



NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

SZCZEGÓŁOWE MATERIAŁY INFORMACYJNE

O PRZEDMIOCIE POSTĘPOWANIA

W SPRAWIE ZAWARCIA UMÓW O UDZIELANIE

ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: programy profilaktyczne i promocja zdrowia

**w zakresie: program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby
płuc**

Przedmiot zamówienia został określony zgodnie z nazwą i kodem określonym we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych Dz.U. WE L 340 z 16.12.2002/ oraz art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U.nr 210 poz.2135/

- 85143000-3 Usługi ambulatoryjne
- 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne

„Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”

1. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń w rodzaju: programy profilaktyczne i promocja zdrowia, w zakresie: „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” przez Świadczeniodawców mających umowy z NFZ w rodzaju Podstawowa opieka zdrowotna, zapewniających realizację Etapu badań podstawowych i Etapu badań pogłębionych zgodnie z zakresami procedur przewidzianymi w programie.

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 płwociny – 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.

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 rosące 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.

Według międzynarodowego konsensusu - **GOLD** (Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - 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:

- 3.2.1. Upowszechnienie wiedzy o POCHP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby.
- 3.2.2. Wdrożenie taniej i skutecznej metody badań przesiewowych, wykrywających POCHP w grupach ryzyka.
- 3.2.3. Realizowanie programu edukacji antytytoniowej i leczenie nałogu palenia u osób z wykrytym stadium 0 i chorych na POCHP.
- 3.2.4. Diagnozowanie i leczenie chorych na POCHP wg przyjętego algorytmu postępowania.
- 3.2.5. Włączenie szczepień ochronnych p/grypie u chorych na POCHP.
- 3.2.6. Przeprowadzenie specjalistycznej diagnostyki różnicowej u osób mających objawy kliniczne a nie spełniających kryteriów rozpoznania stadium POCHP.
- 3.2.7. Zwiększenie skuteczności wykrywania wczesnych stadiów POCHP przez lekarzy POZ i rodzinnych oraz właściwe kwalifikowanie pacjentów do leczenia specjalistycznego.
- 3.2.8. Zmniejszenie liczby hospitalizowanych z powodu późno wykrytej POCHP.
- 3.2.9. Obniżenie kosztów leczenia chorych na POCHP.
- 3.2.10. Zmniejszenie liczby rent inwalidzkich, przyznawanych z powodu rozwiniętej POCHP.
- 3.2.11. Włączenie lekarzy POZ i rodzinnych do aktywnej profilaktyki POCHP wśród swoich podopiecznych.

4. POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM

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

Programem nie mogą być objęci świadczeniobiorcy, u których wcześniej zaistniało podejrzenie lub zdiagnozowano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc.

5. NAZWA I SZCZEGÓŁOWY ZAKRES PROCEDUR PRZEWIDZIANYCH W PROGRAMIE

5.1. Porada w etapie badań podstawowych obejmuje:

5.1.1. Objęcie przez świadczeniodawcę programem świadczeniobiorców, którzy zgłoszą się do niego bez skierowania. Zaproszenie świadczeniobiorców do uczestnictwa w programie nastąpi poprzez akcję medialną prowadzoną we współpracy z samorządami lokalnymi (informacje m.in. w internecie, prasie, radiu, telewizji).

5.1.2. Zapoznanie świadczeniobiorcy z założeniami Programu przez przeszkoloną pielęgniarkę (Załącznik nr 1 do Programu – informacja dla pacjenta).

5.1.3. Przedstawienie świadczeniobiorcy ankiety do wypełnienia (załącznik nr 2 do Programu).

5.1.4. Edukacja i promocja zachowań pro-zdrowotnych w zakresie odżywiania, stosowania używek i trybu życia.

5.1.5. Edukacja antynikotynowa dla palących papierosy zgodnie ze schematem określonym w załączniku nr 6 do Programu.

5.1.6. Wykonanie badania spirometrycznego. Badanie wykonywane jest przez przeszkoloną pielęgniarkę .

5.1.7. Przeprowadzenie badania fizykalnego i wypełnienie Karty badania lekarskiego (Załącznik nr 3 do Programu) przez lekarza.

