4 pielęgniarki i 10 koordynatorów.



Rycina 3. Liczebność respondentów na ankietę w podziale na wielkość podmiotu.

7. Wyniki ankiety

Odpowiedzi na pierwsze 10 pytań, które były skonstruowane w oparciu o 7-stopniową skalę Likerta, przedstawia zestawienie poniżej. Pytania dotyczyły zakresu kwestionariusza bilansowego w celu weryfikacji przyjętych założeń, w tym pod kątem użyteczności w sprawowaniu kompleksowej opieki nad pacjentem. Dotyczyły one kwestii: podejmowania decyzji klinicznych, możliwości pozyskiwania wiedzy o aktualnym stanie pacjenta i możliwości przydzielenia do grup dyspanseryjnych, określania statusu zdrowotnego pacjenta oraz obszarów wymagających dalszego wsparcia (komunikacja i edukacja, programy profilaktyczne), poziomu szczegółowości kwestionariusza oraz optymalizacji czasu lekarza przeznaczonego na wizytę lekarską.



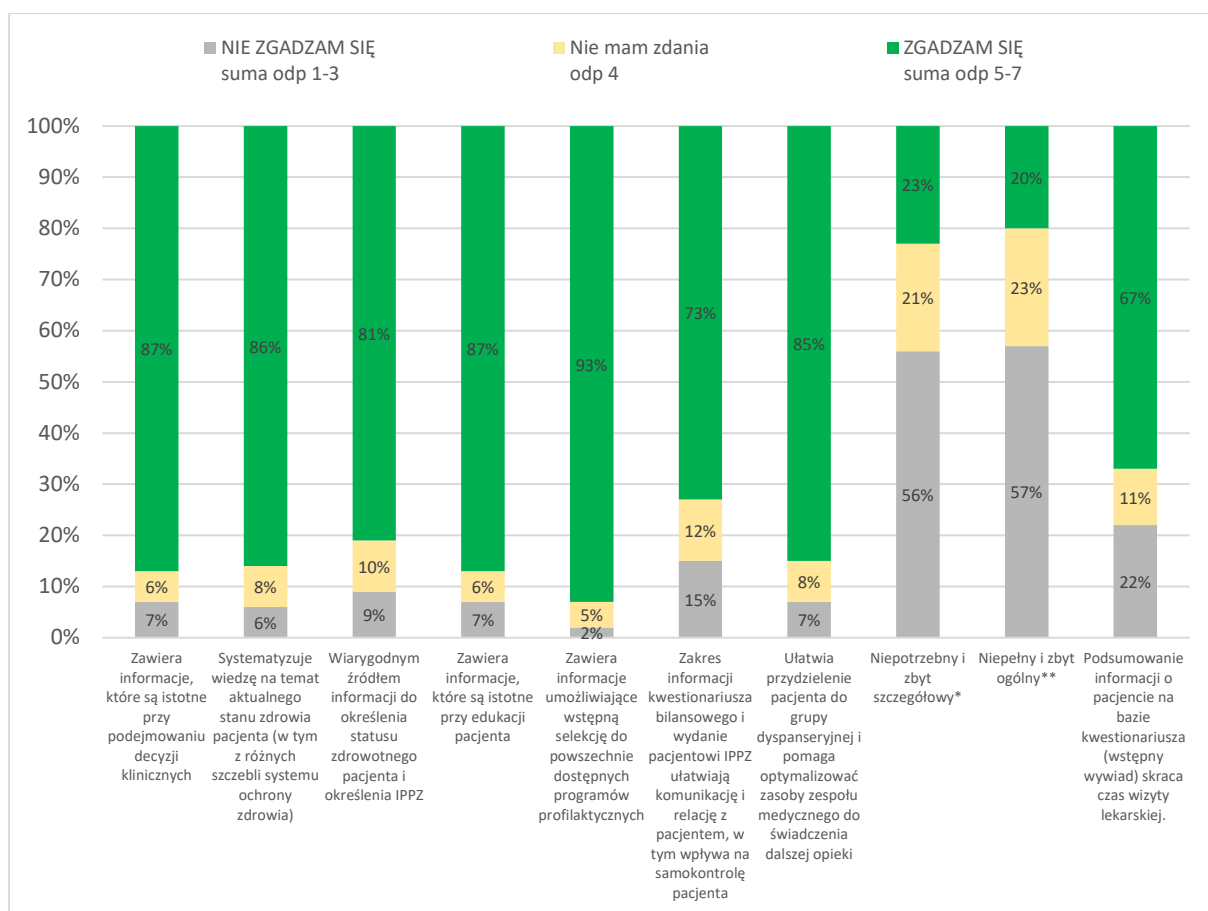
Wykres 2. Struktura odpowiedzi na pytania 1-10 ankiety - według 7 stopniowej skali Likerta.

W przypadku pytań 1-7 i 10 największy odsetek odpowiedzi stanowiły odpowiedzi 'zgadzam się' i 'raczej się zgadzam'. Poniższa tabela prezentuje dominantę dla każdego z 10 pytań, w tym w podziale na wielkość podmiotu.

Tabela 2. Najczęściej występujące wartości dla 10 pytań o zakres kwestionariusza bilansowego.

		Wszyscy	Mały	Średni	Duży
1	Zawiera informacje, które są istotne przy podejmowaniu decyzji klinicznych	6	6	6	5
2	Systematyzuje wiedzę na temat aktualnego stanu zdrowia pacjenta (w tym z różnych szczebli systemu ochrony zdrowia)	5	6	5	5
3	Jest wiarygodnym źródłem informacji do określenia statusu zdrowotnego pacjenta i określenia IPPZ]	6	7	6	6
4	Zawiera informacje, które są istotne przy edukacji pacjenta]	5	5	5	6
5	Zawiera informacje umożliwiające wstępną selekcję do powszechnie dostępnych programów profilaktycznych]	6	6	6	6
6	Zakres informacji kwestionariusza bilansowego i wydanie pacjentowi IPPZ ułatwiają komunikację i relację z pacjentem, w tym wpływają na samokontrolę pacjenta]	6	6	6	5
7	Ułatwia przydzielenie pacjenta do grupy dyspanseryjnej i pomaga optymalizować zasoby zespołu medycznego do świadczenia dalszej opieki]	6	6	6	5
8	Niepotrzebny i zbyt szczegółowy	2	5	4	2
9	Niepełny i zbyt ogólny	4	4	4	1
10	Podsumowanie informacji o pacjencie na bazie kwestionariusza (wstępny wywiad) skraca czas wizyty lekarskiej	6	6	6	4
		1-Całkowicie się nie zgadzam, 2-Nie zgadzam się, 3-Raczej się nie zgadzam, 4-Nie mam zdania, 5-Raczej się zgadzam, 6-Zgadzam się, 7-Całkowicie się zgadzam			

Najbardziej zróżnicowane odpowiedzi są dla 2 pytań (8 i 9) dotyczących poziomu szczegółowości kwestionariusza bilansowego, jakkolwiek należy pamiętać, że w przypadku tych pytań 'wartościowanie' było odwrotne niż w pozostałych pytaniach.



Wykres 3. Struktura odpowiedzi na pytania 1-10 ankiety - zagregowane odpowiedzi do 3 kategorii: nie zgadzam się, nie mam zdania, zgadzam się.

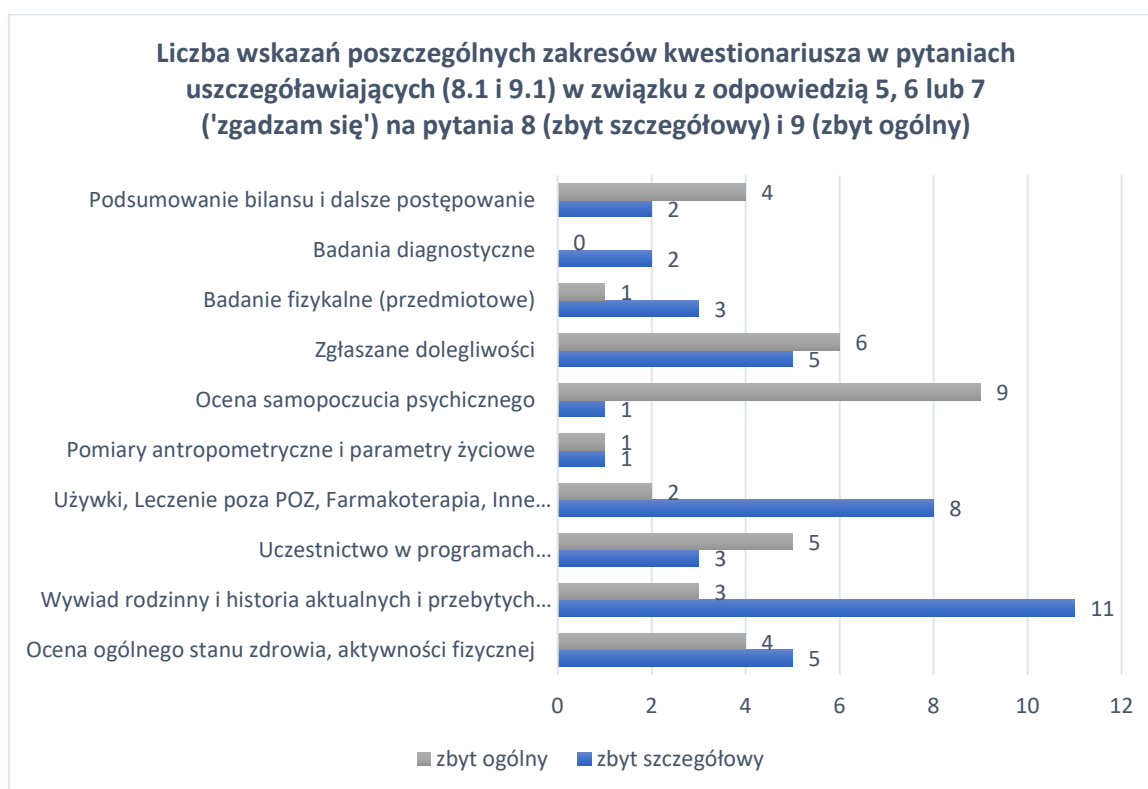
Najwyższy odsetek, tj. 93% zagregowanych odpowiedzi 'zgadzam się' (łącznie odpowiedzi 5-7, tj. 'raczej się zgadzam', 'zgadzam się' i 'zdecydowanie się zgadzam') odnotowano dla pytania nr 5, tj. o to czy 'zakres kwestionariusza bilansowego zawiera informacje umożliwiające wstępną selekcję do powszechnie dostępnych programów profilaktycznych'. Na pytania 1-4 i 7 zagregowane odpowiedzi 'zgadzam się' (łącznie odpowiedzi 5-7) wyniosły od 81 do 87%. Nieco niższy odsetek (73%) odnotowano w przypadku pytania 6 dotyczącego poprawy komunikacji i relacji z pacjentem na podstawie IPPZ oraz w przypadku pyt. 10 dotyczącego czasu wizyty lekarskiej (67%). Biorąc pod uwagę powszechnie propagowany pogląd, że kwestionariusz jest bardzo czasochłonny, wynik na poziomie 67 % wydaje się być wynikiem bardzo dobrym, szczególnie, że w grupie respondentów - wyłącznie lekarzy, suma odpowiedzi twierdzących o skróceniu wizyty lekarskiej w związku z podsumowaniem informacji o pacjencie na bazie kwestionariusza (tj. wstępny wywiad), stanowi 74% (w tym 28,6% 'raczej się zgadzam', 17,1% 'zgadzam się' i 29,6% 'zdecydowanie się zgadzam').

