

Program opracowano w wyniku współpracy :

Narodowego Funduszu Zdrowia, Unii Metropolii Polskich i Ministerstwa Zdrowia

Konsultacja naukowa:

prof. dr hab. med. Jan Zieliński

prof. dr hab. med. Ewa Nizankowska-Mogilnicka

1. NAZWA PROGRAMU

**Program edukacyjno–diagnostyczny wczesnej prewencji przewlekłej
obturacyjnej choroby płuc.**

2. UZASADNIENIE POTRZEBY PROGRAMU

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) jest nową nazwą łączącą dotychczas znane schorzenia: przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc. Obie choroby często występują razem, a ich najczęstszą przyczyną jest wieloletnie palenie papierosów. Choroba ta prowadzi do upośledzenia wymiany gazowej w płucach, skutkującego przewlekłym niedotlenieniem organizmu i powstaniem zespołu serca płucnego. Początek choroby jest nieuchwytny, a w pierwszych latach niemal bezobjawowy. Pierwsze objawy choroby - kaszel i skape odkrztuszanie plwociny – najczęściej nie wzbudzają niepokoju pacjentów i są przez nich lekceważone. Ponieważ przyczyną POCHP w zdecydowanej większości przypadków jest palenie papierosów, powyższe objawy są kojarzone z tym faktem, a nie z samą chorobą. Dokuczliwym objawem POCHP jest duszność. Niestety jest to późny objaw, który pojawia się w chwili, gdy około połowa powierzchni wentylacyjnej płuc zostaje nieodwracalnie zniszczona.

W badaniu *Global Burden of Disease Study*, prowadzonym pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia i Banku Światowego, występowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na świecie oszacowano na 9,34 przypadków na 1000 mężczyzn i 7,33 na 1000 kobiet. Ostatnie badania przeprowadzone w krajach europejskich wskazują, że częstość występowania POCHP może zbliżać się do 80-100 na 1000 mieszkańców w regionach, gdzie nałóg palenia tytoniu jest bardzo powszechny. Badania

w Anglii dowodzą, że prawdopodobnie zachorowalność wśród kobiet jest wyższa niż wskazują wyniki badań.

Uważa się, że badania statystyczne na świecie obejmują jedynie pacjentów w stadiach zaawansowanych, czyli jest to 1/3 rzeczywistej liczby chorych. Przewiduje się, że w 2020 roku POCHP będzie zajmowało piątą pozycję w światowym rankingu chorób prowadzących do inwalidztwa (w 1990 r. było to miejsce 12) i trzecią, stanowiącą przyczynę zgonów na świecie (w 1990 r., miejsce 6).

Według corocznego raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) na POCHP cierpi około 600 milionów ludzi. Rocznie z jej powodu umiera około trzech milionów ludzi.

W Polsce na POCHP choruje przeszło 2 mln osób, co stanowi ponad 5 proc. społeczeństwa. Aktualnie wykrywa się 3,03 przypadków na 1000 mężczyzn i 1,71 na 1000 kobiet. Badania wykazują, że co dziesiąty Polak powyżej 30-tego roku życia ma objawy POCHP. Każdego roku 3,6 proc. z hospitalizowanych pacjentów to chorzy na tę chorobę. Jest ona częstą przyczyną zwolnień chorobowych, rent inwalidzkich i przedwczesnej śmierci. Stanowi ok. 20 proc. wszystkich przyznawanych rent inwalidzkich (rocznie ok. 20 tys.). Renty przyznaje się chorym, często w średnim wieku, między 50 a 60 rokiem życia. Oznacza to zmniejszenie produktywności oraz rosnące z roku na rok pośrednie i bezpośrednie koszty leczenia. Rocznie około 15 tysięcy Polaków umiera z powodu POCHP.

Za główny czynnik etiologiczny POCHP uważa się palenie tytoniu (czynne i bierne), które także wpływa na cały przebieg choroby. Według danych statystycznych w Polsce pali tytoń ok. 10-12 mln. osób. Ograniczenie tego zjawiska byłoby zasadniczym działaniem profilaktycznym, związanym z korzyściami zdrowotnymi, jak również obniżałoby społeczne i ekonomiczne koszty leczenia chorób tytoniozależnych, w tym POCHP.

Koszty leczenia POCHP w Polsce nie są znane. Tymczasem na świecie są porównywalne z kosztami leczenia nowotworów płuc. Długość życia chorych na POCHP jest 4-krotnie dłuższa niż chorujących na raka płuc stąd koszty leczenia w bilansie kilkuletnim są na tym samym poziomie, a czasem wyższe.

