



IOF
CAPTURE *the*
FRACTURE

BEST PRACTICE FRAMEWORK *dla* FRACTURE LIAISON SERVICES (FLS)

Wyznaczanie standardów

Wg. badań modele Fracture Liaison Services są najbardziej kosztoskroftkwnym sposobem zapobiegania złamaniom wtórnym.

Kompleksowy, oparty na koordynatorze system daje doskonałe rezultaty w postaci mniejszej liczby złamań, oszczędności dla systemu opieki zdrowotnej a także poprawy jakości życia u pacjentów

BEST PRACTICE FRAMEWORK DLA PREWENCJI WTÓRNYCH ZŁAMAŃ

Inicjatywa Best Practice Framework (BPF) to opracowane i wspólnie oceniane przez zespół międzynarodowych specjalistów wytyczne profilaktyki wtórnych złamań osteoporotycznych. Celem BPF jest promowanie systemu opartego na koordynatorze, znanego pod nazwą Fracture Liaison Service (FLS) jako postępowanie z wyboru w przypadku placówek zajmujących się leczeniem złamań niskoenergetycznych.

BPF ma dwa główne cele:

- Dostarcza wytyczne dla placówek planujących rozpoczęcie działalności FLS
- Wyznacza standardy pozwalające na stały rozwój działalności istniejących ośrodków FLS

Usystematyzowany w postaci 13-punktowej listy standardów BPF odnosi się do elementów podstawowych i koniecznych do funkcjonowania ośrodka FLS jak i tych, do których każdy ośrodek powinien dążyć aby doskonalić swoją działalność.

Każdy standard zawiera kryteria i cele podzielone na 3 poziomy realizacji – złoty, srebrny oraz brązowy.

W uznaniu doskonałej opieki

Inicjatywa Capture the Fracture prowadzi na bieżąco mapę placówek realizujących program FLS u siebie w oparciu o wytyczne Best Practice Framework.

Oto model jej funkcjonowania:

Krok 1

Ośrodek FLS składa aplikację



Krok 2

Ośrodek zostaje umieszczony na mapie pod kolorem zielonym i poddany ocenie



Krok 3

Przypisanie poziomu wg BPF



Krok 4

Umieszczenie ośrodka FLS na mapie



By dołączyć do inicjatywy i zgłosić swój FLS prosimy odwiedzić:

www.capturethefracture.org

1. IDENTYFIKACJA PACJENTÓW

Pacjenci ze złamaniami objęci opieką w ramach działalności danej placówki (oddział ortopedyczno-urazowy oraz/lub opieka ambulatoryjna) są identyfikowani celem objęcia ich systemem wtórnej profilaktyki złamań.

Celem standardu jest opracowanie WZORU wg którego pacjenci ze złamaniami będą identyfikowani. W ramach oceny tego punktu dopuszcza się by oceniana placówka przyjmowała pacjentów jedynie w ramach opieki ambulatoryjnej, tylko opieki szpitalnej lub obu jednocześnie.

Kwestionariusz pozwala ocenić jacy pacjenci ze złamaniami są na co dzień leczeni w ramach działalności danej placówki (określenie rodzaju opieki).

POZIOM 1

Pacjenci ze złamaniami są identyfikowani ale **nie istnieje żaden system śledzenia pacjenta** umożliwiający porównanie odsetka zidentyfikowanych vs niezidentyfikowanych

Informacja

Placówka **nie posiada** żadnego systemu pozwalającego na namierzenie **każdego** pacjenta zgłaszającego się ze złamaniem, tym samym **nie jest w stanie** dokładnie określić odsetka pacjentów objętych systemem.