Najwyższe odsetki odpowiedzi '4 - nie mam zdania' odnotowano dla pyt. 8 - 21 % i pyt. 9 - 23%. 23 % respondentów wskazało odpowiedź, że kwestionariusz jest niepotrzebny i zbyt szczegółowy, przy podobnym odsetku odpowiedzi (20%), że kwestionariusz jest niepełny i zbyt ogólny, w tym 10 osób wskazało jednocześnie obie odpowiedzi. W przypadku obu pytań suma zagregowanych odpowiedzi 'zgadzam się' jest bardzo porównywalna, tj.:

- pyt. 8 'niepotrzebny i zbyt szczegółowy' - **23%** (w tym: '5 – raczej się zgadzam' 14%, '6 – zgadzam się' 6% i '7 – całkowicie się zgadzam' 3%)
- pyt. 9 'niepełny i zbyt ogólny' (pyt. 9) - **20%** (w tym: '5 – raczej się zgadzam' 13%, '6 – zgadzam się' 6% i '7 – całkowicie się zgadzam' 1%),

co wskazuje na brak konsensusu dotyczącego poziomu szczegółowości kwestionariusza. Ten zawarty w kwestionariuszu bilansowy był próbą ustalenia „złotego środka” niezbędnego do właściwego oszacowania czynników ryzyka i statusu zdrowotnego pacjenta, przy założeniu aby zakres danych nie był zbyt lakoniczny, ani zbyt szczegółowy.

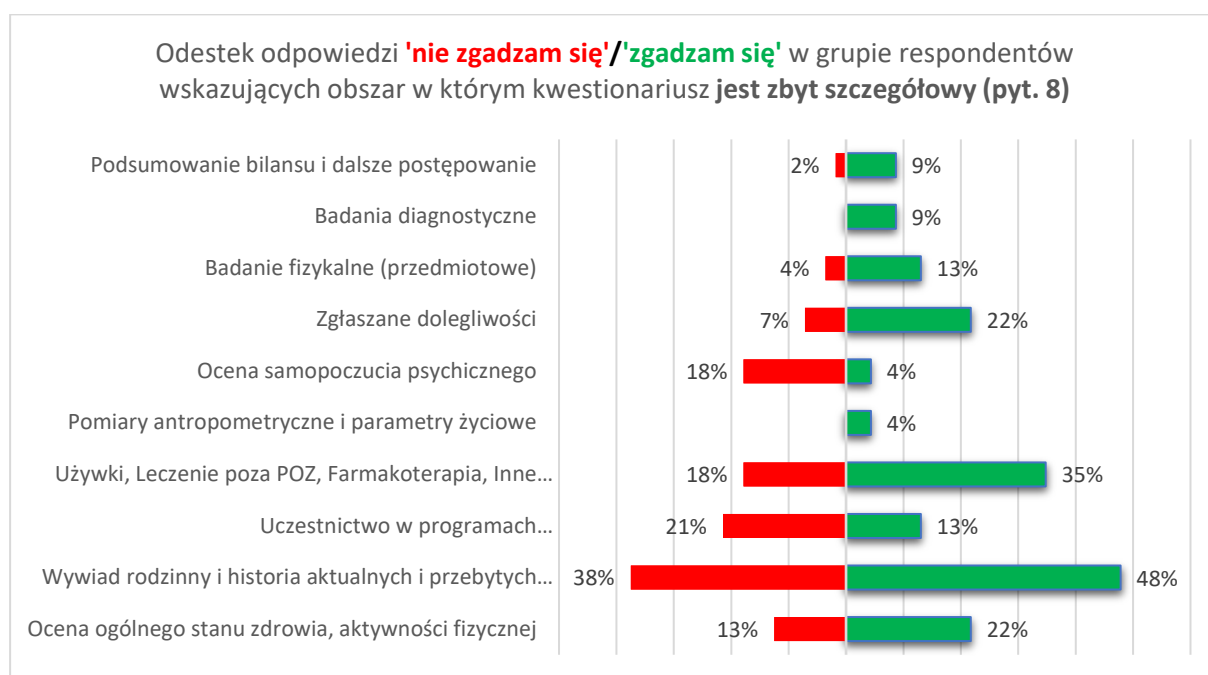
Odpowiedzi inne niż '4 - nie mam zdania', rozwijały pytanie uszczegóławiające, tj. należało wskazać zakres, którego dotyczy dane stwierdzenie. Wykres poniżej prezentuje zakresy wskazane przez osoby, które udzieliły odpowiedzi 5, 6 lub 7 (od 'raczej' do 'całkowicie się zgadzam') na pytanie 8 i 9.



Wykres 4. Informacje o zakresach zbyt szczegółowych i zbyt ogólnych.

Najczęściej wskazywanym obszarem, który w opinii respondentów jest zbyt szczegółowy to sekcja dotycząca wywiadu rodzinnego i historii aktualnych i przebytych chorób pacjenta – 11 wskazań. Stosunkowo dużym odsetkiem wskazań o zbyt szczegółowy zakres informacji w kwestionariuszu charakteryzuje się również obszar: ‘używkki, leczenie poza POZ, farmakoterapia, inne (szczepienia)’ (8). Jeśli chodzi o sekcje, co do których odnotowano najwięcej wskazań, że ich zakres jest zbyt ogólny, były to: ‘ocena samopoczucia psychicznego’ (8) i ‘zgłaszane dolegliwości’ (6).

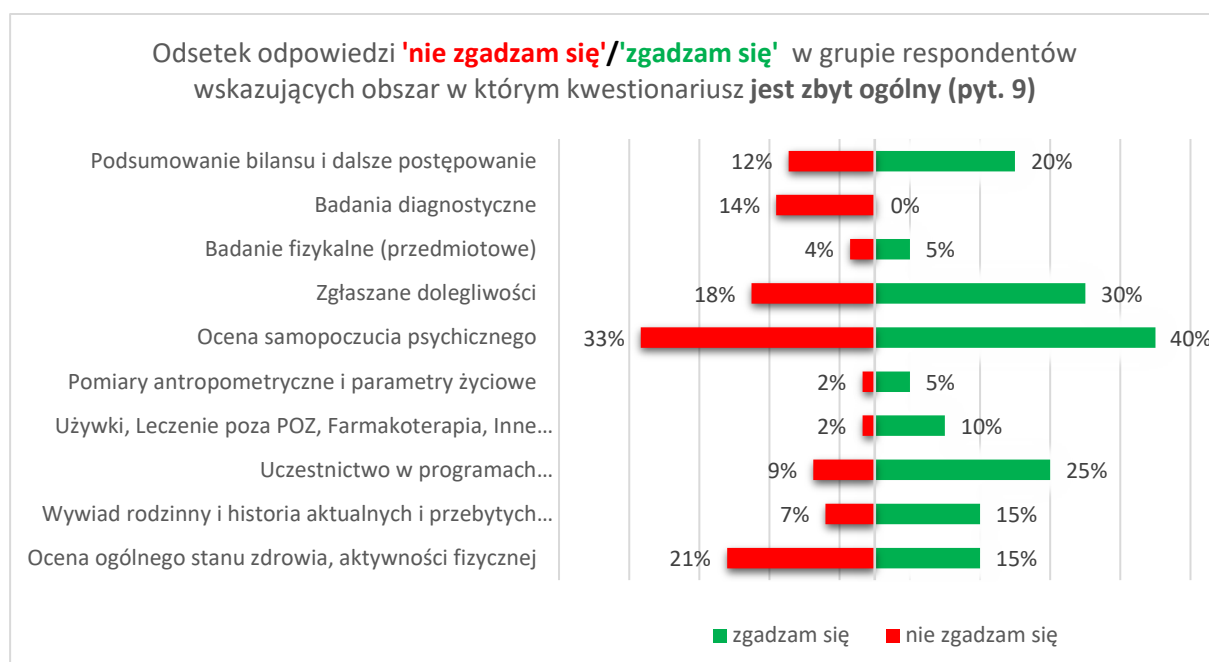
Dane te warto również zestawzić ze wskazaniami, uwzględniającymi odpowiedzi respondentów jako ‘nie zgadzam się’, co obrazuje wykres poniżej. Wskazano odsetek respondentów wskazujących obszar, w którym kwestionariusz jest zbyt szczegółowy (pyt. 8) w podziale na grupy respondentów nie zgadzających się ze stwierdzeniem ‘niepotrzebny i zbyt szczegółowy’ (‘1-3: całkowicie-raczej się nie zgadzam’) i zgadzających się z tym stwierdzeniem (‘5-7: raczej-całkowicie się zgadzam’).



Wykres 5. Struktura odpowiedzi na stwierdzenie, że kwestionariusz jest zbyt szczegółowy.

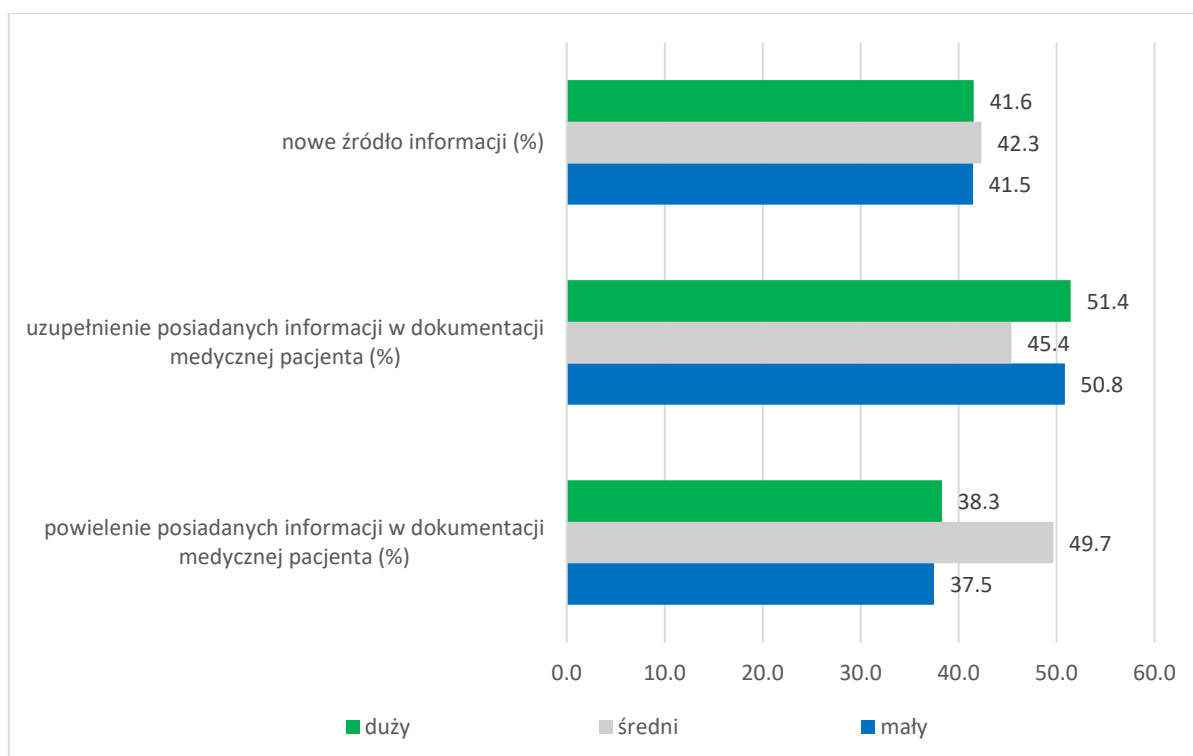
Poniżej podobne zestawienie dla pytania nr 9 – zakres jest zbyt ogólny, w którym również zaprezentowano odsetek respondentów wskazujących obszar, w którym kwestionariusz jest zbyt ogólny w podziale na grupy respondentów nie zgadzających się z tym stwierdzeniem

„niepotrzebny i zbyt szczegółowy” (‘1-3: całkowicie-raczej się nie zgadzam’) i zgadzających się z tym stwierdzeniem (‘5-7: raczej-całkowicie się zgadzam’).