W Stanach Zjednoczonych w 1993 r. pośrednie i bezpośrednie koszty leczenia POCHP wynosiły 24 miliardy dolarów, czyli ponad 100 dolarów na mieszkańca z niemowlętami łącznie. W Szwecji, kraju, w którym palących papierosy jest znacznie mniej, koszty społeczne i medyczne POCHP wynosiły 33 dolary rocznie na mieszkańca. W Wielkiej Brytanii roczne koszty leczenia chorego na POCHP wynoszą 790 funtów, a chorego na astmę - 280 funtów.

Według międzynarodowego consensusu - **GOLD** (*Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic Obstructive Lung Disease*) - wyróżnia się IV stadia zaawansowania POChP.

Pełny obraz chorobowy pojawia się dopiero w II (umiarkowanym) lub w III (ciężkim) etapie choroby i z reguły dopiero wtedy stawia się rozpoznanie. Ostatnie stadium choroby (IV - bardzo ciężka POChP) cechuje się znaczną skłonnością do infekcji dróg oddechowych, postępującym inwalidztwem oddechowym z koniecznością częstych hospitalizacji.

Leczenie farmakologiczne, rehabilitacja oraz tlenoterapia stosowane w ciężkim POCHP jest kosztowne i poprawia jedynie jakość życia nie hamując postępu choroby. Skuteczne leczenie, które mogłoby zahamować postęp już rozwiniętej w choroby nie jest znane. Jedynym skutecznym działaniem jest zaprzestanie przez chorego palenia tytoniu. Wiadomo również, że choroby można uniknąć, jeśli w grupie osób z wysokim ryzykiem zachorowania na POCHP (tzw. stadium 0) wdroży się działania profilaktyczne, głównie usilne działania antynikotynowe.

Profilaktyka pierwotna i wtórna oraz właściwe leczenie hamuje jej dalszy rozwój i zapobiega inwalidztwu oddechowemu.

Według GOLD uważa się, że:

- 1) główną przyczyną POCHP jest palenie tytoniu zarówno czynne jak i bierne;
- 2) dodatkowymi czynnikami usposabiającymi do wystąpienia POCHP są zawody: górnictwo, hutnictwo, transport, przemysł drzewny, papierniczy, włókienniczy, cementownie i przetwórstwo zboża także niski status socjo-ekonomiczny.
- 3) najbardziej skuteczną i najtańszą metodą zapobiegającą chorobie oraz istotnie wpływającą na rokowanie i przebieg POCHP jest zaprzestanie palenia tytoniu

(czynnego i biernego) na każdym etapie choroby;

- 4) coroczne szczepienia przeciwko grypie znacząco zmniejszają częstość infekcji dróg oddechowych i liczbę hospitalizacji.
- 5) włączenie na każdym etapie choroby rehabilitacji ruchowej oraz zwiększenie aktywności fizycznej chorych jest skutecznym sposobem poprawy jakości życia chorych i przyczynia się do opóźnienia rozwoju objawów choroby na równi z leczeniem farmakologicznym.

Wynika z tego wniosek, że uzasadnionym i ważnym ekonomicznie postępowaniem jest:

- wykrycie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w początkowej fazie (stadium I);
- szybkie wdrożenie leczenia i prowadzenie stałego nadzoru lekarza POZ;
- stałe motywowanie do rzucenia nałogu palenia papierosów i ochrona palaczy biernych;
- szczepienie p/grypie chorych na POCHP.

Skuteczność leczenia POCHP zależna jest od wczesnego wykrycia choroby oraz prawidłowego postępowania medycznego.

Badaniem przesiewowym pozwalającym wykryć wczesną lub zaawansowaną postać POCHP jest spirometria.

W 1999 r. w 14 ośrodkach w Polsce realizowano program "Poznaj wiek swoich płuc". Przebadano wówczas 12 tys. osób z grup wysokiego ryzyka POCHP. Co czwarta osoba, zgłaszająca się na badania miała spirometryczne cechy obturacji oskrzeli. Potwierdzono wówczas założenie, że osoby, które ukończyły 39 r. życia i paliły dłużej niż 10 lat należą do grupy ryzyka POCHP.

W następnych latach wyniki realizacji programu były podobne

Działania profilaktyczne obejmujące wieloletnich palaczy tytoniu przy stosunkowo niewielkich kosztach pozwalają osiągnąć wymierne efekty zdrowotne, ekonomiczne i społeczne.

3. CEL PROGRAMU

3.1. Cel główny

Ograniczenie zachorowalności i inwalidztwa z powodu POCHP poprzez kompleksowe

działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka. Program nie obejmuje osób z już rozpoznaną POCHP, w tym przewlekłym zapaleniem oskrzeli lub rozedmą płuc.