5.1.8. Kwalifikacja do grupy ryzyka i skierowanie świadczeniobiorcy do dalszego postępowania zgodnie ze schematem określonym w załączniku nr 4 do Programu. Wszyscy świadczeniobiorcy z nieprawidłowym wynikiem badania spirometrycznego kierowani są do Etapu badań pogłębionych.

5.1.9. W niektórych przypadkach postawienie diagnozy dotyczącej układu oddechowego, ewentualne podjęcie leczenia.

5.2. Porada w etapie badań pogłębionych obejmuje:

5.2.1. Zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego przez realizatora Etapu badań podstawowych Programu.

5.2.2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, pogłębione w szczególności o wywiad dotyczący palenia tytoniu.

5.2.3. Wykonanie badania spirometrycznego. W przypadku potwierdzenia nieprawidłowego wyniku spirometrii – wykonanie spirometrycznej próby rozkurczowej.

5.2.4. Ocena informacji zebranych o pacjencie (ankieta, badanie spirometryczne) celem potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania POCHP.

5.2.5. Edukacja pacjentów, praktyczne porady dla osób palących tytoń.

5.2.6. Udokumentowanie w Karcie konsultacji specjalistycznej (Załącznik nr 5 do Programu) rozpoznania postawionego w Etapie badań pogłębionych i zaleceń co do dalszego postępowania.

5.3. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

5.3.1. Realizacja świadczeń w etapie badań podstawowych odbywa się w godzinach podstawowej działalności POZ.

5.3.2. Realizacja świadczeń w etapie badań pogłębionych odbywa się w godzinach podstawowej działalności poradni specjalistycznej.

5.3.3. W ramach realizacji Programu Świadczeniodawca zapewnia:

- rejestrację świadczeniobiorców na wyznaczone godziny,
- rejestracja pacjentów odbywać się może w każdej formie: osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej,

5.3.4. Świadczeniodawca realizujący Etap badań podstawowych zapewnia i finansuje (w ramach przyznanych na ten cel środków finansowych) konsultację specjalistyczną w Etapie badań pogłębionych.

5.3.5. Niedopuszczalne jest obciążanie pacjenta koniecznością uiszczania opłat.

6. SYSTEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

6.1. W rodzaju programy profilaktyczne i promocja zdrowia – „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”, stosuje się - określony w „Warunkach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”, stanowiących załącznik nr 2 do umowy - „System finansowania świadczeń, dla których określono cenę jednostkową”.

6.2. Jednostką rozliczeniową dla kontraktowanych przez Fundusz świadczeń w tym zakresie jest punkt rozliczeniowy.

6.3. Porada w etapie badań podstawowych wyceniona została na 4 punkty.

6.4. Porada w etapie badań pogłębionych wyceniona została na 4 punkty.

6.5. Kwota zobowiązania w umowie stanowi sumę kwot wynikających z iloczynu cen

jednostkowych i liczby punktów.

6.6. Rozliczenie następuje narastająco w czasie trwania umowy przy założeniu, że okresem rozliczeniowo - sprawozdawczym jest 1 miesiąc.

6.7. Świadczeniodawca wykazuje świadczenie w rozliczeniu dotyczącym miesiąca, w którym wykonano ostatni z elementów wchodzących w jego skład.

6.8. Świadczeniodawca realizujący Etap badań podstawowych zapewnia i finansuje (w ramach przyznanych na ten cel środków finansowych) konsultację specjalistyczną w Etapie badań pogłębionych.

6.9. Liczba porad w Etapie badań pogłębionych powinna stanowić 30 – 50 % liczby porad wykonanych w Etapie badań podstawowych.

7. MONITOROWANIE I EWALUACJA

7.1. Skuteczność zapraszania na badania:

- 7.1.1. liczba osób w populacji objętej programem,
- 7.1.2. liczba osób, które zgłosiły się na badania.