Wykres 6. Struktura odpowiedzi na stwierdzenie, że kwestionariusz jest zbyt ogólny.

Na podstawie odpowiedzi na pytanie 11, tj. dotyczące określenia w jakim procencie kwestionariusz jest nowym źródłem informacji, ich uzupełnieniem lub powieleniem, należy wskazać, że odsetki odpowiedzi są porównywalne (średnio: nowe źródło - 40,24%, uzupełnienie - 45,4% i powielenie - 44,94 %). Występują nieznaczne różnice w zależności od wielkości podmiotu, co prezentuje wykres poniżej. Średnie podmioty wskazują najwyższy procent powielenia danych - 49,7%, natomiast małe i duże w najwyższym procencie szacują uzupełnienie posiadanych informacji - 51,4% i 50,8 % odpowiednio.



Wykres 7. Informacja o odsetku nowych, uzupełnionych i powielonych informacjach pozyskanych za pomocą kwestionariusza bilansowego w zależności od wielkości podmiotu.

Kwestionariusz w części A jest wypełniany w różny sposób, wynikający z wewnętrznej organizacji pracy POZ PLUS. Zapisy zarządzenia w tym zakresie stanowiły jedynie rekomendacje, że wstępny wywiad medyczny powinien być dokonywany przez pielęgniarkę lub koordynatora.

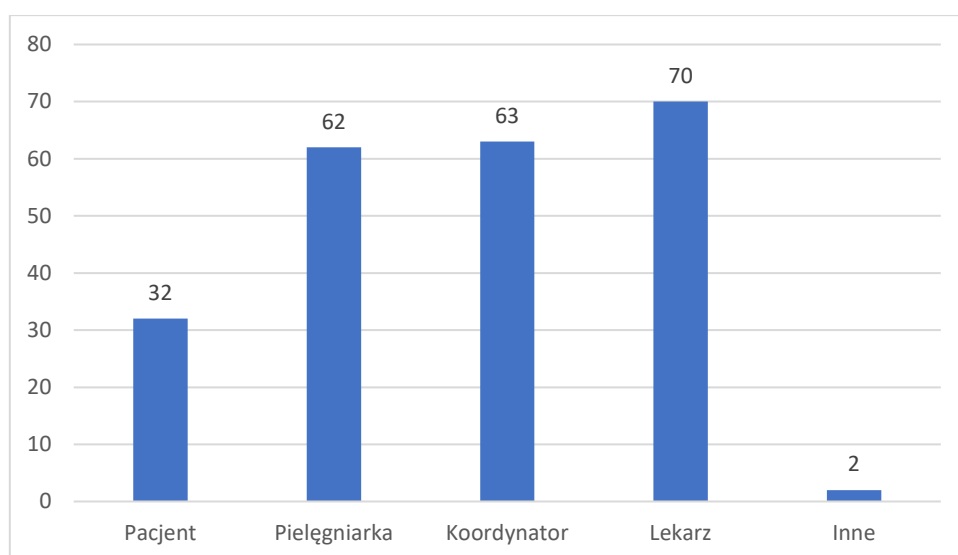
Większość respondentów wskazała, że kwestionariusz w części A jest wypełniany przez więcej niż jedną osobę (w tym m.in. pielęgniarka/koordynator/lekarz/edukator/rejestratorka), w 9 przypadkach wymienione zostały równocześnie 3 osoby, tj. lekarz, pielęgniarka i koordynator (w tych przypadkach średni czas sprawozdany przez 4 koordynatorów również był krótszy – 23,75 min). W 49 przypadkach wskazano, że ta część kwestionariusza jest uzupełniana w całości przez 1 osobę, w tym przez:

- pielęgniarka (15)
- koordynator (28)
- lekarz (6)

Nie ma żadnego przypadku, aby część A była wypełniana wyłącznie przez pacjenta samodzielnie. Wydaje się, że w 13 przypadkach, w których był wskazywany pacjent jako osoba wypełniająca kwestionariusz w części A, dane były weryfikowane przez minimum 1 inną osobę

(lekarz/pielęgniarka/koordynator). Średni czas (23,79 min) wypełniania kwestionariusza, do którego zaangażowany był pacjent osobiście, był nieco krótszy od średniej ogólnej (28 min). Jakkolwiek dane o czasie dla tej grupy respondentów pochodzą jedynie od 4 koordynatorów z wszystkich 45, którzy wypełnili ankietę (pytanie o czas było adresowane wyłącznie koordynatorom), więc wnioskowanie na tej podstawie może być opatrzone błędem.

We wskazaniach dotyczących tego kto powinien wypełnić kwestionariusz bilansowy, pojawili się zarówno: pacjent, pielęgniarka, koordynator, jak i lekarz – co prezentuje wykres nr 8. Wskazania zakresów jakie powinny być wypełniane przez poszczególne osoby są zgodne z rekomendacjami wynikającymi z zarządzenia POZ PLUS, z wyjątkiem osobistego włączenia pacjenta w wypełnianie kwestionariusza (zakładano, że z pacjentem powinien być prowadzony wywiad i na tej podstawie uzupełniany kwestionariusz przez rozmówcę).

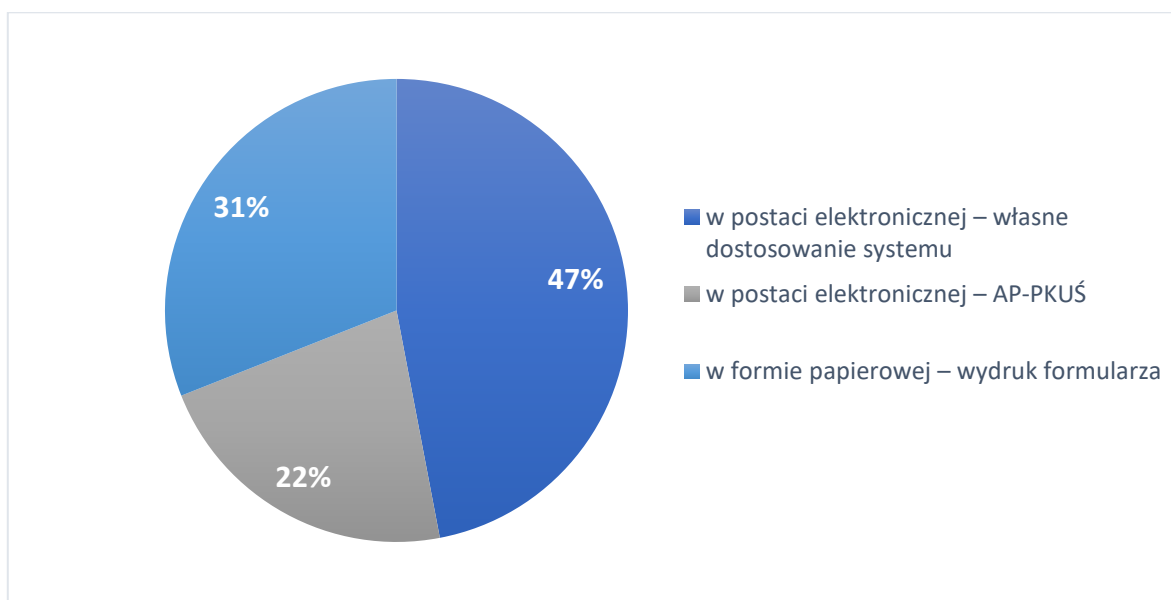


Wykres 8. Wskazania respondentów kto powinien wypełniać kwestionariusz bilansowy.

Wśród respondentów 32 wskazało, że pacjent powinien wypełniać osobiście kwestionariusz bilansowy, jakkolwiek nie wszystkie głosy dotyczyły wypełniania go przez pacjenta w pełnym zakresie (a np. w zakresie danych personalnych, wywiadu rodzinnego). Spośród tych 32 respondentów, 23 osoby wskazały również na pielęgniarki (głównie w zakresie pomiarów), 20 osób na koordynatorów (głównie w zakresie generowania IPPZ), 20 osób na lekarzy (głównie w zakresie części B). Niektóre uwagi wskazywały na zasadność wypełniania niektórych elementów z części A przez lekarza, np. ocena samopoczucia psychicznego, wywiad medyczny.

Uwagi ogólne w kilku przypadkach wskazywały, że pacjent nie do końca rozumie pytania zawarte w kwestionariuszu i trzeba mu je tłumaczyć. Powyższe potwierdza wstępnie przyjęte założenie, że pacjent powinien odpowiadać na pytania zadawane w formie wywiadu, a nie wypełniać kwestionariusz samodzielnie np. na wydrukowanym formularzu m.in. z uwagi na konieczność zachowania wiarygodności danych.

Zgodnie z założeniem, kwestionariusz bilansowy powinien być wypełniany w formie elektronicznej (bezpośrednio w aplikacji AP-PKUŚ lub w systemie gabinetowym zasilającym AP-PKUŚ stosownymi interfejsami). Większość kwestionariuszy jest wypełnianych w taki właśnie sposób, choć znaczny odsetek, tj. 31% jest wypełniany w formie papierowej.