3.2. Cele pośrednie

1. Upowszechnienie wiedzy o POCHP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby.
2. Wdrożenie taniej i skutecznej metody badań przesiewowych, wykrywających POCHP w grupach ryzyka.
3. Realizowanie programu edukacji antytytoniowej i leczenie nałogu palenia u osób z wykrytym stadium 0 i chorych na POCHP.
4. Diagnozowanie i leczenie chorych na POCHP wg przyjętego algorytmu postępowania.
5. Włączenie szczepień ochronnych p/grypie u chorych na POChP,.
6. Przeprowadzenie specjalistycznej diagnostyki różnicowej u osób mających objawy kliniczne a nie spełniających kryteriów rozpoznania stadium POCHP.
7. Zwiększenie skuteczności wykrywania wczesnych stadiów POCHP przez lekarzy POZ i rodzinnych oraz właściwe kwalifikowanie pacjentów do leczenia specjalistycznego.
8. Zmniejszenie liczby hospitalizowanych z powodu późno wykrytej POCHP.
9. Obniżenie kosztów leczenia chorych na POCHP.
10. Zmniejszenie liczby rent inwalidzkich, przyznawanych z powodu rozwiniętej POCHP.
11. Włączenie lekarzy POZ i rodzinnych do aktywnej profilaktyki POCHP wśród swoich podopiecznych.

4. POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM

Program adresowany jest do kobiet i mężczyzn od 40. do 65. rokiem życia, palących papierosy oraz byłych palaczy

Wielkość populacji objętej programem zależy od obszaru, na którym program będzie realizowany oraz od danych o liczbie palących.

Zaproszeni do programu to podopieczni praktyk lekarza rodzinnego i placówek POZ na danym obszarze (dzielnica, miasto, powiat).

Wybór tej grupy wiekowej podyktowany jest względami zdrowotnymi i ekonomicznymi. Osoby powyżej 40 roku życia są aktywne zawodowo i tę aktywność powinni wykazywać przez najbliższe 15-20 lat, zachowując zdrowie w takiej kondycji. Ważne jest, by zarówno ilość zwolnień lekarskich, jak też przyznawanych rent inwalidzkich z powodu POCHP były jak najniższe.

5. NAZWA I SZCZEGÓŁOWY OPIS PROCEDUR PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE

5.1 Etapy realizacji programu

1. Powołanie zespołu programowego na poziomie centralnym w Ministerstwie Zdrowia oraz na terenie województwa.
2. Przedstawienie metodologii oraz założeń organizacyjno – finansowych programu.
3. Wskazanie konsultanta naukowego programu (wskazane, aby był to kierownik placówki specjalistycznej, zajmującej się diagnostyką i leczeniem POCHP).
4. Wskazanie koordynatora ds. merytorycznych i koordynatora ds. organizacyjnych oraz przygotowanie zakresu obowiązków, harmonogramu i planu pracy na poziomie centralnym oraz na terenie województwa..
5. Utworzenie centralnej bazy danych w siedzibie głównego realizatora programu w celu zbierania danych, ich przetwarzania do celów statystycznych, epidemiologicznych oraz prowadzenia bieżącej ewaluacji programu.
6. Opracowanie jednolitych metod postępowania diagnostyczno – terapeutycznego dla wszystkich realizatorów programu, zgodnie z przyjętą metodologią oraz przeprowadzenie szkoleń w tym zakresie na terenie województwa.
7. Opracowanie narzędzi do monitorowania programu, algorytmu postępowania oraz arkusza ewaluacyjnego.
8. Opracowanie planu marketingowego programu i jego realizacja wg przyjętego harmonogramu:
 - akcja informacyjno-plakatowa w środowisku lokalnym,
 - przeprowadzenie konferencji prasowej,
 - przygotowanie programów informacyjno-edukacyjnych w mediach lokalnych.

9. Wybór w drodze konkursu ofert zakładów opieki zdrowotnej, bezpośrednich realizatorów programu
10. Opracowanie programu szkoleń dla lekarzy POZ, rodzinnych i pielęgniarek, przyszłych realizatorów programu.
11. W oparciu o gromadzone dane związane z realizacją programu zorganizowany będzie „Bank Danych”, którego zasoby służyły będą prowadzeniu ewaluacji programu.
12. Nadzór nad monitoringiem oraz ewaluacją programu na terenie województwa sprawował będzie zespół koordynujący, składający się ze wszystkich partnerów w programie.
13. Kompleksowy nadzór nad monitoringiem oraz ewaluacją programu w skali kraju sprawował będzie zespół złożony z przedstawicieli: Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia i samorządów terytorialnych.