7.2. Efekty Etapu badań podstawowych:

- 7.2.1. liczba osób objętych programem,
- 7.2.2. liczba osób zakwalifikowanych do grupy ryzyka 0,
- 7.2.3. liczba osób z rozpoznaną POCHP,
- 7.2.4. liczba osób skierowanych do Etapu badań pogłębionych,
- 7.2.5. liczba osób skierowanych do programu edukacji antytytoniowej,
- 7.2.6. liczba osób które ograniczyły lub rzuciły palenie po programie edukacyjno-terapeutycznym.

7.3. Efekty Etapu badań pogłębionych:

- 7.3.1. liczba osób, które zgłosiły się do Etapu badań pogłębionych,
- 7.3.2. liczba osób u których wykonano pogłębione badania specjalistyczne, jakie?
- 7.3.3. liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki lub leczenia poza programem w ramach kontraktów z NFZ.

8. WYMAGANIA SZCZEGÓLNE DLA OFERENTÓW

8.1. Świadczeniodawcy przystępujący do postępowania muszą spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

8.1.1. rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 74, poz. 366 z późn. zm.) – w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej;

8.1.2. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 20, poz. 254) – w odniesieniu do praktyk lekarskich.

8.2. KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

8.2.1. Lekarz w Etapie badań podstawowych - posiadający kwalifikacje określone w informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

8.2.2. Lekarz w Etapie badań pogłębionych – specjalista pulmonolog.

8.2.3. Pielęgniarka spełniająca co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

8.2.3.1.magister pielęgniarstwa,

8.2.3.2.magister edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,

8.2.3.3.licencjat z pielęgniarstwa,

8.2.3.4.licencjat z zakresu edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,

8.2.3.5.specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, środowiskowego /rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,

8.2.3.6.kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Program profilaktyki 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.

Nieleczona 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 odpowiednią opieką lekarską.

Nazwa, adres placówki medycznej

**Ankieta dla uczestnika programu
profilaktyki 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/palilem 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 ?

Karta badania lekarskiego
w programie profilaktyki 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/ bębnowy	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:		

**Algorytm postępowania i leczenia pacjentów
w programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

➤ Możliwość I

- | | |
|-------------------------|------------|
| • SPIROMETRIA | prawidłowa |
| • BADANIE LEKARSKIE | prawidłowe |
| • PALACZ CZYNNY/ BIERNY | tak |

Postępowanie

POCHP - stadium "0" - oznacza stan zagrożenia POUCHP.

Zaleca się:

- 1) nakłanianie pacjenta przy każdej wizycie lekarskiej do zaprzestania palenia,
- 2) informacja o charakterze choroby, jej przebiegu i znaczeniu aktywnego trybu życia, zalecanie ćwiczeń fizycznych, unikanie dymu tytoniowego i innych zanieczyszczeń powietrza.

➤ Możliwość II

- | | |
|-------------------------|---------------|
| • SPIROMETRIA | prawidłowa |
| • BADANIE LEKARSKIE | nieprawidłowe |
| • PALACZ CZYNNY/ BIERNY | tak |

Wskazanie do konsultacji specjalisty.

- | | |
|-------------------------|--|
| • SPIROMETRIA | nieprawidłowa, z dużą odwracalnością po betamimetyku |
| • BADANIE LEKARSKIE | prawidłowe/nieprawidłowe |
| • PALACZ CZYNNY/ BIERNY | tak |

Wskazanie do konsultacji specjalisty

➤ Możliwość III

- | | |
|---------------|---|
| • SPIROMETRIA | nieprawidłowa FEV ₁ /FVC < 70%, FEV ₁ > 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,
- 4) 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
w programie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

Konsultacja pulmonologiczna

Imię i nazwisko: Rok urodzenia

PESEL:

Diagnoza lekarska:

.....

.....

.....

Zalecane postępowanie:

.....

.....

.....

.....

**Propozycja porady antynikotynowej
programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc**

Porada antynikotynowa powinna składać się z następujących elementów.