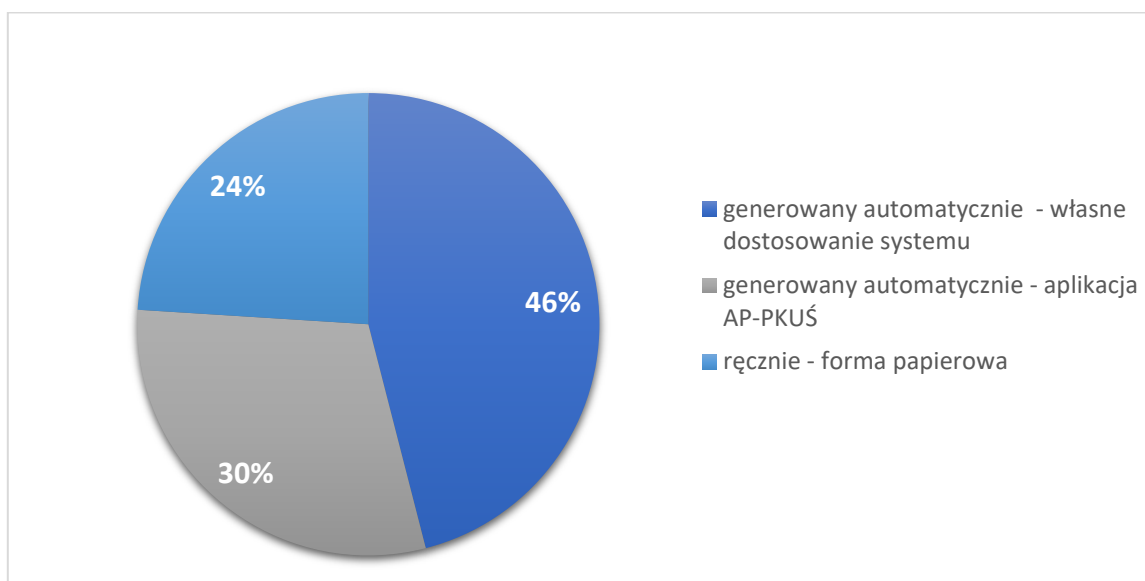


Wykres 9. Sposób wypełniania kwestionariusza bilansowego.

W przypadku gdy kwestionariusz bilansowy jest wypełniany w formie papierowej, bilans aby mógł być rozliczony musi być sprawozdany do aplikacji AP-PKUŚ, zatem dane i tak muszą być wprowadzone do systemu. Taki schemat działania może generować błędy na etapie wprowadzania danych z opóźnieniem czasowym.

Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego jest głównie generowany automatycznie z własnego systemu świadczeniodawców (odsetek 46 % niemal identyczny z odsetkiem wypełniania kwestionariusza we własnym systemie – 47%). W 30 % jest generowany z użyciem aplikacji AP-PKUŚ (dokument generuje się automatycznie na podstawie wpisanych danych

z kwestionariusza) z możliwością indywidualnego rozwinięcia. W pozostałych 24% dokument jest generowany ręcznie.



Wykres 10. Sposób wypełniania generowania Indywidualnego Planu Postępowania Zdrowotnego (IPPZ).

Według 42 respondentów (42%) pacjent ma możliwość otrzymania IPPZ w innej formie niż wydruk:

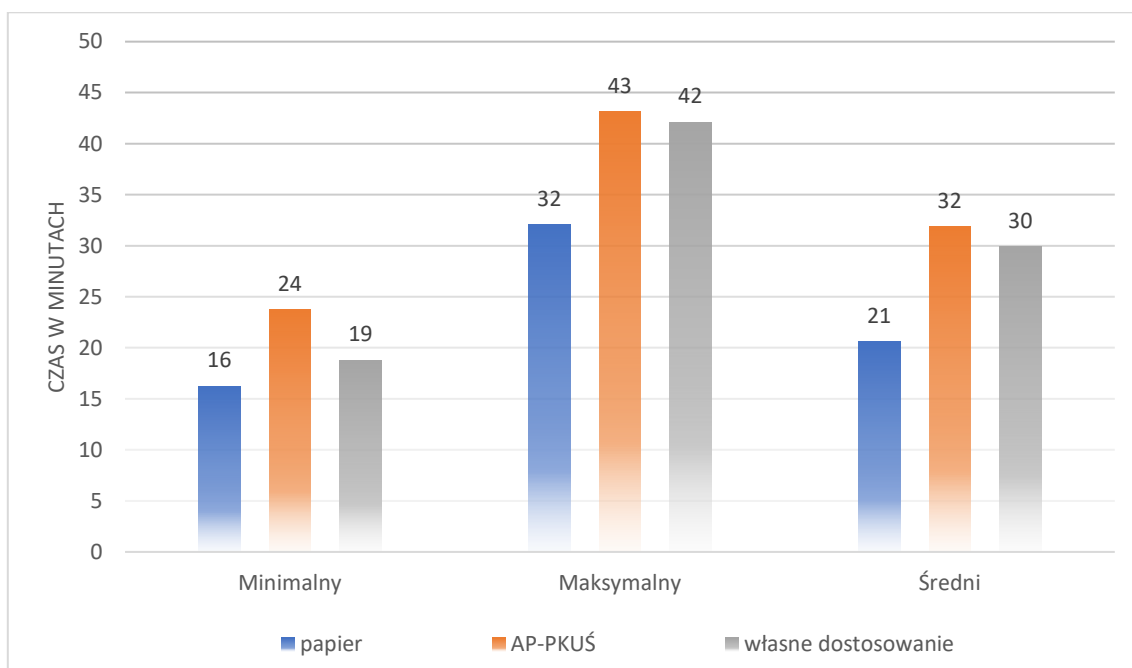
- konto pacjenta - 7%,
- e-mail - 38%,
- Inne - 8% (w tym: mms, list).

Średni czas niezbędny na wypełnienie pełnego kwestionariusza według deklaracji koordynatorów (N=45) wynosi 28 minut. Respondenci szacowali czas w podziale na minimalny, maksymalny i średni (podsumowanie w tabeli poniżej).

Tabela 3. Czas poświęcony na wypełnienie pełnego kwestionariusza bilansowego w podziale na minimalny, maksymalny i średni.

	Minimalny	Maksymalny	Średni
średnia	19	40	28
min	5	8	7
max	60	130	90

Szacowany czas na wypełnienie pełnego kwestionariusza różni się w zależności od formy w jakiej jest wypełniany. Najkrótszy czas - średnio 24 minuty, został wskazany przy formie papierowej, jakkolwiek należy mieć na uwadze, że te dane muszą być później wprowadzone do systemu. Średni czas wypełniania kwestionariusza w AP-PKUŚ wynosi 32 minuty, a w przypadku własnego systemu - 30 minut.



Wykres 11. Średni czas niezbędny na wypełnienie kwestionariusza w podziale na minimalny, maksymalny i średni według formy w jakiej jest wypełniany kwestionariusz.

Respondenci ankiety mieli możliwość wskazać uwagi ogólne do kwestionariusza bilansowego, z czego skorzystało 35 osób. Poniżej ich podsumowanie - niektóre z tych uwag były pojedynczymi spostrzeżeniami.

- Nie zapisuje się na koncie IKP, a mógłby stanowić istotne źródło wiedzy o pacjencie. Jednocześnie powinien być dostępny szerszemu gronu lekarzy (również z AOS), w tym w zakresie zarządzania chorobą. Ponadto dane z kwestionariusza powinny automatycznie kopiować się do historii choroby (dokumentacji medycznej pacjenta).
- Wskazano, że kwestionariusz w formie wydruku jest zbyt mało czytelny, podobnie jak w niektórych przypadkach formularz funkcjonujący w ramach własnego dostosowania systemu (m.in. nakładanie się różnych tabel z uzyskaną informacją od pacjenta oraz zbyt małe i nieczytelne wpisy). Zaproponowano inną formę prezentacji danych, np. tylko w pionie wraz z wytłuszczeniem informacji uzyskanych od pacjenta.

- Istotne parametry pacjenta wymagające zmiany (np. masa ciała, ciśnienie tętnicze) powinny być monitorowane, tj. możliwe do aktualizacji w systemie.
- Wskazano na problemy z samodzielnym rozumieniem pytań przez pacjenta - często pytania wymagają dodatkowego wyjaśnienia, np. część dot. Programów profilaktycznych - pacjenci nie pamiętają wyników swoich badań; wywiadu rodzinnego - pacjenci nie pamiętają roku urodzenia rodziców/rodzeństwa; pytanie o rodzaj i czas aktywności fizycznej (zasadne doprecyzowane – czy jest spowodowana pracą czy uprawianiem sportu).
- Wskazano, że część dotycząca kwalifikacji do programów profilaktycznych jest mało zrozumiała.
- Zaproponowano inny podział kwestionariusza z dedykowaną częścią do wypełnienia przez pacjenta samodzielnie – do ewentualnego omówienia z koordynatorem przed wizytą u lekarza.
- Wskazano na zbędną konieczność drukowania dokumentów i ich podpisywania.
- Zbyt wąsko/mało precyzyjnie został potraktowany obszar dotyczący wywiadu psychologicznego pacjenta oraz część dotycząca leczenia poza POZ.
- Wskazano na braki, np. konsultacji okulistycznej i diagnostyki w tym kierunku, możliwości powtórzenia badań wykonanych w bilansie celem potwierdzenia lub wykluczenia nieprawidłowości (ważne np. przy USG piersi), konsultacji gastrologa, brak aktualizacji o wit D i badania kału na krew utajoną, brak doustnego testu obciążenia glukozą OGTT i jonogramu, brak rubryki zalecenia w IPOMIE i IPZZ, brak możliwości elektronicznego wpisania zakresu tematycznego edukacji w IPPZ, brak pytania o dolegliwości ze strony układu ruchu.
- Badanie fizykalne-badanie per rectum oraz badanie narządów płciowych wskazano jako zbędne w przypadku badania przesiewowego.
- Wskazano na brak uzasadnienia w EBM części badań wymaganych w bilansie.

„Kwestionariusz bilansowy jest kompletnie oderwany od aktualnych wytycznych opartych na EBM. Zabiera czas pacjentowi i personelowi medycznemu na zbieranie wielu nieistotnych danych, często już opisanych w dokumentacji medycznej. Połączenie badania przesiewowego z diagnostyką zgłaszanych dolegliwości jest kompletnym nieporozumieniem i do niczego nie prowadzi(…)”

Vs

„(...) formularz nie jest zbyt obszerny. Tym samym - dobrze przygotowany daje sporą dawkę wiedzy o pacjencie. Warto uczyć personel medyczny, że dokumentacja MUSI być pełna, kompletna, jasna, zrozumiała i czytelna.”