5.2. Schemat postępowania z pacjentem zaproszonym do programu profilaktycznego.

1. Wypełnienie ankiety w obecności przeszkolonej pielęgniarki środowiskowej w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej i pisemna zgoda pacjenta na przetwarzanie danych.

Odpowiedzi badanego przemawiające za ryzykiem zachorowania na POCHP lub chorobą są w ankiecie zaznaczone wytłuszczonym drukiem. Ułatwia to pielęgniarce wyłonienie osób podejrzanych o POCHP. (zał. nr 1.2 - Informacje i ankieta dla pacjenta)

2. Analiza wyników ankiety oraz ustalenia wskazań do wykonania badania spirometrycznego z próbą rozkurczową.

Na badanie spirometryczne kwalifikuje przeszkolony do programu lekarz POZ, rodzinny, dokonując równocześnie badania fizykalnego wg ustalonego schematu. (zał. nr 4 – Karta badania lekarskiego).

Porada antynikotynowa dla osób palących papierosy, zgodnie z polskimi wytycznymi w tym zakresie.

3. Wykonanie badania spirometrycznego z próbą rozkurczową u zakwalifikowanych przez lekarza pacjentów.

Badanie spirometryczne wykonuje przeszkolona pielęgniarka.

4. Ocena zebranych informacji o pacjencie (ankieta, badanie spirometryczne, badanie lekarskie) celem postawienia rozpoznania POCHP.

Pacjenci palący papierosy, deklarujący przewlekły kaszel i odpluwanie, tworzą grupę 0.

5. Chorzy z rozpoznaniem POCHP w stadium I i II mają włączone leczenie, (*uwaga - nie jest ono finansowane w ramach niniejszego programu profilaktycznego !!*), wg ustalonego postępowania. (zał. nr 5 – Algorytm leczenia)
6. Chorzy w stadium III i IV oraz chorzy z innymi anomaliami w badaniu fizykalnym lub spirometrycznym są kierowani do poradni specjalistycznych. Dalsze ich leczenie odbywa się w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług zdrowotnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

5.3. Kwalifikacje personelu realizującego program

- konsultant naukowy – specjalista pulmonolog z wieloletnim doświadczeniem lekarskim, pracownik naukowo-dydaktyczny ośrodka akademickiego lub inna osoba zajmująca się diagnostyką i leczeniem POCHP (ordynator oddziału pulmonologicznego, Kierownik Poradni itp.)
- koordynator ds. organizacyjnych - osoba przygotowana w zakresie realizowania programów profilaktycznych np. specjalista ds. promocji zdrowia, organizator ochrony zdrowia.
- koordynator ds. merytorycznych - lekarz pulmonolog, II stopień specjalizacji.
- pielęgniarki - przeszkolone w zakresie wykonywania badań ankietowych wg wskazanego wzoru, zapoznane z metodologią realizowanego programu. Przeszkolone pielęgniarki wykonują także badania spirometryczne .
- lekarze rodzinni i lekarze POZ - po szkoleniach dotyczących metodologii programu i stosowania przyjętego algorytmu postępowania.
- lekarze specjaliści - pulmonolodzy zajmujący się leczeniem POCHP w placówkach specjalistycznych.

5.4 Podział zadań między partnerami programu

Partnerami w programie są: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorząd terytorialny oraz zakłady opieki zdrowotnej. Każdy z tych podmiotów realizuje

zadania właściwe dla swojej działalności statutowej :

1/ Zadania Ministerstwa Zdrowia:

- Określenie wymagań dla standardu realizacji programu
- Zaakceptowanie treści przedłożonego projektu programu jako krajowego programu edukacyjno-diagnostycznego prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- Zlecenie wykonania programu Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

2/ Zadania Narodowego Funduszu Zdrowia:

- zabezpieczenie środków finansowych na realizację programu w części dotyczącej świadczeń zdrowotnych,
- na podstawie bazy danych określenie populacji objętej programem,
- dokonanie w drodze konkursu ofert wyboru świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej,
- prowadzenie – wraz z samorządem terytorialnym oraz Ministerstwem Zdrowia – monitoring realizacji programu na każdym etapie.