Należy spytać w jakim wieku nastąpił początek palenia, ile papierosów jest wypalane dziennie i obliczyć liczbę paczkolet palenia. Jeden paczkorok oznacza palenie 1 paczki (20 sztuk) papierosów dziennie przez rok.

Należy pokazać badanej osobie wynik jej spirometrii naniesiony na diagram Fletchera (załącznik Nr 6A). Jeśli wynik spirometrii jest prawidłowy należy poradzić palącemu zaprzestanie palenia motywując je potrzebą zapobieżenia POChP a także innym chorobom odtytoniowym takim jak rak płuca, zawał serca i udar mózgu.

Jeśli wynik spirometrii sugeruje rozpoznanie POChP należy pokazać badanemu, na diagramie Fletchera, nieunikniony postęp choroby z jego groźnymi następstwami jeśli palenie będzie kontynuowane. Jedynym sposobem uniknięcia tych niebezpieczeństw jest całkowite zaprzestanie palenia. Rzucenie palenia zatrzymuje postęp choroby i chroni przed jej powikłaniami.

Radząc zaprzestania palenia należy ustalić jego datę, najlepiej w najbliższych dniach wolnych od pracy. Palić należy przestać całkowicie. Stopniowe zmniejszanie liczby wypalanych papierosów jest mało skuteczne.

Poradz pozbycie się papierosów z mieszkania i unikanie osób palących. Uprzedź, że pierwsze kilka tygodni będzie trudne ale im dalej od dnia porzucenia palenia tym będzie łatwiej, należy więc wytrwać. Ruch fizyczny, dieta z dużą ilością jarzyn, owoców i płynów (woda, soki) ułatwiają przebycie tego okresu. Wsparcie rodziny jest też bardzo ważne.

Osobom palącym ponad 20 papierosów dziennie należy zaproponować nikotynową terapię zastępczą (guma do żucia, plastry) przez okres do 8 tygodni. W końcu należy wręczyć badanemu ulotkę z diagramem Fletchera i zalecić, jeśli próba zaprzestania palenia w ciągu 8 tygodni się nie powiedzie, zgłoszenie się do najbliższej poradni antynikotynowej.

Badanie spirometryczne płuc

Płuca są organem niezbędnym dla życia. Głównym zadaniem płuc jest dostarczanie organizmowi tlenu i usuwanie nadmiaru dwutlenku węgla. Aby te zadania wypełnić płuca muszą być odpowiednio sprawne. Podczas badania spirometrycznego mierzy się rezerwy oddechowe płuc. Są one największe około 25 roku życia. Potem płuca zaczynają się bardzo powoli starzeć. Ilustruje to zielone pasmo na rysunku znajdującym się wewnątrz ulotki. W wieku 75 lat zdrowy człowiek zachowuje 75% sprawności płuc jaką miał w młodości. U części osób palących papierosy, lub pracujących w warunkach stałego zapylenia płuca starzeją się znacznie szybciej. Przyspieszona utrata sprawności płuc jest chorobą nazywaną przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP). Na rysunku zaznaczono ją czerwoną linią. **POChP** jest chorobą trwającą kilkadziesiąt lat. Po około 20 latach choroby chory zaczyna odczuwać duszność podczas wysiłku. Duszność z roku na rok nasila się doprowadzając do inwalidztwa i przedwczesnej śmierci.

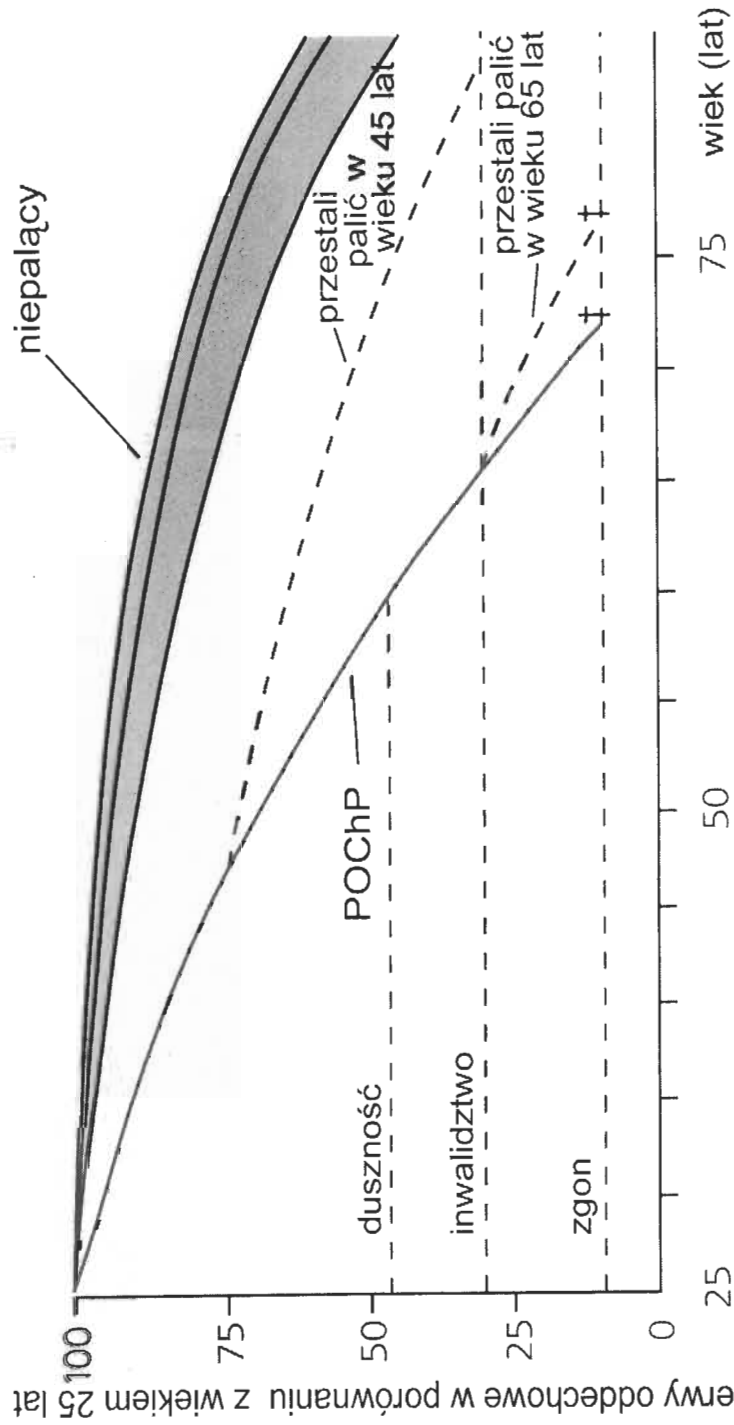
Badanie spirometryczne nie tylko pomaga rozpoznać **POChP** ale także określa stopień zaawansowania choroby. Można to zrobić umieszczając wynik badania spirometrycznego na rysunku. Jeśli wynik wypadnie na zielonym paśmie lub powyżej sprawność płuc jest bardzo dobra. Jeśli wynik wypada pomiędzy pasmem zielonym i czerwoną linią podejrzenie **POChP** jest bardzo duże. Należy zgłosić się dla lekarza aby potwierdził rozpoznanie.

Palenie papierosów jest przyczyną **POChP** u ponad 80% chorych. Palenie papierosów zagraża zdrowiu każdego palącego ale u palaczy chorych na **POChP** jest ono szczególnie szkodliwe. Nieprawidłowy wynik spirometrii oznacza **konieczność zaprzestania palenia!**

Jeśli wynik **FEV₁% normy** jest poniżej **50%** wynik spirometrii należy nosić stale ze sobą. W razie nagłej choroby lekarz leczący musi wiedzieć, że ma do czynienia z chorym o niewydolnych płucach.

Nieprawidłowy wynik spirometrii oznacza również zwiększone ryzyko zachorowania na raka płuc, zawał i udar mózgu.

Zachowanie się rezerw oddechowych płuc w ciągu życia



Zmodyfikowane wg: Fletcher C. & Peto R., BMJ, 1977, 1:1645-48.