Odnosząc się do uwag należy wskazać, że:

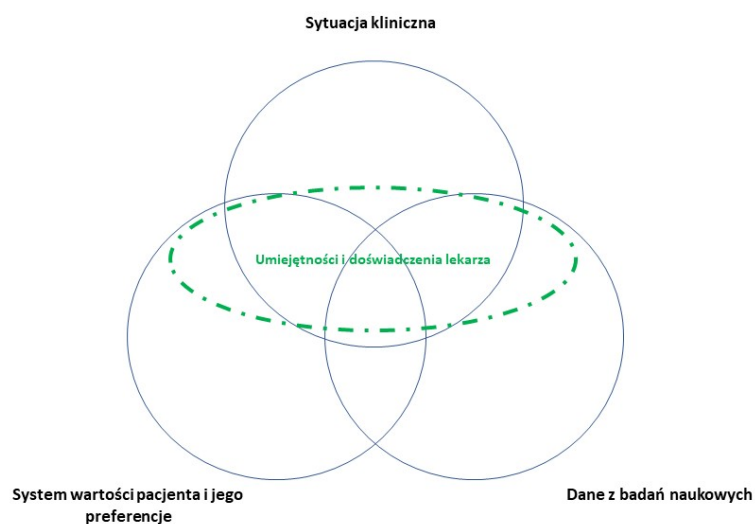
- Trwają prace nad udostępnieniem m.in. podsumowania badania bilansowego pacjentowi w IKP. Docelowo pacjent powinien mieć wgląd w swoją dokumentację medyczną poprzez IKP.
- Wzór kwestionariusza stanowi wizualizację zakresu danych wchodzących w zakres badania bilansowego - w przypadku korzystania z wersji papierowej, jest możliwe dostosowanie dokumentu do własnych preferencji pod warunkiem zachowania minimalnego zakresu danych określonego wzorem w zał. 1b do zarządzenia. NFZ nie miał wpływu na to w jaki sposób zostanie zaprojektowany kwestionariusz w narzędziu gabinetowym (sposób wyświetlania pól itp.).
- W ramach profilaktycznych świadczeń bilansowych jest możliwość aktualizacji danych przy okazji kontrolnych wizyt edukacyjnych. Zasadnym byłoby udostępnienie świadczeniodawcom narzędzia do monitorowania czynników ryzyka/pomiarów w czasie.
- Część dotycząca kwalifikacji do programów profilaktycznych miała być wsparta integracją z danymi z SIMP.
- Z uwagi na problemy z samodzielnym rozumieniem pytań przez pacjentów, nie wydzielono części kwestionariusza do samodzielnego wypełniania. Warto ewentualnie takie rozwiązanie rozważyć do wdrożenia testowego, przy założeniu weryfikacji tych danych i ewentualnej możliwości ich korekty przez koordynatora/pielęgniarkę/lekarza.

- Dokumentacja w pilotażu w założeniu musi być wydrukowana i autoryzowana przez lekarza/pacjenta, ale można z tego w przyszłości zrezygnować na rzecz dokumentacji elektronicznej.
- Wydaje się, że warto ew. doprecyzować te części kwestionariusza, co do których są najczęstsze uwagi, tj. przede wszystkim przeformowanie pytań z zakresu:
 - wywiadu rodzinnego, tak aby nie było nadinterpretacji jakie dane są bezwzględnie wymagane – najprawdopodobniej została pominięta instrukcja wypełniania kwestionariusza³, w której wskazano, że poszczególne pola sekcji „wywiad rodzinny” (pyt. 18 - 22) „są wypełnianie jedynie w przypadku istotnych z punktu widzenia pacjenta przebytych chorób u poszczególnych członków rodziny. W przypadku braku wystąpienia chorób potencjalnie obciążających pacjenta, pola winny pozostać niewypełnione, tj. nie zbieramy informacji o roku urodzenia matki, ojca itd. jeśli nie chorują/chorowali na choroby przewlekłe/nowotwory”. Wskazują na ten fakt uwagi ogólne do kwestionariusza, np.: „pacjentów odstraszały pytania o wiek rodziców i rodzeństwa”.
 - oceny samopoczucia psychicznego – zastosowano 3 pytania rekomendowane do stosowania w trakcie rutynowego badania lekarskiego przez Wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego – Oddział Wrocławski, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej ([8]. W przypadku podejrzenia zaburzeń depresyjnych wywiad powinien być pogłębiony zgodnie z ww. wytycznymi. Należy jednocześnie rozważyć szkolenie realizatorów z tego zakresu.
- W ramach bilansu wskazano ograniczoną listę badań możliwych do zlecenia. Lista badań jest do ewentualnej modyfikacji, pod kątem wytycznych i rekomendacji naukowych. W uzasadnionych przypadkach należy kierować pacjentów do lekarzy specjalistów spoza programu zarządzania chorobą tradycyjną ścieżką – tj. skierowanie do AOS.
- Badania bilansowe nie są typowym skriningiem, bowiem nie są one ukierunkowane na poszukiwanie konkretnych stanów patologicznych. Celem badań bilansowych jest m.in. dookreślenie czynników ryzyka co zgodne jest z aktualnymi trendami prewencji chorób

³ <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2018/12/Profilaktyczne-badania-bilansowe.pdf>

przewlekłych (ciężar interwencji powinien być przesunięty z prewencji wtórnej na pierwotną). Badanie Per-rectum stanowi istotny element badania fizykalnego, na które pacjent może nie wyrazić zgody.

- Odnosząc się do zarzutu o braku uzasadnienia w EBM, należy wskazać, że EBM „to **normalna praktyka lekarska⁴ uwzględniająca w podejmowaniu decyzji wiarygodne i aktualne dane (dowody) z badań naukowych oraz wartości i preferencje pacjenta**”.



Rycina 4. Elementy brane pod uwagę w podejmowaniu decyzji klinicznych według zasad EBM.

Badania naukowe mogą być niedostępne, co nie oznacza, że dane postępowanie jest szkodliwe lub nieprawidłowe. Oczekiwania pacjentów były weryfikowane przed rozpoczęciem pilotażu i według badania opinii **pacjentów oczekują oni m.in. wykonania „porządnego i solidnego” wywiadu i badania** [9]. Powyższe koresponduje z oczekiwaniami pacjentów raportowanych np. przez raport projektu „Razem dla Zdrowia” [10], w świetle którego POZ powinien być m.in. inicjatorem badań profilaktycznych w celu utrzymania osób zdrowych w zdrowiu jak najdłużej. Pacjenci z reguły oczekują zlecenia badań (40% wskazuje na problem z ich otrzymywaniem). Połączenie badania podmiotowego, przedmiotowego i diagnostyki ogranicza ryzyko nadrozpoznowalności stanów patologicznych, a więc także niepokoju

⁴ „Zasady EBM odnoszą się nie tylko do indywidualnej praktyki lekarskiej, lecz także do instytucji i całego systemu opieki zdrowotnej.” Źródło: Polski Instytut Evidence Based Medicine - http://ebm.org.pl/show.php?aid=15267&_tc=1FA388A534E7C5EAB4C0EB85D7FFD14B

pacjenta. Pewne odstępstwa od oficjalnych rekomendacji towarzystw naukowych (wiek populacji docelowej, zakres obligatoryjnych badań niezależnie od wieku), zostały podjęte przez zespół projektowy NFZ na etapie opracowywania projektu zarządzenia – **uwzględniono m.in. uwarunkowania polskiego systemu ochrony zdrowia, wynikające z postaw i oczekiwań pacjentów** (element koordynacji, brak skutecznych działań profilaktycznych). Morfologię i OB włączono do pakietu badań podstawowych m.in. ze względu na rekomendację konsultanta krajowego w dziedzinie hematologii (morfologia nie była kwestionowana w ramach innych programów ocenianych przez AOTMiT). Badanie moczu włączono z uwagi na znaczenie dla diagnostyki chorób i zaburzeń związanych nie tylko z układem moczowym: zaburzenia metaboliczne i endokrynologiczne, schorzenia dróg żółciowych, zatruc czy zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej i gospodarki wodnoelektrolitowej. Badanie to jest proste, tanie, powszechnie akceptowalne, dające w sposób pośredni informacje o całym organizmie, a w połączeniu z badaniem fizykalnym i wywiadem może przynieść znaczące korzyści. Badania podstawowe (morfologia, OB, moczu, glukoza, lipidogram) mają m.in. stanowić zachętę do udziału w badaniach bilansowych, również młodych osób, u których np. edukacja dotycząca czynników behawioralnych może mieć zasadniczy wpływ na zachowania prozdrowotne dające efekty w późniejszym okresie życia. Należy mieć również na uwadze, że niezwykle istotne jest, aby w wyniku badań bilansowych u pacjentów wzrosła odpowiedzialność za zdrowie, świadomość zdrowego (zdrowszego) stylu życia, bez potrzeby włączania ew. leczenia farmakologicznego (*overtreatment*), szczególnie u osób ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka możliwymi do modyfikacji. W tym celu **pacjent jest motywowany do podejmowania samokontroli i stosowania interwencji niefarmakologicznych** (zmiana diety, podjęcie aktywności fizycznej). Sens badań bilansowych nie polega wyłącznie na zapraszaniu do badań osób bez żadnych dolegliwości. W założeniu badania bilansowe mają być adresowane do pacjentów, co do których zespół POZ nie ma aktualnej/pełnej wiedzy odnośnie ich stanu zdrowia - to osoby niekorzystające lub bardzo rzadko korzystające z usług POZ, co nie oznacza to, że nie posiadają żadnych dolegliwości lub nie znajdują się w populacji zagrożonej chorobą. **Jak wskazują doniesienia naukowe, osoby z wyższym ryzykiem gorszego statusu zdrowotnego (niższy status społeczny, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna) niechętnie korzystają ze świadczeń POZ, a prawdopodobnie największe korzyści wynikające z udziału w badaniach profilaktycznych będą zauważalne właśnie w przypadku tej grupy osób.**

Ciekawe przypadki/pozostałe spostrzeżenia:

- Jednymi z najbardziej krytycznych głosów dotyczących zakresu kwestionariusza bilansowego były oceny respondentów, którzy w pytaniu o funkcję osoby wypełniającą ankietę, wskazali 'kierownik przychodni' i 'kierownik podmiotu leczniczego'. Odpowiedzi jednej z tych osób zestawiono z odpowiedziami pielęgniarki i koordynatorki, które wskazały w pytaniu o podmiot POZ PLUS (pytanie dobrowolne) tą samą jednostkę. Występują zasadnicze różnice w odpowiedziach w przypadku pytań:
 - *pyt. 1:* 1 – całkowicie się nie zgadzam vs 5 i 5 – raczej się zgadzam;
 - *pyt. 2:* 1 – całkowicie się nie zgadzam vs 5 – raczej się zgadzam i 6 – zgadzam się;
 - *pyt. 7:* 1 – całkowicie się nie zgadzam vs 5 – raczej się zgadzam i 6 – zgadzam się;
 - *pyt. 8:* 7 – całkowicie się zgadzam vs 3 i 3 – raczej się nie zgadzam;
 - *pyt. 9:* 1 – całkowicie się nie zgadzam vs 3 – raczej się nie zgadzam i 2 – nie zgadzam się;
 - *pyt. 10:* 11 – całkowicie się nie zgadzam vs 6 i 6 – zgadzam się
 - *oraz pyt. 11 /powielenie danych:* 80% vs 10% i 50%; */uzupełnienie danych:* 20% vs 50% i 50 %; */nowe źródło danych:* 30% vs 40% i 80 %.
- We wszystkich 6 przypadkach, w których kwestionariusz bilansowy w części A jest wypełniany wyłącznie przez lekarza, na pytanie o to kto powinien go wypełniać, również jest wskazany lekarz, w tym w przypadkach 5 wyłącznie lekarz, dla 1 osoby zakres do wypełniania przez lekarza jest za duży. W jednym przypadku zawarto komentarz, że „Lekarz lepiej poznaje styl życia pacjenta”.