3/ Zadania samorządu terytorialnego:

- promowanie programu w społeczności lokalnej;
- współpraca z pozostałymi partnerami w zakresie opracowania i druku materiałów informacyjnych dla uczestników, w tym ankiety;
- współpraca z pozostałymi partnerami w zakresie opracowania i druku zaproszeń,
- współpraca z pozostałymi partnerami w zakresie szkolenia personelu medycznego do realizacji programu profilaktycznego,

4/ Zadania świadczeniodawców – wykonawcy programu:

- realizacja programu: dostarczają zaproszenia, przeprowadzają badania ankietowe, edukację zdrowotną
- prowadzenie stałego monitoring realizacji programu w ramach środków finansowych wynikających z umowy i przekazują informacje Narodowemu Funduszowi Zdrowia samorządowi terytorialnemu,
- przestrzeganie zasad rozłączności finansowania świadczeń w ramach umowy na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach programu profilaktycznego i umowy na inne świadczenia;

- przestrzeganie postępowania lekarzy zgodnie z algorytmem ujętym w treści programu
- prowadzenie dokumentacji medycznej dla każdego uczestnika
- prowadzenie elektronicznej bazy danych dla uczestników programu zgodnie z wymogami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zakłady opieki zdrowotnej uczestniczące w programie są zobowiązane do współpracy z samorządami terytorialnymi w zakresie przede wszystkim prowadzenia działalności promującej program wśród mieszkańców społeczności lokalnej oraz dystrybucji tematycznych materiałów informacyjnych.

5.5 Podział zadań między realizatorami świadczeń objętych programem:

W ramach bezpośredniej realizacji założeń programu przewiduje się, że bezpośrednie uczestnictwo jednego podmiotu związanego z realizacją programu, tj. zakładów podstawowej opieki zdrowotnej, które będą odpowiedzialne za zrealizowanie wszystkich elementów stanowiących przedmiot programu, w tym również sfinansowanie poradni specjalistycznej, do której zostanie skierowany uczestnik, kosztu konsultacji specjalistycznej w zakresie pulmonologii.

Stosownie do powyższego określenia zadań Narodowy Fundusz Zdrowia ogłosi konkursy ofert na realizację świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

6. FINANSOWANIE PROGRAMU

Podział środków finansowych na realizację programu w poszczególnych województwach zostanie dokonany w oparciu o kryterium populacji w grupie wiekowej objętej programem na danym terenie, wg baz danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na koszt jednostkowy realizacji programu w części dotyczącej świadczenia zdrowotnego składają się:

- (1) Przeprowadzenie wywiadu i ankiety oraz edukacji przez pielęgniarkę zakładu podstawowej opieki zdrowotnej wyłonionego w drodze konkursu ofert;
- (2) Ocena ankiety, kwalifikowanie do badania spirometrycznego wg algorytmu postępowania oraz kwalifikowanie do grupy O i wykrywanie POCHP przez lekarza w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej ;
- (3) Konsultacja specjalistyczna z zakresu pulmonologii.

Przyjmuje się, że w ramach konkursu ofert przeprowadzone zostanie postępowanie dla zakładów podstawowej opieki zdrowotnej. Zakres finansowania działań przez nich realizowanych obejmował będzie :

- a. Przeprowadzenie wywiadu i ankiety oraz edukacji przez pielęgniarkę zakładu podstawowej opieki zdrowotnej wyłonionego w drodze konkursu ofert (koszt jednostkowy nr 1);
- b. Ocena ankiety, kwalifikowanie do badania spirometrycznego wg algorytmu postępowania oraz kwalifikowanie do grupy 0 i wykrywanie POCHP przez lekarza w zakładzie podstawowej opieki zdrowotnej (koszt jednostkowy nr 2);
- c. Refundacja – w ramach wzajemnych rozliczeń – konsultacji specjalistycznej lekarza pulmonologa w poradni (koszt jednostkowy nr 3);

Wraz z ogłoszeniem konkursu ofert na realizację poszczególnych elementów programu Narodowy Fundusz Zdrowia określi dla nich ceny maksymalne. Będą one stanowiły przedmiot negocjacji.

7. METODY I NARZEDZIA STOSOWANE W PROGRAMIE.

- 1) Informacja dla pacjentów. (Załącznik nr 1)
- 2) Ankieta dla uczestnika programu. (Załącznik nr 2)
- 3) Instrukcje dla lekarza POZ i lekarza rodzinnego. (Załącznik nr 3)
- 4) Algorytm postępowania w diagnozowaniu i leczeniu POCHP. (Załącznik nr 4)
- 5) Karta badania lekarskiego. (Załącznik nr 5)
- 6) Karta konsultacji specjalistycznej. (Załącznik nr 6)
- 7) kserokopia wyniku spirografii