POZIOM 2

Pacjenci ze złamaniami są identyfikowani a **system śledzenia pacjenta istnieje**, pozwalając na porównanie odsetka zidentyfikowanych vs niezidentyfikowanych

Informacja

Placówka **posiada** system pozwalający na namierzenie **każdego** pacjenta zgłaszającego do niej się ze złamaniem, tym samym **jest w stanie** dokładnie określić odsetek pacjentów objętych systemem

POZIOM 3

Pacjenci ze złamaniami są identyfikowani a **system śledzenia pacjenta istnieje** pozwalając na porównanie odsetka zidentyfikowanych vs niezidentyfikowanych

Jakość otrzymanych **danych jest poddana niezależnej ocenie.**

Informacja

Placówka **posiada** system pozwalający na namierzenie **każdego** pacjenta zgłaszającego się do niej ze złamaniem, dodatkowo posiada system kontroli i oceny danych niezależny od zespołu leczniczego np **statystyk szpitalny.**

Przyjmuje się, że różne systemy zdrowotne i placówki w ich ramach działające mogą mieć różne sposoby identyfikowania 'pacjentów ze złamaniami' (np. ICD, CIM 10, wieku pacjentów, rodzaju złamania), by objąć ich wtórną profilaktyką.

2. OCENA STANU PACJENTA

Pacjenci ze złamaniami, w ramach działającej placówki, są poddawani ocenie w kierunku ryzyka wystąpienia dalszych złamań kości

Punkt dotyczy liczby pacjentów faktycznie poddawanych dalszej ocenie w kierunku ryzyka wystąpienia następných złamań.

Intencją standardu jest określenie jaki procent pacjentów ze złamaniami, zgłaszających się do placówki, jest poddany ocenie w kierunku złamań wtórnych.

Dopuszcza się, że placówki będą świadczyć opiekę tylko w zakresie pacjentów ambulatoryjnych, tylko szpitalnych lub obu jednocześnie.

Dodatkowo w ramach tego standardu dopuszcza się sytuację, w której np. u pacjentów po 80 roku życia najlepiej jest pominąć standardową ocenę ryzyka i przejść od razu do wdrożenia wytycznych w zakresie leczenia.

POZIOM 1

W grupie zidentyfikowanych pacjentów, u których natychmiastowe leczenie nie jest wskazane – **50%** jest poddanych ocenie w kierunku ryzyka złamań wtórnych

POZIOM 2

W grupie pacjentów zidentyfikowanych, u których natychmiastowe leczenie nie jest wskazane – **70%** jest poddanych ocenie w kierunku ryzyka złamań wtórnych

POZIOM 3

W grupie pacjentów zidentyfikowanych, u których natychmiastowe leczenie nie jest wskazane – **90%** jest poddanych ocenie w kierunku ryzyka złamań wtórnych

Ocena tego standardu zawsze powinna uwzględniać problem oceny pacjentów z zespołami otępiennymi lub zaburzeniami poznawczymi.

3. CZAS WYKONANIA OCENY STANU PACJENTA

Wykonanie oceny stanu pacjenta po złamaniu, w kierunku wtórnej profilaktyki złamań, powinno odbyć się w najszybszym możliwym terminie.

Standard ten określa średni czas jaki upływa od złamania do momentu podjęcia się oceny ryzyka wystąpienia złamań wtórnych.

Ocena może zostać przeprowadzona przez jakiegokolwiek wykwalifikowanego specjalistę ale pod kontrolą koordynatora systemu FLS. Ponadto powinna zawierać wszystkie niezbędne elementy tj. badanie densytometryczne kości lub inne niezbędne dla oceny pacjenta badania dodatkowe.

Istnienie jednolitego protokołu zapewnia prawidłowe wykonanie oceny ryzyka złamania.

POZIOM 1

Ocena ryzyka wtórnego złamania zostaje przeprowadzona w okresie między **13 a 16 tygodniem** od wystąpienia złamania.

Informacja

Stosunek pacjentów, do których odnosi się dany standard wynosi 50%, 70% i 90% grupy w zależności od kwalifikacji do odpowiedniego poziomu (1,2 i 3) w zakresie standardu 2

POZIOM 2

Ocena ryzyka wtórnego złamania zostaje przeprowadzona w okresie między **9 a 12 tygodniem** od wystąpienia złamania.

Informacja

Stosunek pacjentów do których odnosi się dany standard wynosi 50%, 70% i 90% grupy w zależności od kwalifikacji do odpowiedniego poziomu (1,2 i 3) w zakresie standardu 2

POZIOM 3

Ocena ryzyka wtórnego złamania zostaje przeprowadzona w okresie do **8 tygodni** od wystąpienia złamania.