8. Integracja profilaktyki

Jednym z celów badania bilansowego z zastosowaniem kwestionariusza bilansowego było dostarczenie pacjentom kompleksowego świadczenia profilaktycznego obejmującego m.in. ocenę występujących ryzyk behawioralnych i ich późniejszą redukcję, możliwość skierowania pacjenta do powszechnych programów profilaktycznych, możliwość wczesnego wykrycia chorób oraz objęcia leczeniem w przypadku stwierdzonych stanów patologicznych, m.in. w ramach programu zarządzania chorobą. Konieczność integracji działań prewencyjnych była dyskutowana już na etapie tworzenia kwestionariusza bilansowego, który był pierwszą

próbą proaktywnego i integrującego podejścia do oceny stanu zdrowia i określenia czynników ryzyka u pacjentów w Polsce.

Kwestionariusz bilansowy został wysoko oceniony i może stanowić podstawę do ew. dalszych prac w obszarze profilaktyki i połączenia poszczególnych działań funkcjonujących odrębnie w systemie ochrony zdrowia w Polsce (fragmentaryzacja). Integrację w tym zakresie rekomenduje m.in. stowarzyszenie IFIC POLSKA, które w czerwcu br. przedstawiło koncepcję integracji badań przesiewowych⁵ (integracja ścieżek przesiewowych, rozwiązania systemowe, tj. wspólna platforma bazy danych, wspólny wywiad medyczny (kwestionariusz przesiewowy), identyfikacja czynników ryzyka określonych problemów zdrowotnych, a także kwalifikacja do istniejących programów profilaktycznych, a później opieka nad grupą wysokiego ryzyka - HR). Budowa kwestionariusza przesiewowego bazuje na doświadczeniach związanych z zastosowaniem kwestionariusza bilansowego i jego potencjalnych możliwości. Choć idea integracji badań profilaktycznych jest zasadna wydaje się, że nie będzie to proces szybki i łatwy. Należy go podzielić na etapy. Jednym z pierwszych etapów (zanim zostaną podjęte działania ich ewentualnej integracji) powinna być analiza i rewizja zakresu powszechnie obowiązujących programów profilaktycznych/przesiewowych, np. Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia - ChUK, Program profilaktyki gruźlicy i POCHP, których wykonalność jest na bardzo niskim poziomie. Zakres wielu programów jest zbieżny, tj. wspólny, np. w zakresie identyfikacji ryzyk (palenie tytoniu, nadmierna masa ciała itp.). Z tej perspektywy należałoby zintegrować elementy wspólne poszczególnych programów w ramach jednego produktu np. badania bilansowego, a kwalifikacja powinna być prowadzona do ew. diagnostyki pogłębionej. Kwalifikowanie pacjenta do wielu oddzielnych programów bez kompleksowej oceny stanu zdrowia może być nieefektywne kosztowo oraz prowadzić do marnotrawstwa zasobów (w tym m.in.: kadrowych, czasu). Proces taki jest również nieoptymalny z perspektywy pacjenta, który w przypadku spełnienia warunków kwalifikujących do więcej niż jednego programu, musi przejść podobną ścieżkę związaną z kwalifikacją (te same lub podobne pytania/diagnostyka, czas, stres, potencjalne zniechęcenie do udziału w kolejnym programie, np. rozbieżne zalecenia dietetyczne).

⁵ https://ificpolska.org.pl/wp-content/uploads/2020/06/integracja_profilaktyki.pdf

Zasadnym jest również zidentyfikowanie tych inicjatyw (programów), w których zasadniczą rolę odgrywa lekarz POZ, który kwalifikuje do dalszych etapów badań przesiewowych/procesu leczenia, nie tylko w ramach programów finansowanych przez NFZ (np. Program profilaktyki chorób kardiologicznych (Kordian), Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi, Program Profilaktyki Nowotworów Skóry, i inne).

9. Wnioski i podsumowanie

- Kwestionariusz bilansowy został wysoko oceniony i spełnia przyjęte założenia.
- Zostały zidentyfikowane obszary, które potencjalnie wymagają korekty lub modyfikacji, np. propozycja wydzielenia części kwestionariusza do wypełnienia przez pacjenta przed wizytą bilansową do weryfikacji przez pielęgniarkę/koordynatora.
- Została zidentyfikowana potrzeba opracowania bardziej przejrzystych wytycznych dotyczących wypełniania kwestionariusza.
- Zdigitalizowany kwestionariusz stanowi m.in. narzędzie do dokumentowania badania bilansowego – dane powinny być integralną częścią systemów gabinetowych, powinna być możliwa aktualizacja danych i ich monitorowania, dane powinny być widoczne zarówno dla pacjenta jak i świadczeniodawców z różnych szczebli opieki np. w IKP.
- Dane zebrane centralnie pozwolą na pogłębione analizy dotyczące gromadzonych parametrów.

Poniżej analiza SWOT dotycząca kwestionariusza bilansowego.

Tabela 4. Analiza SWOT kwestionariusza bilansowego

Mocne strony	Słabe strony
• Kwestionariusz w ogólnej ocenie dokonanej na bazie badania ankietowego spełnia zasadnicze założenia przyjęte przed jego wdrożeniem • Ocena kwestionariusza została dokonana przez osoby pracujące z tym narzędziem w anonimowym badaniu ankietowym (wysoka wiarygodność udzielonych odpowiedzi)	• Negatywna opinia środowiska lekarzy rodzinnych na temat bilansów zdrowia i kwestionariusza funkcjonująca jeszcze przed rozpoczęciem pilotażu POZ PLUS • Brak konsensusu dotyczącego poziomu szczegółowości danych w kwestionariuszu • Odsetek odpowiedzi na ankietę oceniającą kwestionariusz stanowi ok. 20 % adresatów - brak możliwości weryfikacji czy respondenci reprezentują wszystkie podmioty POZ PLUS

• Kwestionariusz został przetestowany na dużej próbie – przeprowadzono w jego oparciu 35 966 bilansów (lipiec 2018-czerwiec 2020) • Kwestionariusz został zdigitalizowany w aplikacji AP-PKUŚ oraz zostały opracowane interfejsy wymiany danych z realizatorami POZ PLUS (systemy gabinetowe), co można wykorzystać przy ew. wdrożeniu systemowym • Trwają prace nad zaczytaniem wyników badania bilansowego na koncie IKP aby mogły być zaprezentowane pacjentom – możliwość dalszego rozwoju narzędzia i jego praktycznego wykorzystania	• Brak środowiska testowego po stronie NFZ w aplikacji AP-PKUŚ • Formularz w systemie elektronicznym powinien być skonstruowany pod kątem ergonomii jego wypełniania, a nie być wiernym odwzorowaniem załącznika 1b do zarządzenia POZ PLUS, np. pytania o programy profilaktyczne powinny być powiązane z płcią pacjenta. • W przypadku wypełniania danych bezpośrednio w AP-PKUŚ świadczeniodawcy nie mają możliwości zaczytania ich do swoich systemów gabinetowych – aktualnie jest procedowany wniosek o możliwość udostępniania raportów poszczególnym świadczeniodawcom z bazy AP-PKUŚ.
Szanse	Zagrożenia
• Zebrane uwagi do kwestionariusza bilansowego pozwolą ew. zoptymalizować narzędzie i jego użyteczność – np. do wykorzystania w planowanym bilansie 40-latka. • Możliwość integracji z IKP • Możliwość wykorzystania doświadczeń w budowie rozwiązań systemowych dotyczących profilaktyki, np. do integracji istniejących narzędzi do kwalifikacji do programów profilaktycznych /przesiewowych z wykorzystaniem założeń rekomendowanych przez IFIC Polska.	• Brak możliwości aktualizacji kwestionariusza bilansowego na etapie pilotażu (niezbędne dostosowanie systemu IT po stronie NFZ i SWD) – długi czas rozpatrywania wniosku i wykonania dostosowania • Dane z aplikacji AP-PKUŚ na podstawie wstępnej analizy nie w pełni pokrywają się z danymi z bazy rozliczeniowej, co będzie wymagało pogłębionej analizy – prawdopodobne braki w dokumentowaniu przebiegu bilansu w AP-PKUŚ • Na obecnym etapie brak możliwości korekty błędnych danych sprawozdanych w aplikacji AP-PKUŚ. Dostosowanie w trakcie realizacji

Zebrane uwagi m.in. do kwestionariusza bilansowego mogą stanowić cenne źródło wiedzy do ewentualnej budowy docelowych rozwiązań. Przyjęcie uwag do realizacji będzie wymagało zmian w wielu obszarach (rozwiązania IT, regulacje organizacyjno-prawne, itp.) i będzie dotyczyło wielu interesariuszy systemu ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim świadczeniodawców.

Wydaje się, że zapowiadane wprowadzenie bilansu 40-latka⁶, może być okazją do integracji działań profilaktycznych na podstawie doświadczeń związanych z realizacją profilaktycznych świadczeń bilansowych.

10. Załączniki

Załącznik nr 1 – wzór kwestionariusza oceniającego (KO) - wersja w PDF.

Załącznik nr 2 – wzór kwestionariusza bilansowego (KB) - wzór zakresu danych.

11. Bibliografia

1. Bergmann MM, Jacobs EJ, Hoffmann K, Boeing H. Agreement of self-reported medical history: comparison of an in-person interview with a self-administered questionnaire. Eur J Epidemiol. 2004;19(5):411-6.
2. Fiederling J, Shams AZ, Haug U. Validity of self-reported family history of cancer: A systematic literature review on selected cancers. Int J Cancer. 2016 Oct 1;139(7):1449-60.
3. Dubey V, Glazier R: Preventive Care Checklist Form. Evidence-based tool to improve preventive health care during complete health assessment of adults, Can Fam Physician, 2006; 52:48-55
4. Raport z kontroli NIK, Profilaktyka Zdrowotna w Systemie Ochrony Zdrowia, znak: KZD.430.007.2016, Nr ewid. 211/2016/P/16/054/KZD, Warszawa 2017
5. Maxwell A. Allan, James Marsh, Podręcznik Wywiad i badanie przedmiotowe – wydanie pierwsze polskie pod redakcją Franciszka Kokota, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner. 2004 r.
6. Richardson B. Clinical examination is essential to reduce overdiagnosis and overtreatment. The BMJ 2014;348:g2920.
7. Guzek M., Prusaczyk A. , Szafraniec-Buryło S., Żuk P., Gronwald J., Kułaga K., Witkorzak K., Kurpas D., Analysis of periodic health examinations in the adult Polish community: a preliminary results, Medical Science Pulse, 2017 (11) 4, s. 26-35
8. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego– Oddział Wrocławski, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce dotyczące diagnostyki i terapii zaburzeń depresyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej, Family Medicine & Primary Care Review 2017; 19(3): 1–12
9. Biostat, Raport końcowy „Badanie opinii pacjentów na temat organizacji opieki koordynowanej (OOK), W związku z planowanym wprowadzeniem programu pilotażowego POZ+, w ramach projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”, 2017

⁶ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/wprowadzamy-program-profilaktyka-40-plus>

10. Projekt Razem dla zdrowia, raport Podstawowa opieka zdrowotna jaka jest i jakiej potrzebujemy

https://razemdlazdrowia.pl/media/W1siZiIsIjIwMTkvMDYvMTcvNDFiNjE5NjR2dV9SYXBvcnRfamFrYV9wb2RzdGF3YW93YV9vcGlla2VfemRyb3dvdG5hX21hbXlzMjBfMDNfMjAxNy5wZGYiXV0/Raport_jaka_podstawaowa_opieka_zdrowotna_mamy_20_03_2017.pdf?sha=aae08698bcb72c0c, ostatni dostęp 28.07.2020 r.