8. OCZEKIWANE EFEKTY

1. Zmniejszenie zachorowalności na POCHP poprzez wczesne wykrywanie stanów zagrożenia chorobą.
2. Zapobieganie rozwojowi choroby i inwalidztwu oddechowemu poprzez wczesne wykrycie choroby (stadium I) oraz przyjęcie odpowiedniego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

3. Objęcie opieką profilaktyczną grupy 0:
 - wykonanie kontrolnych badań spirometrycznych,
 - właściwe leczenie zapaleń układu oddechowego,
 - pomoc w rzucaniu nałogu palenia papierosów,
 - zachęcanie do ćwiczeń fizycznych i aktywnego stylu życia.
4. Zmniejszenie liczby hospitalizowanych z powodu POCHP i obniżenie kosztów leczenia choroby.
5. Obniżenie absencji chorobowej z powodu POCHP oraz liczby rent inwalidzkich.
6. Wykazanie wiodącej roli lekarza pierwszego kontaktu w wykrywaniu i leczeniu wczesnych postaci POCHP. Zwiększenie kompetencji lekarza pierwszego kontaktu w zakresie diagnozowania i różnicowania stadiów choroby.
7. Podniesienie poziomu świadomości społeczeństwa o zagrożeniach zdrowotnych, wynikających z nałogu palenia papierosów oraz przebywania w powietrzu zanieczyszczonym (palenie bierne).
8. Standaryzacja procedur postępowania w trakcie realizacji programów profilaktycznych oraz danych statystycznych.
9. Usprawnienie współpracy podmiotów odpowiedzialnych za stan zdrowia mieszkańców społeczności lokalnych.

9. MONITORING I EWALUACJA

9.1 Ewaluacja Etapu organizacji badań :

- wybór placówek medycznych do realizacji programu
- ocena przygotowania realizatorów programu do stosowania metodologii i algorytmu diagnostycznego w badaniach przesiewowych
- ocena wyposażenia placówek przystępujących do realizacji programu
- (posiadanie jednolitych narzędzi do badań pacjenta, spirometru, inne)

9.2 Ewaluacja Etapu organizacji badań przesiewowych w zakładach opieki zdrowotnej:

1. Ocena skuteczności motywowania pacjentów do wypełniania ankiety
 - liczba osób które wypełniły ankietę w danej placówce

- wyniki z badań ankietowych (ocena jakościowa)
2. Efekty z badań w placówkach POZ i Praktykach Lekarza Rodzinnego
- liczba wykonanych konsultacji lekarskich
 - liczba wykonanych badań spirometrycznych
 - ocena jakościowa wyników z badań
 - liczba zakwalifikowanych do grupy ryzyka 0
 - liczba wykrytych POCHP
 - liczba skierowanych na konsultacje specjalistyczne
 - • liczba skierowanych do programu edukacji antytytoniowej
 - • liczba osób które ograniczyły lub rzuciły palenie po programie edukacyjno-terapeutycznym
3. Ewaluacja z konsultacji i badań specjalistycznych
- liczba osób z programu, które zgłosiły się na konsultacje do specjalistów
 - liczba osób u których wykonano pogłębione badania specjalistyczne, jakie?
 - liczba osób skierowanych na leczenie szpitalne
 - liczba osób skierowanych do opieki lekarza POZ
 - liczba osób pozostających pod stałą opieką lekarza specjalisty
 - ocena jakościowa wykonywanych konsultacji z podziałem na stopnie zaawansowania choroby, wiek, płeć
4. Ewaluacja procesu organizacyjno-merytorycznego
- wyniki ankiety przeprowadzonej wśród wszystkich realizatorów programu (pracowników danej placówki POZ, PLR). Ocena dotyczy organizacji pracy, liczby wykrytych POCHP i grupy 0, wykorzystanie środków finansowych przyznanych na realizację programu.

10. Piśmiennictwo

1. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Aktualizacja 2003. Medycyna Praktyczna wyd. specjalne 7/2003
2. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego, dotyczące rozpoznawania i leczenia POChP. Pneum. Alerg. Pol. 2002, 65, suppl.2.

Program edukacyjno – diagnostyczny prewencji i wczesnego rozpoznawania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Szanowna Pani/Szanowny Panie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, znana też pod nazwą rozedma lub przewlekłe zapalenie oskrzeli jest bardzo rozpowszechnioną na świecie i w Polsce chorobą występującą najczęściej u wieloletnich palaczy tytoniu. W Polsce zapada na nią co piąta osoba paląca, czynnie lub biernie narażona na działanie dymu tytoniowego.

