



**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**

## **Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004**

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 POSTĘPOWANA**

1. Przedmiotem postępowania jest udzielanie świadczeń w rodzaju programy profilaktyczne i promocja zdrowia, w następujących zakresach
  - a) „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” – etap badań podstawowych, przez Świadczeniodawców mających umowy z NFZ w rodzaju Podstawowa opieka zdrowotna, zgodnie z zakresem przewidzianym w programie.
  - b) Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” – etap badań pogłębionych, realizowany przez lekarza specjalistę, zgodnie z zakresem przewidzianym 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 skąpe 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.

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

## Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004

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 tytoni 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 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. Jedyne skuteczne działanie 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 wnioski, 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

## **Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004**

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 ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Programem nie mogą być objęci ubezpieczeni, 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:**

1. Objęcie przez świadczeniodawcę programem ubezpieczonych, którzy zgłoszą się do niego bez skierowania. Zaproszenie ubezpieczonych do uczestnictwa w programie nastąpi poprzez akcję medialną prowadzoną we współpracy z samorządami lokalnymi (informacje m.in. w internecie, prasie, radiu, telewizji)..
2. Zapoznanie ubezpieczonego z założeniami Programu przez przeszkoloną pielęgniarkę (Załącznik nr 1 do Programu – informacja dla pacjenta).
3. Przedstawienie ubezpieczonemu ankiety do wypełnienia (załącznik nr 2 do Programu).
4. Edukacja i promocja zachowań pro-zdrowotnych w zakresie odżywiania, stosowania używek i trybu życia.
5. Edukacja antynikotynowa dla palących papierosy zgodnie ze schematem określonym w załączniku nr 7 do Programu
6. Przeprowadzenie badania fizykalnego i wypełnienie Karty badania lekarskiego (Załącznik nr 3 do Programu) przez lekarza.
7. Wykonanie badania spirometrycznego. Badanie wykonywane jest przez przeszkoloną pielęgniarkę .
8. Kwalifikacja do grupy ryzyka i skierowanie ubezpieczonego do dalszego postępowania zgodnie ze schematem Programu.
9. W niektórych przypadkach postawienie diagnozy dotyczącej układu oddechowego. ewentualne podjęcie leczenia.

### **5.2. Porada w etapie badań pogłębionych obejmuje:**

1. Zarejestrowanie ubezpieczonego skierowanego przez realizatora Etapu Badań Podstawowych Programu
2. Badanie podmiotowe i przedmiotowe z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, pogłębione w szczególności o wywiad dotyczący palenia tytoniu.
3. Ocena informacji zebranych o pacjencie (ankieta, badanie spirometryczne) celem potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania POCHP.
4. Edukacja pacjentów, praktyczne porady dla osób palących tytoń.

## **Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004**

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

### **5.3. ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

1. Realizacja świadczeń w etapie badań podstawowych odbywa się w godzinach podstawowej działalności POZ.
2. Realizacja świadczeń w etapie badań pogłębionych odbywa się w godzinach podstawowej działalności poradni specjalistycznej.
3. W ramach realizacji Programu Świadczeniodawca zapewnia:
  - rejestrację ubezpieczonych na wyznaczone godziny,
  - rejestracja pacjentów odbywać się może w każdej formie: osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej,
  - w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w ramach programu profilaktycznego realizator programu udziela wyłącznie tych świadczeń.

Niedopuszczalne jest obciążanie pacjenta koniecznością uiszczania opłat.

### **6. SYSTEM FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

1. W rodzaju programy profilaktyczne i promocja zdrowia – „Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc”, przewidziano system finansowania świadczeń ustalony w oparciu o cenę jednostkową
2. Jednostką rozliczeniową dla kontraktowanych przez Fundusz świadczeń w tym zakresie jest punkt rozliczeniowy
3. Porada w etapie badań podstawowych wyceniona została na 4 punkty,
4. Porada w etapie badań pogłębionych wyceniona została na 2 punkty,
5. Kwota zobowiązania w umowie stanowi sumę kwot wynikających z iloczynu cen jednostkowych i liczby punktów.
6. Rozliczenie następuje narastająco w czasie trwania umowy przy założeniu, że okresem rozliczeniowo - sprawozdawczym jest 1 miesiąc.
7. Świadczeniodawca wykazuje poradę w rozliczeniu miesięcznym po wykonaniu wszystkich elementów wchodzących w jej skład.
8. Świadczeniodawca realizujący Etap badań podstawowych zapewnia i finansuje (w ramach przyznanych na ten cel środków finansowych) konsultację specjalistyczną w Etapie badań pogłębionych.

## Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004

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:

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

#### 7.2. Efekty Etapu badań podstawowych:

- liczba wykonanych konsultacji lekarskich
- liczba wykonanych badań spirometrycznych
- 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

#### 7.3. Efekty Etapu badań pogłębionych:

- 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

### 8. WYMAGANIA SZCZEGÓLNE DLA OFERENTÓW

**Preferowani są świadczeniodawcy zapewniający kompleksową realizację świadczenia.**

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

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. 92.74.366 z późn. zm.) – w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej;
2. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 marca 2000 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, urządzenia i sprzęt medyczny, służące wykonywaniu indywidualnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i grupowej praktyki lekarskiej (Dz. U. Nr 20, poz. 254) – w odniesieniu do praktyk lekarskich;
3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 03.63.589).

#### 8.1. KWALIFIKACJE PERSONELU MEDYCZNEGO

**8.1.1. Lekarz w Etapie badań podstawowych** - jak w materiałach informacyjnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

**8.1.2. Lekarz w Etapie badań pogłębionych** – specjalista pulmonolog.

**8.1.3. Pielęgniarka spełniająca co najmniej jedno z poniższych kryteriów:**

- magister pielęgniarstwa,
- magister edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,
- licencjat z pielęgniarstwa,
- licencjat z zakresu edukacji zdrowotnej i wykształcenie średnie medyczne,
- specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, środowiskowego /rodzinnego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa środowiskowego/rodzinnego, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.



*Informacja dla pacjentów*

**Załącznik nr 1**

**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.**

## Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004

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.**

Załącznik nr 2

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.

## Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004

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 przeziębiń**            **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 MECZENIE 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 GRUŹLICA 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 ? .....

Załącznik nr 4

**Karta badania lekarskiego  
programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

Imię i nazwisko: .....	Rok urodzenia .....
	PESEL: .....
<b>1. Sinica języka</b>	<b>tak</b> <b>nie</b>
<b>2. Badanie kl. piersiowej</b>	
Wypełnione żyły szyjne	<b>tak</b> <b>nie</b>
Klatka piersiowa	
a) cechy rozedmy:	
wypuk nadmiernie jawny/ bębnekowy	<b>tak</b> <b>nie</b>
ściskanie szmeru pęcherzykowego	<b>tak</b> <b>nie</b>
b) cechy zwężenia oskrzeli	
wydłużony wydech	tak                      nie
świsty	tak                      nie
furczenia	tak                      nie
<b>3. Wątroba - powiększona</b>	<b>tak</b> <b>nie</b>
<b>4. Obrzęki kończyn dolnych</b>	<b>tak</b> <b>nie</b>

**5. Rozpoznanie:** .....

**6. Zalecenia:** .....

Załącznik nr 5

**Algorytm rozpoznawania i leczenia pacjentów  
programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

➤ Możliwość I

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

Postępowanie

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

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           |

## Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004

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 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,

**Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004**

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**

**Załącznik nr 6**

**Karta konsultacji specjalistycznej  
programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.**

Konsultacja pulmonologiczna

Imię i nazwisko: .....

Rok urodzenia .....

PESEL: .....

Diagnoza lekarska: .....

.....

.....

.....

Zalecane postępowanie:

.....

.....



.....  
.....

**Załącznik Nr 7**

**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 paczolat 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 7A). 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.

## Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004

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.

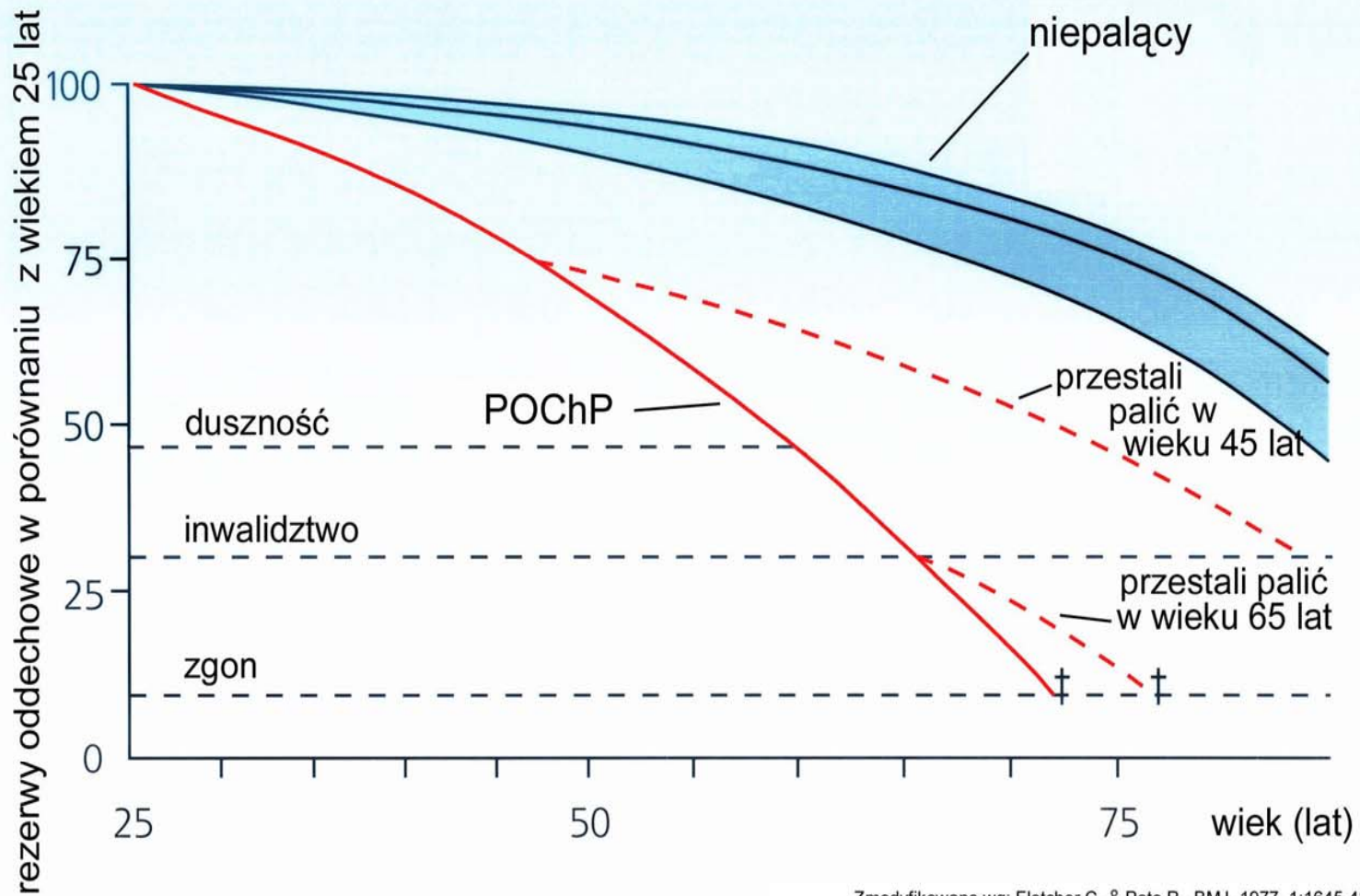
Palenie papierosów jest przyczyną **POChP** u ponad 80% chorych. Palenie papierosów zagraża zdrowiu każdego palącego ale u palaczy chorych na **POChP** jest ono szczególnie szkodliwe. Nieprawidłowy wynik spirometrii oznacza **konieczność zaprzestania palenia!**

Jeśli wynik **FEV<sub>1</sub>% 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.

## **Załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu nr 18/2004**

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.