Informacja

Stosunek pacjentów do których odnosi się dany standard wynosi 50%, 70% i 90% grupy w zależności od kwalifikacji do odpowiedniego poziomu (1,2 i 3) w zakresie standardu 2

Placówki aplikujące proszone są o podanie średniego czasu oczekiwania na ocenę wtórnego ryzyka wystąpienia złamania u pacjenta, w oparciu o obowiązujące protokoły (lub wysokość kontraktu) danej placówki/systemu opieki zdrowotnej. Przyjmuje się, że czas oczekiwania powyżej 4 miesięcy jest zbyt długim okresem.

4. ZŁAMANIA W OBRĘBIE KRĘGOSŁUPA

Placówka posiada system pozwalający by pacjenci z wcześniej nierozpoznanymi złamaniami kręgosłupa byli identyfikowani i poddawani ocenie w kierunku wdrożenia wtórnej profilaktyki złamań

Większość złamań kręgowych pozostaje nierozpoznana.

Celem tego standardu jest określenie czy placówka posiada system identyfikacji złamań kręgosłupa dostępny dla pacjentów przyjętych do placówki niezależnie od pierwotnej przyczyny.

Połączenie znajomości problematyki złamań kręgosłupa z wdrożeniem badań densytometrycznych (BMD) wykazało znaczącą poprawę w zakresie przewidywania ryzyka wtórnych złamań.

POZIOM 1

Pacjenci z klinicznymi złamaniami kręgosłupa przechodzą ocenę ryzyka

oraz/lub otrzymują stosowne leczenie w ramach profilaktyki złamań wtórnych

Informacja

Do 25% pacjentów zgłaszających się do placówki FLS ze złamaniami pozakręgowymi wykazywało w badaniu Vertebral Fracture Assesment cechy zmian deformacyjnych.

Przyjmuje się, że u niektórych pacjentów badanie VFA może nie znaleźć praktycznego zastosowania przy podejmowaniu decyzji w kwestii leczenia np. u pacjentów ze złamaniem bkk udowej.

POZIOM 2

Pacjenci z pozakręgowymi złamaniami przechodzą rutynową ocenę z

wykorzystaniem morfometrii (bocznej) kręgosłupa DXA (lub zwykłego zdjęcia RTG kręgosłupa) w kierunku ewentualnych złamań kręgosłupa

Informacja

Potwierdzenie wystąpienia złamań w obrębie kręgosłupa u pacjentów skierowanych na badania DXA (z innego powodu niż złamanie) może znacząco wpływać na decyzję o podejmowaniu leczenia u pewnego odsetka pacjentów.

POZIOM 3

Pacjenci, którzy mają złamania kręgosłupa **zgłoszone przez techników radiologii** w badaniu RTG, CT lub MRI (odkryte przypadkiem lub nie) są identyfikowani przez FLS, który ocenia możliwość wdrożenia leczenia w ramach profilaktyki złamań wtórnych

Informacja

W placówce wykonuje się znaczącą liczbę badań obrazowych u osób po 50 r. ż., co stwarza możliwość istotnej poprawy w zakresie identyfikacji pacjentów z ryzykiem złamań w grupie osób z wcześniej nierozpoznanymi złamaniami kręgosłupa (zgłaszającymi się z innych powodów do placówki).

W ramach powyższego standardu uznaje się, że złamania w obrębie kręgosłupa są trudne do rozpoznania. Mając na uwadze, że ich diagnostyka może stanowić wyzwanie, a jednocześnie świadomość, że złamania kręgosłupa są najczęstszymi złamaniami niskoenergetycznymi przyjmuje się, że nie uwzględnienie ich w bieżącej strukturze systemowej byłoby błędem.

5. WYTYCZNE OCENY

Standard odnosi się do zgodności wytycznych placówki w zakresie postępowania diagnostycznego w kierunku oceny profilaktyki złamań wtórnych z wytycznymi lokalnymi/regionalnymi/krajowymi.

Punkt ma dwójaki charakter. W pierwszej kolejności placówka określa poziom zgodności swoich wytycznych (poddanych niezależnej ocenie ekspertów) z wytycznymi na poziomie lokalnym, regionalnym lub krajowym.

Po drugie, podkreśla on znaczenie istotnej roli jaką może pełnić efektywny FLS wspierając inne placówki na arenie krajowej.