Choroba rozpoznawana jest późno, między 50 a 60 rokiem życia, kiedy jest znacznie zaawansowana i postępuje mimo leczenia.

Choroba zaczyna się od przewlekłego kaszlu i odpluwania niewielkiej ilości wydzieliny - szczególnie rano. Po latach pojawia się duszność podczas wysiłku. Początkowo występuje ona kilkakrotnie w ciągu roku, zazwyczaj podczas infekcji Z czasem duszność utrwała się. Duszność ogranicza możliwość pracy i proste czynności życiowe., a z czasem staje się nieznosna.

Nie leczona choroba prowadzi do, przewlekłego niedotlenienia organizmu, niewydolności serca i przedwczesnego zgonu. Jest czwartą w kolejności przyczyną zgonów w Polsce i jest powodem 20 proc. przyznawanych rent inwalidzkich.

Proponujemy Pani/Panu wypełnienie ankiety służącej do ustalenia czy Pan/Pani jest zagrożony, a może jest już chory na POChP.

Jeśli tak będzie to zostanie Pan/Pani, zakwalifikowany do tzw. "grupy ryzyka chorób płuc" będzie Pan/Pani miał(a) wykonane **badanie spirometryczne**.

Badanie spirometryczne jest prostym, nieinwazyjnym testem oceniającym czynność płuc. Badanie polega na wykonaniu głębokich wdechów i wydechów przez ustnik aparatu spirometrycznego.

Nowoczesny spirometr jest przyrządem elektronicznym wyposażonym w pamięć i kalkulator. Aparat sprawdza czy badanie było wykonane prawidłowo oraz oblicza stosunek zmierzonych wyników do norm zależnych od wieku, płci i wzrostu. Badanie wykonuje się ambulatoryjnie.

W przypadku wykrycia zmian w badaniu spirometrycznym zostanie Pan/Pani objęty opieką lekarską, a w razie potrzeby także opieką specjalisty pulmonologa.

Nazwa, adres placówki medycznej

**Ankieta dla uczestnika programu
edukacyjno – diagnostycznego wczesnego rozpoznawania prewencji
przewlekłej obturacyjnej choroby płuc**

Imię i nazwisko:

Rok urodzenia: Płeć:

Adres zamieszkania:

Adres do korespondencji:

Telefon kontaktowy:

Instrukcja:

Niniejsza ankieta jest poufna i służy do wstępnej oceny stanu zagrożenia przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz zakwalifikowania do badania spirometrycznego.

Czytając uważnie pytania, proszę udzielić pisemnej odpowiedzi na każde z nich, zakreślając znakiem “x” właściwą odpowiedź lub wpisując dane odpowiadające objawom i problemom zdrowotnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych z wyników badań wyłącznie do celów statystycznych i epidemiologicznych.

Data

.....

Podpis wypełniającego ankietę

ANKIETA

1. PALENIE PAPIEROSÓW:

palę **czynnie** od lat

dziennie sztuk papierosów

palę **biernie** (przebywanie w dymie papierosowym): **tak** **nie**

w domu pracy w dzieciństwie

nie palę od **wcześniej paliłam/paliłem** przez

2. PRZEZIĘBIENIA: (katar, gorączka, ból gardła, kaszel lub jego nasilenie)

rzadziej niż 1x w roku 1x w roku **kilka razy w roku**

3. ZAPALENIE OSKRZELI:

(bolesny kaszel, odpluwanie ropnej płwociny, gorączka, może być duszność i
“granie w piersiach”)

nigdy rzadziej niż 1x w roku **1x w roku** **kilka razy w roku**

4. KASZEL:

po wstaniu z łóżka wybudza nad ranem ze snu **po wysiłku**

po śmiechu po zmianie temperatur **po przeziębieniach**

5. ODPLUWANIE WYDZIELINY:

nie odpluwam rano “pełnymi ustami” **tylko podczas przeziębień**

czasami wydzielina ropna (zielono-żółta) stale ropna

6. UCZUCIE DUSZNOŚCI:

nie mam tylko przy przeziębieniach tylko po dużym wysiłku
nawet po małym wysiłku jest stale
duszność jest napadowa z "graniem w piersiach" lub słyszalnymi świstami

7. SZYBSZE MĘCZENIE SIĘ: (zmęczenie po wysiłkach wcześniej nie
wywołujących zadyszki)

od roku od wielu lat od czasu ostatniego zapalenia oskrzeli/płuc

8. WYKONANE RTG PŁUC:

kiedy ? nigdy nie pamiętam

czy było nieprawidłowe? tak nie

(jeśli jest zdjęcie lub opis , proszę je przynieść na wizytę lekarską)

9. WYKONANE EKG:

kiedy ? nigdy nie pamiętam

czy było nieprawidłowe? tak nie

(jeśli jest zapis EKG, proszę przynieść na wizytę lekarską)

10. PRZEBYTA GRUŻLICA PŁUC:

tak (dawno) tak i pozostają pod kontrolą nie

11. CZY KTOŚ Z RODZINY CHOROWAŁ NA:

astmę oskrzelową tak nie

rozedmę płuc tak nie

bronchit tak nie

kto ?