Szanowni Państwo!

Uprzejmie prosimy o wypełnienie krótkiej ankiety dotyczącej kwestionariusza bilansowego zastosowanego w ramach badań bilansowych w POZ PLUS.

Celem ankiety jest ocena zakresu kwestionariusza pod kątem jego użyteczności w sprawowaniu kompleksowej opieki nad pacjentem, w tym przede wszystkim pod kątem profilaktyki. Państwa opinia, jako użytkowników i praktyków, jest dla nas niezwykle ważna. Prawie dwuletnie doświadczenie z kwestionariuszem w praktyce, pozwoli na pierwsze wnioski i ewentualne korekty na przyszłość. Wnioski będą stanowiły podstawę do dalszych prac na rzecz systemu profilaktyki w Polsce.

Prosimy o wypełnienie ankiety przez wszystkich profesjonalistów medycznych udzielających świadczeń bilansowych z Państwa jednostki, w tym osoby pełniące funkcje koordynatorów (1 osoba = 1 ankieta).

Przewidywany czas wypełnienia ankiety wynosi około 7 minut.

Ankieta jest anonimowa i zawiera:

3 pytania charakteryzujące respondenta, w tym pytanie o jednostkę POZ PLUS pytań jest dobrowolne 10 sformułowań w postaci 7-stopniowej skali Likerta o zakres informacji zawarty w kwestionariuszu bilansowym 6 lub 7 pytań (w zależności od funkcji osoby wypełniającej ankietę) dotyczących wypełniania kwestionariusza i tworzenia IPPZ.

Uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety i przesłanie jej za pośrednictwem formularza online do 17 czerwca 2020 r.

Dziękujemy! Zespół POZ PLUS



Lekarz	
Pielegniarka	
Koordynator	
Edukator Zdrowotny	
Inne	

[illegible]

Mały (do 5000)	
Średni (5000-10000)	
Duży (10000-20000)	



A3. Wskaż, którego realizatora POZ Plus reprezentujesz:

To pytanie jest dobrowolne.

01_01 NZOZ "PRZYCHODNIA RODZINNA"	☐
01_03 POWIATOWE CENTRUM ZDROWIA SP. Z O.O.	☐
02_01 NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "FARMA-MED"	☐
02_02 NZOZ CENTRUM MEDYCZNE "IKAR"	☐
03_01 NZOZ "ZDROWIE" S.C.	☐
03_02 NZOZ "CENTRUM" ALEKSANDRÓW	☐
04_01 WSPL SPZOZ	☐
05_01 "NEUCA MED." SP. Z O.O.	☐
05_02 CM "MEDYCYNĄ GRABIENIEC"	☐
05_03 CM "SZPITAL ŚW. RODZINY"	☐
06_01 "SCANMED" S.A. KROWODRZA	☐
06_02 "SCANMED" S.A. ŚRÓDMIEŚCIE	☐
06_03 NZOZ KRAKÓW-POŁUDNIE SP. Z O.O.	☐
06_04 NZOZ "KROMED" S.C.	☐
07_01 SPZZLO WARSZAWA-ŻOLIBÓRZ	☐
07_02 SPZZLO WARSZAWA-WAWER	☐
07_03 NZOZ "MEDIQ"	☐
07_04 NZOZ "CENTRUM" MIŃSK	☐
07_05 NZOZ "CENTRUM" SIEDLCE	☐
07_06 "ZDROWIE" S.C. PORADNIA RODZINNA	☐
08_01 "OPTIMA MEDYCYNĄ" S.A. DYTMARÓW	☐
08_02 "OPTIMA MEDYCYNĄ" S.A. RACŁAWICE ŚLĄSKIE	☐
09_01 ZOZ NR 2 ŁĄKA	☐
09_02 ZOZ NR 2 WYSOKA GŁOGOWSKA	☐
10_01 SPZOZ MOŃKI	☐
10_02 ŁOMŻYŃSKIE CENTRUM MEDYCZNE	☐
11_01 "COPERNICUS" SP. Z O.O.	☐
11_02 "BALTIMED"	☐
11_03 NADMORSKIE CENTRUM MEDYCZNE	☐
12_01 "EPIONE" SP. Z O.O. PIOTROWICKA	☐
12_02 "EPIONE" SP. Z O.O. SZOPIENICKA	☐
12_03 NZOZ CENTRUM MEDYCZNE SP. Z O.O.	☐
12_04 CENTERMED SP. Z O.O.	☐
13_01 CENTERMED KIELCE	☐
14_01 "ELMED"SP. Z O.O.	☐
15_01 ZPiSOZ "MEDIX"	☐
15_02 "PRO-FAMILIA"	☐
15_03 "VITA" PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ RODZINNEJ	☐
15_04 NZOZ "MULTIMEDIS"	☐
16_01 NZOZ "ARS MEDICA"	☐
16_02 "SZAFERA" PRZYCHODNIA MEDYCYNĄ RODZINNEJ	☐



Część B:I

B1. Zakres informacji zawarty w kwestionariuszu bilansowym osoby dorosłej:

Na pytania od 1 do 10 prosimy o jedną odpowiedź w 7-stopniowej skali Likerta. Gdzie numery oznaczają:

**1 - Całkowicie się nie zgadzam; 2 - Nie zgadzam się;
3 - Raczej się nie zgadzam; 4 - Nie mam zdania; 5 -
Raczej się zgadzam; 6 - Zgadzam się; 7 - Całkowicie
się zgadzam**

	1	2	3	4	5	6	7
1. Zawiera informacje, które są istotne przy podejmowaniu decyzji klinicznych	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Systematyzuje wiedzę na temat aktualnego stanu zdrowia pacjenta (w tym z różnych dziedzin systemu ochrony zdrowia)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Jest wiarygodnym źródłem informacji do określenia statusu zdrowotnego pacjenta i określenia IPPZ	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Zawiera informacje, które są istotne przy edukacji pacjenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. Zawiera informacje umożliwiające wstępną selekcję do powszechnie dostępnych programów profilaktycznych	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Zakres informacji kwestionariusza bilansowego i wydanie pacjentowi IPPZ ułatwiają komunikację i relację z pacjentem, w tym wpływają na samokontrolę pacjenta	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Ułatwia przydzielenie pacjenta do grupy dyspanseryjnej i pomaga optymalizować zasoby zespołu medycznego do świadczenia dalszej opieki	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Niepotrzebny i zbyt szczegółowy*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9. Niepełny i zbyt ogólny*	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Podsumowanie informacji o pacjencie na bazie kwestionariusza (wstępny wywiad) skraca czas wizyty lekarskiej	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

B2. *8.1 Podaj w jakim obszarze/zakresie jest zbyt szczegółowy:

Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej	☐
Wywiad rodzinny i historia aktualnych i przebytych chorób pacjenta	☐
Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych	☐
Użytki, Leczenie poza POZ, Farmakoterapia, Inne (szczepienia)	☐
Pomiary antropometryczne i parametry życiowe	☐
Ocena samopoczucia psychicznego	☐
Zgłaszane dolegliwości	☐
Badanie fizyczne (przedmiotowe)	☐
Badania diagnostyczne	☐
Podsumowanie bilansu i dalsze postępowanie	☐

B3. *9.1 Podaj w jakim obszarze/zakresie jest zbyt ogólny:

Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej	☐
Wywiad rodzinny i historia aktualnych i przebytych chorób pacjenta	☐
Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych	☐
Użytki, Leczenie poza POZ, Farmakoterapia, Inne (szczepienia)	☐
Pomiary antropometryczne i parametry życiowe	☐
Ocena samopoczucia psychicznego	☐
Zgłaszane dolegliwości	☐
Badanie fizyczne (przedmiotowe)	☐
Badania diagnostyczne	☐
Podsumowanie bilansu i dalsze postępowanie	☐

Lekarz

Inne

Inne

[illegible]

C8. 17. Podaj czas poświęcony na wypełnienie 1 pełnego kwestionariusza bilansowego:

podaj ile minut:

minimum

[illegible]

maksimum

[illegible]

średnio

[illegible]

C9. Uwagi ogólne dotyczące kwestionariusza bilansowego:

[illegible]

KWESTIONARIUSZ BILANSOWY (wzór zakresu danych)

Część A. Dane personalne

(1) ID kwestionariusza:			
(2) data rozpoczęcia wypełniania kwestionariusza:			
(3) forma zaproszenia pacjenta:			

(4) PESEL lub inny identyfikator pacjenta		(5) Płeć	☐ K	☐ M	(6) Wiek	— lat
(7) Imię i nazwisko		(8) Wsparcie społecznie	☐ w związku lub prowadzi gospodarstwo domowe z inną osobą, np. dzieckiem/współmałżonkiem/partnerem		☐ stan wolny lub prowadzi gospodarstwo domowe samodzielnie	
(9) Numer telefonu		(10) Adres e-mail	(11) Adres zamieszkania (kontaktowy)			
(12) Wykształcenie	☐ podstawowe	☐ średnie/zawodowe	☐ wyższe (w tym lic./mgr)		(13) Zawód wykonywany	

Ocena ogólnego stanu zdrowia, aktywności fizycznej - 89.01

(14) Jak ocenia Pani/Pan swój aktualny stan zdrowia w skali od 1 (bardzo źle) do 5 (bardzo dobrze)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
(15) Jak ocenia Pani/Pan swoją sprawność fizyczną w skali od 1 (bardzo niska) do 5 (bardzo dobra)?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	
(16) Ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) umiarkowaną* aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	☐ nie uprawiam	☐ 1-2 razy w tygodniu	☐ 3-4 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	łączny czas tygodniowo	_____ min
(17) Ile razy w tygodniu uprawia Pan(i) intensywną** aktywność fizyczną (uwzględniając tylko wysiłki trwające co najmniej 10 min bez przerwy)?	☐ nie uprawiam	☐ 1-2 razy w tygodniu	☐ 3-4 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	łączny czas tygodniowo	_____ min

* aktywność umiarkowana, tj. prowadząca do trochę szybszego oddychania i trochę szybszego bicia serca sport (np. noszenie lżejszych ciężarów, jazda rowerem w normalnym tempie, gra w siatkówkę lub bardzo szybki marsz).

** aktywność intensywna, tj. wywołującą bardzo szybkie oddychanie i bardzo szybkie bicie serca (np. dźwiganie ciężkich przedmiotów, kopanie ziemi, aerobik, szybki bieg, szybka jazda rowerem).

Wywiad rodzinny – 89.01

Członkowie rodziny I stopnia (żyjący i zmarli)	Rok ur.	Czy żyje? (tak/nie)	a. Choroby przewlekłe (np. astma, cukrzyca, choroby psychiczne, choroby serca, nadciśnienie tętnicze)			b. Zachorowania na nowotwory			
			tak	nie	jakie?	tak	nie	w jakim wieku?	umiejscowienie nowotworu
(18) Matka			☐	☐		☐	☐		
(19) Ojciec			☐	☐		☐	☐		
(20) Rodzeństwo:									
1.			☐	☐		☐	☐		
2.			☐	☐		☐	☐		
3.			☐	☐		☐	☐		
(21) dzieci:									
1.			☐	☐		☐	☐		
2.			☐	☐		☐	☐		
3.			☐	☐		☐	☐		
(22) Dalsi krewni (stopień pokrewieństwa)									
1.	Nie dotyczy					☐	☐		
2.						☐	☐		
3.						☐	☐		

4.		☐	☐		
----	--	--------------------------	--------------------------	--	--

Wywiad/badanie podmiotowe (historia przebytych chorób pacjenta) – 89.01

ICD-10	Nazwa	Aktua lna	Przebyta	Uwagi				
		☐	☐					
		☐	☐					
		☐	☐					
		☐	☐					
		☐	☐					
Uczestnictwo w programach profilaktycznych/przesiewowych								
		TAK	NIE		TAK	NIE		
(23) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki układu krążenia (CHUK)?	☐	☐	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	☐	☐			
				Data ost. badania				
				Wynik	☐ w normie	☐ poza normą		
				Zalecenia				
(24) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu profilaktyki chorób odżytoniowych, w tym POChP?	☐	☐	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	☐	☐			
				Data ost. badania				
				Wynik	☐ w normie	☐ poza normą		
				Zalecenia				
(25) Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?	☐	☐	Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu:	☐	☐			
				Data ost. badania				
				Wynik	☐ w normie	☐ poza normą		
				Zalecenia				
(26) Czy pacjent/ka kwalifikuje się do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego?	☐	☐	Czy kiedykolwiek pacjent/ka korzystał/a z programu:	☐	☐			
				Data ost. badania				
				Wynik	☐ w normie	☐ poza normą		
				Zalecenia				
(27) Czy w ciągu ostatnich dwóch lat miała Pani wykonane badanie piersi?	☐	☐	☐ mammografia	☐ USG	☐ samokontrola			
(28) Czy pacjentka kwalifikuje się do Programu profilaktyki raka sutka?	☐	☐	Czy kiedykolwiek pacjentka korzystała z programu:	☐	☐			
				Data ost. badania				
				Wynik	☐ w normie	☐ poza normą		
				Zalecenia				
(29) Czy pacjent/ka korzystał/a ze świadczeń w ramach innych Programów profilaktycznych niż te wymienione w pytaniach: 23-28?	☐	☐	Jaki Program:	Data badania				
				Wynik	☐ w normie	☐ poza normą		
				Zalecenia				
Używki								
(30) Palenie tytoniu	☐	☐	Jeśli tak, Ile sztuk dziennie?			Od ilu lat?		
			Czy kiedykolwiek palił/a Pan/i papierosy:	☐ Tak	☐ Nie	☐ Nie palę od ____ lat	Paliła/ em ____ lat	____ lat
Wynik testu Fagerstroma (u osób palących) Liczba uzyskanych punktów:							____ pkt	
(31) Spożycie alkoholu (wg AUDIT-C dla POZ):	Jak często pije Pan/i napoje zawierające alkohol?		☐ nigdy	☐ 1 raz w m-cu lub rzadziej	☐ 2-4 razy w miesiącu	☐ 2-3 razy w tygodniu	☐ częściej niż 4 razy w tygodniu	
	Ile porcji alkoholu wypija Pan/i przeciętnie w okresie, kiedy Pan/i pije alkohol?		☐ 1-2	☐ 3-4	☐ 5-6	☐ 7-9	☐ 10 lub więcej	
	Jak często wypija Pan/i sześć albo więcej porcji przy jednej okazji?		☐ nigdy	☐ rzadziej niż raz w m-cu	☐ raz w miesiącu	☐ raz w tygodniu	☐ codziennie lub prawie codziennie	
(32) Inne używki	☐	☐	Jakie?					
Leczenie poza POZ	TAK	NIE	Opis (w którym roku, jaki zabieg, na jakim oddziale/jakiej poradni)					

(33) Czy przebył/a Pan/i inwazyjne zabiegi diagnostyczne?	☐	☐	
(34) Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y (nie dotyczy operacji)?	☐	☐	
(35) Czy była Pani/Pan operowana/y?	☐	☐	
(36) Czy jest Pan/i pod opieką poradni specjalistycznej? Jakiej?	☐	☐	
Farmakoterapia			
(37) Czy przyjmuje Pan/i leki na stałe?	☐	☐	nazwa produktu dawka ile razy dziennie od kiedy
(38) Czy jest Pan/i uczulony/a na jakikolwiek lek?	☐	☐	☐ nie wiem Jeśli tak, jaki?
Inne			TAK NIE
(39) Czy pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko grypie?	☐		kiedy? ☐
(40) Czy kiedykolwiek pacjent/ka miał/a wykonywane szczepienia przeciwko WZW typu B?	☐		Kiedy? ☐
Zgłaszane dolegliwości			
(41) Czy w ostatnim czasie zauważyła Pani/Pan któreś z objawów z listy?	☐	☐	☐ pogarszająca się tolerancja wysiłku ☐ zmiana masy ciała ☐ spadek ☐ wzrost ☐ powiększenie obwodu brzucha ☐ zaburzenia ze strony układu pokarmowego ☐ ostre bądź przewlekłe bóle brzucha ☐ zaburzenia wypróżniania ☐ ból brzucha i okolic odbytu, w tym przy wypróżnianiu ☐ świąd odbytu ☐ krwawienia z odbytu / krew w stolcu ☐ nawracające stany zapalne dróg rodnych ☐ problemy z oddawaniem moczu ☐ krwiomocz ☐ częstomocz ☐ trudności w oddawaniu moczu ☐ ból kroczu i podbrzusza ☐ zaburzenia miesiączkowania ☐ wyczuwalne zmiany w piersi ☐ wyciek z brodawek ☐ powiększenie obwodu szyi ☐ wyczuwalne zmiany w obrębie tarczycy ☐ kołatanie serca/tachykardia ☐ ból w klatce piersiowej ☐ duszność ☐ krwioplucie ☐ niepokojący lub długo utrzymujący się kaszel ☐ obrzęki ☐ bóle stawów kończyn dolnych ☐ inne, jakie? _____ _____

Pomiary antropometryczne i parametry życiowe – 89.04

(48) Czy w ciągu ostatniego miesiąca często czuł(a) się Pan(i) przygnębiony(a), depresyjny(a) lub zrozpaczony(a)?	☐ Tak	☐ Nie
--	------------------------------	------------------------------

(49) Czy w ciągu ostatniego miesiąca był(a) Pan(i) mniej zainteresowany(a) większością spraw lub odczuwał(a) Pan(i) mniejszą przyjemność z wykonywanych zajęć?"	☐ Tak	☐ Nie
(50) Czy jest coś, w czym chciał(a)by Pan(i), by Panu(i) pomóc?"	☐ Tak	☐ Nie

Badanie fizykalne (przedmiotowe) – 89.00

Zakres	W normie	Poza normą	Uwagi
Skóra	☐	☐	
Węzły chłonne	☐	☐	
Śluzówki	☐	☐	
Czaszka	☐	☐	
Oczy i wzrok	☐	☐	
Uszy i słuch	☐	☐	
Nos i powonienie	☐	☐	
Jama ustno-gardłowa	☐	☐	
Stan uzębienia	☐	☐	
Szyja i gruczoł tarczowy	☐	☐	
Klatka piersiowa	☐	☐	
Gruczoły piersiowe	☐	☐	
Płuca	☐	☐	
Układ sercowo-naczyniowy	☐	☐	
Brzuch	☐	☐	
Układ moczowo-płciowy	☐	☐	
Badanie per rectum	☐	☐	
Układ nerwowy	☐	☐	

Część B.

Badania diagnostyczne

Badanie		Kwalifikacja do badania	Wynik badania	
			prawidłowy	nieprawidłowy
Morfologia C55		☐	☐	☐
OB C59		☐	☐	☐
Badanie ogólne moczu A01		☐	☐	☐
Glukoza L43		☐	☐	☐
Lipidogram	cholesterol całkowity I99	☐	☐	☐
	cholesterol-HDL K01			
	cholesterol-LDL K03			
	triglicerydy (TG) O49			
Spirometria 89.383		☐	☐	☐
ALT (AlAT) I17		☐	☐	☐
AST (AspAT) I19		☐	☐	☐
TSH L69		☐	☐	☐
FT4 069		☐	☐	☐
FT3 055		☐	☐	☐
EKG 89.51		☐	☐	☐
Usg jamy brzusznej 88.761		☐	☐	☐
USG piersi 88.732		☐	☐	☐
USG tarczycy i przytarczyc 88.713		☐	☐	☐
PSA I61		☐	☐	☐
USG gruczołu krokowego 88.763		☐	☐	☐
RTG klatki piersiowej (KLP) 87.440		☐	☐	☐
Kreatynina M37		☐	☐	☐
Kwas moczowy M45		☐	☐	☐
Densytometria 88.981		☐	☐	☐

Podsumowanie bilansu

Podejrzenie:	Kod ICD10	
Rozpoznanie:	Kod ICD10	
Wynik SCORE:	___% prawdopodobieństwa zgonu z powodu chorób układu krążenia w ciągu następnych 10 lat	

Status zdrowotny pacjenta

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

Dalsze postępowanie

☐ pacjent skierowany na badania spoza pakietu badań bilansowych <i>które?</i> _____		☐ pacjent kwalifikuje się do programu zarządzania chorobą <i>wg której ścieżki?</i> _____		☐ pacjentowi wystawiono skierowanie do lekarza specjalisty <i>które specjalności?</i> _____		☐ pacjentowi wydano kartę DILO
☐ pacjent skierowany do Programu CHUK	☐ pacjent skierowany do Programu POChP	☐ pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka sutka?	☐ pacjent skierowany do Programu profilaktyki raka szyjki macicy?	☐ pacjent skierowany do Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego		
Kwalifikacja pacjenta do wizyt edukacyjnych:		☐ wizyta edukacyjna	☐ wizyty edukacyjne dietetyczne	☐ wizyty edukacyjne psychologiczne		

Uwagi

(51) data zakończenia
wypełniania
kwestionariusza:

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis osoby wypełniającej kwestionariusz

.....
Data i podpis lekarza przeprowadzającego badanie