FLS o ugruntowanej pozycji powinien pełnić wiodącą rolę w promowaniu i opracowywaniu krajowych wytycznych w zakresie profilaktyki złamań

POZIOM 1

Metody oceny stosowane w placówce są zgodne z wytycznymi (zaopiniowanymi przez niezależnych ekspertów) opracowanymi lokalnie przez jednostkę nadrzędną placówki świadczącej usługi FLS lub zaadaptowanymi z wytycznych międzynarodowych.

Informacja

Wykorzystanie opracowanych lokalnie (lub w oparciu o międzynarodowe standardy) wytycznych jest akceptowalne na tym poziomie aczkolwiek wraz z wypracowaniem stanowiska regionalnego i krajowego placówka powinna pracować nad dostosowywaniem swoich zaleceń.

POZIOM 2

Metody oceny stosowane w placówce są zgodne z wytycznymi regionalnymi.

Informacja

Choć zastosowanie wytycznych regionalnych jest akceptowalne na tym poziomie, oczekuje się, że placówka wraz z wypracowaniem stanowiska krajowego będzie na bieżąco dostosowywać swoje wytyczne oceny w ramach profilaktyki wtórnych złamań.

POZIOM 3

Metody oceny stosowane w placówce są zgodne z wytycznymi krajowymi.

Przyjmuje się, że niektóre placówki/systemy opieki zdrowotnej mogą być ograniczone w zakresie oceny ryzyka wtórnych złamań do wytycznych dla danego kraju.

6. WTÓRNE PRZYCZYNY OSTEOPOROZY

Placówka jest w stanie wykazać jaki procent pacjentów wymagających leczenia w ramach profilaktyki złamań wtórnych przechodzi dodatkowe badania (tj. badania krwi) celem ustalenia bezpośrednich przyczyn niskiej gęstości kości (BMD).

Bardzo istotne jest ustalenie bezpośredniej przyczyny wystąpienia osteoporozy u pacjentów.

Postępowanie w tym celu powinno przebiegać w zgodzie z przyjętym algorytmem diagnostycznym rozpoznawania wtórnych przyczyn osteoporozy

POZIOM 1

Placówka jest w stanie wykazać, że **50%** pacjentów wymagających leczenia jest rutynowo badana w kierunku wtórnych przyczyn osteoporozy.

POZIOM 2

Placówka jest w stanie wykazać, że **70%** pacjentów wymagających leczenia jest rutynowo badana w kierunku wtórnych przyczyn osteoporozy.

POZIOM 3

Placówka jest w stanie wykazać, że **90%** pacjentów wymagających leczenia jest rutynowo badana w kierunku wtórnych przyczyn osteoporozy poprzez zastosowanie istniejącego protokołu postępowania lub zaaranżowanie skierowania do specjalisty (jeśli istnieją wskazania).

Informacja

W sytuacji, gdy w systemach opieki zdrowotnej lekarze podstawowej opieki zdrowotnej pełnią rolę 'strażników bramy' pośredników w kwestii przekazywania skierowań do specjalistów rolą FLS jest pozostawianie w kontakcie z lekarzami POZ i upewnienie się, że pacjenci będą otrzymywać skierowania (jeśli jest potrzebne).

Przyjmuje się, że istnieją różne sposoby rozpoznawania wtórnych przyczyn osteoporozy. Istotą tego standardu jest upewnienie, że pacjenci po złamaniach wymagający leczenia są oceniani również pod kątem wtórnych przyczyn osteoporozy zgodnie z metodami obowiązującymi w danej placówce/ systemie opieki zdrowotnej.

7. PROGRAMY ZAPOBIEGANIA UPADKOM

Pacjenci zgłaszający się ze złamaniami niskoenerygetycznymi będący w grupie ryzyka wystąpienia upadków są oceniani pod kątem ewentualnego zapotrzebowania na usługi systemów zapobiegania upadkom.

Jeśli istnieje taka potrzeba osoby takie są kierowane do stosownej placówki zajmującej się profilaktyką upadków.

Sposób oceny tego punktu zależy w głównej mierze od tego czy programy zapobiegania upadkom są dostępne.

Pierwszym kryterium będzie ocena czy u pacjenta wskazane jest wdrożenie programu zapobiegania upadkom.

W zależności od dostępności programów zapobiegania upadkom oraz od możliwości skierowania pacjentów do odpowiednich ośrodków zajmujących się tą problematyką ocena będzie wyższa lub niższa.

POZIOM 1

50% pacjentów zgłaszających się ze złamaniami, postrzeganych jako osoby w grupie ryzyka upadków, są poddane ocenie pod kątem zasadności wdrożenia stosownych programów zapobiegania upadkom.

Informacja

Wszyscy pacjenci poddani są ocenie przy wykorzystaniu podstawowej ankiety oceny ryzyka upadku

POZIOM 2

70% pacjentów zgłaszających się ze złamaniami, postrzeganych jako osoby w grupie ryzyka upadków, jest poddane ocenie pod kątem zasadności wdrożenia stosownych programów zapobiegania upadków.

POZIOM 3

90% pacjentów zgłaszających się ze złamaniami, postrzeganych jako osoby w grupie ryzyka upadków, są poddane ocenie pod kątem zasadności wdrożenia stosownych programów zapobiegania upadkom. Osoby, u których to wskazane kierowane są do placówki zajmującej się profilaktyką upadków stosującą metody poparte badaniami (evidence-based)

Informacja

Placówki zajmujące się profilaktyką upadków powinny posiadać programy opracowane w oparciu o doniesienia poparte dowodami (evidence-based).

Punkt ten pozwala na ocenę dostępności i poziomu wykorzystania programów zapobiegania upadkom. Jeśli program zapobiegania upadkom lokalnie nie istnieje, punkt ten stanowi wyjście do ewentualnych rozmów z władzami placówki/systemu opieki zdrowotnej na temat zapotrzebowania na podobne rozwiązanie.

8. WIELOASPEKTOWA OCENA RYZYKA ZŁAMANIA POD KĄTEM ZDROWIA I STYLU ŻYCIA

Pacjenci zgłaszający się ze złamaniami niskoenergetycznymi poddani są wieloaspektowej ocenie ryzyka złamania, jako element profilaktyki wtórnej. Celem oceny jest wykrycie wszelkich aspektów zdrowotnych i/lub zmian stylu życia, które mogłyby mieć wpływ (w przypadku wdrożenia) na redukcję tego ryzyka w przyszłości.

Pacjenci poddani podobnej ocenie są następnie kierowani do wielodyscyplinarnego specjalisty celem dalszej diagnostyki i leczenia.

Wychodzenie poza ramy standardowego leczenia farmakologicznego jest istotnym elementem terapii pozwalającym dostrzec inne możliwe obszary interwencji (tj. dotyczące zdrowia lub stylu życia), pozwalające na redukcję ryzyka przyszłych złamań u pacjenta.

Identyfikacja czynników ryzyka takich jak palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu, niedożywienie, brak aktywności fizycznej, słaba koordynacja ruchowa, osłabione poczucie równowagi itp. połączona ze skierowaniem pacjenta do odpowiedniego specjalisty pomoże zmniejszyć ryzyko przyszłych złamań.

POZIOM 1

50 % pacjentów szpitalnych poddanych jest wieloaspektowej ocenie ryzyka złamania.

POZIOM 2

70 % pacjentów szpitalnych poddanych jest wieloaspektowej ocenie ryzyka złamania.

POZIOM 3

90 % pacjentów szpitalnych poddanych jest wieloaspektowej ocenie ryzyka złamania.

Wieloaspektowa ocena ryzyka złamania może być wykonana przez jednego specjalistę opieki zdrowotnej w obrębie działającego ośrodka FLS (klinicysta, pielęgniarz, koordynator FLS etc.). W dalszej kolejności w zależności od rodzaju potrzebnej interwencji osoba ta może skierować pacjenta do odpowiedniego specjalisty w obrębie jednostki. Dla przykładu: pacjent w podeszłym wieku zgłaszający się ze złamaniem niskoenergetycznym przechodzi wieloaspektową ocenę ryzyka złamania - jak się okazuje ma upośledzoną koordynację oraz równowagę. Będąc świadomym problemem FLS kieruje pacjenta na dobranie odpowiedniego ochraniacza na biodro, jako czynnik prewencyjny na wypadek ewentualnego złamania biodra wskutek upadku.

Przyjmuje się możliwość zastosowania różnych metod oceny celem identyfikacji wieloaspektowych czynników ryzyka przyszłych złamań. Ideą standardu jest by pacjenci po złamaniu wymagający leczenia zostali dodatkowo poddani ocenie (zgodnej z wytycznymi danej placówki) w kierunku identyfikacji zmian w zakresie stylu życia, mających wpływ na zwiększone ryzyko złamań.

9. WDROŻENIE LECZENIA

U wszystkich pacjentów powyżej 50 roku życia, nie objętych leczeniem w momencie wystąpienia złamania, zostaje ono wdrożone lub są oni skierowani do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie leczenie jeśli wskazane zostaje wdrożone w zgodzie z lokalnymi / regionalnymi/ krajowymi wytycznymi.

Punkt ten nie odnosi się do dokładnego procenta osób objętych leczeniem ale dotyczy procenta objętych leczeniem w zgodzie z obowiązującymi wytycznymi.

Standard zakłada jednocześnie, że nie wszyscy pacjenci ze złamaniami po 50 roku życia będą wymagać leczenia.

POZIOM 1

50% pacjentów ze złamaniami, **nadających się do leczenia zgodnie z opartymi na dowodach naukowych lokalnymi/ regionalnymi/ krajowymi wytycznymi**, ma wdrożone leki osteoporotyczne

POZIOM 2

70% pacjentów ze złamaniami, **nadających się do leczenia zgodnie z opartymi na dowodach naukowych lokalnymi/ regionalnymi/ krajowymi wytycznymi**, ma wdrożone leki osteoporotyczne .

POZIOM 3

90% pacjentów ze złamaniami, **nadających się do leczenia zgodnie z opartymi na dowodach naukowych lokalnymi/ regionalnymi/ krajowymi wytycznymi**, ma wdrożone leki osteoporotyczne.

Struktura BPF dopuszcza różne wariacje w zakresie poszczególnych systemów służb zdrowotnych. W zależności od systemu opieki zdrowotnej specjalista może wdrożyć leczeniu lub w przypadku gdy osobą decyzyjną jest lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – specjalista może do niego skierować pacjenta. W obu przypadkach istotne jest, by cały proces był jak najbardziej sprawny.

10. PRZEGLĄD PROCESU LECZENIA

Pacjenci, będący w trakcie leczenia, w czasie kiedy doszło do złamania, poddawani są ocenie pod kątem przestrzegania zasad leczenia, ewentualności wdrożenia innego rodzaju leku oraz możliwych interwencji niefarmakologicznych.

Celem ustanowienia tego standardu była potrzeba określenia czy pacjenci ze złamaniami, będący w trakcie terapii lekami osteoporotycznymi są poddani odpowiednią opieką w placówkach FLS. Dodatkowo standard pozwala na określenie poziomu uwzględniającego odsetek pacjentów tej podgrupy pacjentów przechodzących podobną ocenę.

POZIOM 1

Placówka wykazuje, że przeprowadza ocenę u **50%** pacjentów wychwyconych przez FLS, będących w trakcie leczenia w czasie, kiedy doszło do złamania. Dodatkowo u tych osób przeprowadzana jest analiza leczenia pod kątem przestrzegania zaleceń przez pacjenta i/lub ewentualnej zmiany leku.

POZIOM 2

Placówka wykazuje, że przeprowadza ocenę u **70%** pacjentów wychwyconych przez FLS, będących w trakcie leczenia w czasie, kiedy doszło do złamania. Dodatkowo u tych osób przeprowadzana jest analiza leczenia pod kątem przestrzegania zaleceń przez pacjenta i/lub ewentualnej zmiany leku.

POZIOM 3

Placówka wykazuje, że przeprowadza ocenę u **90%** pacjentów wychwyconych przez FLS, będących w trakcie leczenia w czasie, kiedy doszło do złamania. Dodatkowo u tych osób przeprowadzana jest analiza leczenia pod kątem przestrzegania zaleceń przez pacjenta i/lub ewentualnej zmiany leku.

11. STRATEGIA PRZEPIYU INFORMACJI

Sposób dziaania placówki FLS jest znany klinicystom podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistom. Jednocześnie uwzględnia on wszystkie informacje, procesy wymagane i zaakceptowane przez wszystkie strony zaangażowane w proces leczenia.

Intencją standardu jest stwierdzenie na ile plan dziaania FLS i sposób przepływu informacji w jego obrębie, z uwzględnieniem lekarzy POZ oraz specjalistów będących częścią procesu leczniczego, był konsultowany pod kątem jego adaptacji do ich potrzeb. Celem jest zapewnienie optymalnej zgodności z zaleceniami zawartymi w programie FLS.

POZIOM 1

Sposób dziaania placówki FLS jest **przekazywany** lekarzom pierwszego kontaktu oraz specjalistom.

POZIOM 2

Placówka jest w stanie wykazać, że sposób dziaania FLS jest **przekazywany** lekarzom pierwszego kontaktu oraz specjalistom i **zawiera** on co najmniej **50% kryteriów z listy***

POZIOM 3

Placówka jest w stanie wykazać, że sposób dziaania FLS jest **przekazywany** lekarzom pierwszego kontaktu oraz specjalistom i **zawiera** on co najmniej **90% kryteriów z listy***

Standard odnosi się w głównej mierze do sytuacji, gdy pacjenci zgłaszają się do placówki szpitalnej lub ambulatoryjnej z nie ortopedycznym problemem – tam w trakcie diagnostyki okazuje się, że u pacjenta wystąpiło złamanie (np. w trakcie prześwietlenia klatki piersiowej w kierunku zapalenia płuc odnotowuje się złamanie kręgosłupa). W takim przypadku uruchomiony zostaje plan opieki po złamaniu, a wszystkie osoby zaangażowane w leczenie pacjenta (uwzględniając jego samego i płatnika) są informowane o jego wdrożeniu.

**Kryteria wspomniane w Poziomiej 2 i 3 to: ocena ryzyka złamania, DXA- BMD, DXA – VFA lub zamiast tego zdjęcie RTG kręgosłupa, ocena pod kątem pierwotnych czynników ryzyka osteoporozy, przyczyny osteoporozy wtórnej (jeśli dotyczy), ocena czynników ryzyka złamania/upadku, aktualne leczenie osteoporozy (jesli dotyczy), ocena przestrzegania zaleceń przyjmowania leków, plan kontroli, ocena czynników ryzyka wynikających ze stylu życia, czas od ostatniego złamania.*

12. DŁUGOTERMINOWY PLAN DZIAŁANIA

Placówka posiada protokół działania na okoliczność długoterminowej kontroli pacjentów w zakresie wdrożonych terapii (evidence-based) i długotrwałej kontroli przestrzegania zaleceń.

Celem standardu jest upewnienie się, że w danej placówce zostały skutecznie wdrożone procesy mające na celu długotrwałe zarządzanie ryzykiem złamania u pacjentów.

W systemach opieki zdrowotnej, z rozbudowaną organizacją podstawowej opieki zdrowotnej, bardzo ważne jest, by uwzględnić lokalne ośrodki (podstawowej opieki) przy opracowywaniu stosownych procesów, które zostaną włączone w ich struktury jako element opieki pacjentów po złamaniach.

W systemach ze słabo rozwiniętym systemem podstawowej opieki zdrowotnej FLS powinien opracować metody efektywnego feedbacku pozyskiwanego bezpośrednio od pacjenta (lub jego opiekuna) oraz strategię mającą na celu zapewnienie odpowiedniego programu kontroli świadczonej przez sam FLS.

POZIOM 1

Wytyczne leczenia dla pacjentów wymagających wdrożenia leczenia, które uwzględniają długoterminowy plan kontroli włączony > **12 miesięcy** po pierwszej kontroli po złamaniu, w momencie zgłoszenia się pacjenta do powtórnej oceny ryzyka złamania i rozważenie wdrożenia ewentualnego leczenia.

POZIOM 2

POZIOM 3

Wytyczne leczenia dla pacjentów wymagających wdrożenia leczenia, które uwzględniają zarówno krótkoterminowy plan kontroli < **12 miesięcy** od złamania **ORAZ** długoterminowy plan > **12 miesięcy po** pierwszej kontroli po złamaniu kiedy pacjent zgłasza się pacjenta do powtórnej oceny ryzyka złamania i rozważenie wdrożenia ewentualnego leczenia. Plan jasno wykazuje kto i kiedy jest odpowiedzialny za monitorowanie czy pacjent przestrzega przyjmowania leków.

12. DŁUGOTERMINOWY PLAN DZIAŁANIA

Informacja

Placówka jest w stanie wykazać procent pacjentów włączonych pod opieką FLS objętych długoterminowym planem kontroli (po roku, 2 latach i później).

Informacja

Placówka jest w stanie wykazać procent pacjentów włączonych pod opieką FLS objętych krótkoterminowym planem kontroli (6-12 m) oraz długoterminowym (po roku, 2 latach i później).

Kluczowym obowiązkiem systemu opieki FLS jest posiadanie stosownego protokołu zapewniającego długoterminową kontrolę terapii a także jasne określenie kto i kiedy jest odpowiedzialny za przeprowadzenie takiej kontroli. Czy powinno się to odbywać poprzez placówkę FLS, poprzez przekierowanie sprawy do lekarza POZ czy też poprzez inne rozwiązania stosowane w ramach danego systemu opieki zdrowotnej.

13. BAZA DANYCH

Wszystkie złamania niskoenergetyczne są zapisywane w bazie danych, która ma połączenie z centralną, krajową bazą danych.

Intencją standardu jest podkreślenie jak ważne jest posiadanie skutecznej bazy stanowiącej istotne wzmocnienie FLS.

Dodatkowo wykazuje, że warto sięgać planami dalej, w kierunku rozwijania baz lokalnych/ regionalnych/ krajowych. Działania te pozwoliłyby na stworzenie jednolitego systemu opieki pomiędzy jednostkami świadczącymi podobne usługi profilaktyki wtórnych złamań na terenie kraju.

POZIOM 1

Dane pacjentów ze złamaniami niskoenergetycznymi (włączonych do FLS) są zapisane **w bazie lokalnej**.

POZIOM 2

Placówka jest w stanie wykazać, że wszystkie dane pacjentów ze złamaniami niskoenergetycznymi (włączonych do FLS) są zapisane **w bazie regionalnej** i istnieje możliwość porównania danych pomiędzy ośrodkami na danym obszarze.

POZIOM 3

Placówka jest w stanie wykazać, że wszystkie dane pacjentów ze złamaniami niskoenergetycznymi są przechowywane w głównej bazie krajowej.
Baza umożliwia porównywanie jakości świadczonych przez poszczególne jednostki usług.

Podstawowa baza lokalna dla zbierania danych odnośnie pacjentów ze złamaniami niskoenergetycznymi (Poziom 1) jest niezbędna dla funkcjonowania FLS. Jedna baza krajowa jest wyższym celem, pozwalającym na rozwijanie się systemu, dlatego też została oznaczona jako wymóg Poziomu 3.

O INICJATYWIE CAPTURE THE FRACTURE

Capture the Fracture to opracowana przez IOF inicjatywa mająca na celu promowanie profilaktyki złamań wtórnych na arenie światowej poprzez wspieranie implementacji Fracture Liaison Services (FLS) – systemu opieki nad osobami po złamaniu, opartego na osobie koordynatora. Więcej informacji oraz materiały pomocnicze dostępne są po adresem: www.capturethefracture.org

Założenia Best Practice Framework pierwotnie opublikowane zostały jako część oficjalnego stanowiska IOF :

Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. Osteoporos Int 24:2135-2152.

Na całym świecie jest ogromna luka w systemach opieki zdrowotnej, która przyczynia się do tego, że miliony ludzi na świecie jest narażonych na poważne ryzyko złamań. Inicjatywa 'Capture the Fracture' daje nadzieję na zlikwidowanie tej luki i na realny rozwój profilaktyki złamań wtórnych.

Prof Cyrus Cooper
PRESIDENT

Special thanks to **Dr Jarosław Amarowicz**, Medical College Jagiellonian University, Krakow, Poland



International Osteoporosis Foundation

9 rue Juste-Olivier • CH-1260 Nyon • Switzerland • T +41 22 994 01 00 • F +41 22 994 01 01

info@iofbonehealth.org • www.iofbonehealth.org