**Rozpoznawanie i leczenie POCHP – instrukcja
dla lekarza POZ i lekarza rodzinnego**

Broszura GOLD dla lekarzy i pielęgniarek

(dzięki uprzejmości wydawnictwa „Medycyny Praktycznej”)

Karta badania lekarskiego
programu edukacyjno – diagnostycznego wczesnego rozpoznawania
przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Imię i nazwisko: Rok urodzenia

PESEL:

1. Sinica języka

tak **nie**

2. Badanie kl. piersiowej

Wypełnione żyły szyjne

tak **nie**

Klatka piersiowa

a) cechy rozedmy:

wypuk nadmiernie jawny/ bębnekowy

tak **nie**

ściszenie szmeru pęcherzykowego

tak **nie**

b) cechy zwężenia oskrzeli

wydłużony wydech

tak **nie**

świsty

tak **nie**

furczenia

tak **nie**

3. Wątroba - powiększona

tak **nie**

4. Obrzęki kończyn dolnych

tak **nie**

5. Rozpoznanie:

6. Zalecenia:

- BADANIE LEKARSKIE prawidłowe/nieprawidłowe
- PALACZ CZYNNY/ BIERNY tak

Wskazanie do konsultacji specjalisty

➤ Możliwość III

- SPIROMETRIA nieprawidłowa FEV1/FVC < 70%, FEV1 > 80%N,
z odwracalnością poniżej 15%
- BADANIE LEKARSKIE prawidłowe/nieprawidłowe
- PALACZ CZYNNY/ BIERNY tak

ROZPOZNAJ POCHP stadium I

Postępowanie w POCHP stadium I

1. Jeśli chory odczuwa duszność wysiłkową, zastosuj krótko działający lek rozszerzający oskrzela (najlepiej wziewny beta2-mimetyk lub lek antycholinergiczny), który pacjent ma używać doraźnie w przypadku duszności, nawracającego kaszlu, porannego odkrztuszania. Nauka prawidłowego używania inhalatorów
2. w przypadku bakteryjnego zakażenia układu oddechowego - antybiotyk

➤ Możliwość IV

- SPIROMETRIA nieprawidłowa: FEV1/FVC < 70%, FEV1 80-50%N,
odwracalność poniżej 12%
- BADANIE LEKARSKIE prawidłowe/nieprawidłowe
- PALACZ CZYNNY/ BIERNY tak

ROZPOZNAJ POCHP stadium II

Postępowanie w POCHP stadium II

1. punkt nr 1 jak wyżej
2. włączenie stałego leczenia wziewnym długo działającym beta2-mimetykiem lub lekiem antycholinergicznym,
3. w przypadku braku poprawy – konsultacja pulmonologiczna,
5. w okresie przeziębienia/ zapalenia oskrzeli - leczenie jak wyżej + antybiotyk *(pod warunkiem że jest to podejrzenie infekcji bakteryjnej)* lub prednizolon doustnie 30 mg na dobę przez 7-14 dni .

➤ Możliwość V

SPIROMETRIA

nieprawidłowa -FEV1 30-50% NORMY

Wskazanie do konsultacji specjalisty

**Karta konsultacji specjalistycznej
programu edukacyjno – diagnostycznego wczesnej prewencji
przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

Konsultacja pulmonologiczna

Imię i nazwisko: Rok urodzenia

PESEL:

Diagnoza lekarska:
.....
.....
.....

Zalecane postępowanie:
.....
.....
.....
.....

(koniec tekstu)

Rozliczenie stanowiące podstawę przekazania środków publicznych za okres oddo

(ZBIORCZE ZESTAWIENIE FAKTUR)

Dotyczy umowy Nr:.....

Nazwa programu

Lp.	Rodzaj wykonywanych świadczeń	Ilość wykonanych świadczeń	Cena	Faktura			Wartość brutto	Uwagi
				Wystawca faktury	Numer	Data wystawienia		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
.....								
Razem :								

w złotych

Miejscowość i data:

Zatwierdzam

Dyrektor

Główny Księgowy

Sporządzający:

Nr. Telefonu: