Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry

I. UZASADNIENIE CELOWOŚCI WDROŻENIA „PROGRAMU WCZESNEJ DIAGNOSTYKI I LECZENIA JASKRY", zwanego dalej Programem.

1. Opis problemu zdrowotnego

Jaska jest ciężkim schorzeniem okulistycznym, będącym jedną z głównych przyczyn ślepoty na świecie. Dotyczy obu oczu. Schorzenie nieleczone zawsze prowadzi do nieodwracalnej utraty wzroku.

Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, obejmuje ona 15% wszystkich zarejestrowanych przypadków ślepoty. Przyjmuje się, że na jaskrę choruje ok. 70 milionów ludzi na świecie, a do roku 2000 niemal 7 milionów straciło wzrok z powodu jaskrowego zaniku nerwu wzrokowego. Wczesne wykrycie choroby, jej prawidłowe monitorowanie i leczenie pozwala zachować użyteczną ostrość wzroku. Brak jest dokładnych danych epidemiologicznych na temat liczby osób niewidomych lub słabo widzących z powodu jaskry w Polsce. Do roku 2004 w Polskim Związku Niewidomych zarejestrowanych było 76 000 osób. Biorąc pod uwagę dane statystyczne ze światowych opracowań, że zachorowalność na jaskrę 1%-2% populacji, można przyjąć, że w Polsce problem ten dotyczy minimum 380 000 osób. Ze względu na częstość występowania oraz niepomyślne rokowania nieleczonej jaskry, uznawana jest ona obecnie na chorobę cywilizacyjną.

2. Przyczyny istnienia problemu zdrowotnego

Do dziś nie poznano do końca patomechanizmów prowadzących do rozwoju jaskry. W ciągu ostatnich kilkunastu lat wraz z rozwojem nowoczesnych technik diagnostycznych zmieniła się też definicja tej jednostki chorobowej. Według współcześnie obowiązującej definicji, **pojęcie „jaskra", obejmuje grupę chorób oczu, która charakteryzuje się postępującym zanikiem nerwu wzrokowego, przebiegającym z charakterystycznymi zmianami w wyglądzie jego tarczy oraz z charakterystycznymi progresywnymi zmianami w polu widzenia.** Zmianom tym towarzyszy zazwyczaj zbyt wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe. Istnieje kilka różnych klasyfikacji jaskry. Najpopularniejszy i najbardziej czytelny jest podział ze względu na miejsce blokady odpływu cieczy wodnistej z oka, na jaskrę otwartego i zamkniętego kąta oraz na jaskrę pierwotną, w której nie stwierdza się innych przebytych lub współistniejących chorób i patologii oka i jaskrę wtórną, która towarzyszy innym schorzeniom narządu wzroku.

Najczęstszą postacią jaskry jest jaskra pierwotna otwartego kąta, które ma charakterystyczny, powolny, często we wczesnych stadiach bezobjawowy przebieg. Wzrosty ciśnienia wewnątrzgałkowego nie są tak gwałtowne, jak w przypadku jaskry kąta zamkniętego, dlatego oko przystosowuje się do wyższych wartości ciśnienia. Wynikiem tego jest pojawienie się pierwszych zauważalnych przez pacjenta niepokojących objawów dopiero, gdy zmiany zanikowe w nerwie wzrokowym są zaawansowane. Najczęściej zauważany jest ubytek części paracentralnej pola widzenia, a to już świadczy o utracie, co najmniej 50 % włókien nerwowych w tym rejonie siatkówki. Przyjmuje się, że dotyka 1:100 osób po 40 roku życia. Często jest dziedziczona, prawdopodobnie wieloczynnikowo. Ryzyko zachorowania zwiększa się z każdym rokiem życia, oraz z obecnością naczyniowych czynników ryzyka uszkodzenia nerwu wzrokowego. W przypadku ich współwystępowania z krótkowzrocznością dolna granica zachorowania na jaskrę obniża się do 30- 35 roku życia. Ze względu na potwierdzone dziedziczenie niektórych postaci jaskry lub specyficznych cech budowy gałki ocznej mogących predysponować do jej wystąpienia ważny jest dokładny wywiad rodzinny u każdego pacjenta badanego okulistycznie.

Według różnych badań średnio w około 30% przypadków jaskry pierwotnej otwartego kąta, ciśnienie wewnątrzgałkowe utrzymuje się w granicach uznawanych za normę, tzn. nie przekracza 21 mmHg. Pomimo tego dochodzi do postępujących zmian zanikowych w nerwie wzrokowym. Jest to jaskra z normalnym ciśnieniem, której istnienie wskazuje, że ciśnienie wewnątrzgałkowe nie jest jedynym czynnikiem uszkadzającym nerw wzrokowy.

Inaczej sytuacja przedstawia się w przypadku jaskry zamkniętego kąta (JPZK). Jest ona związana ze specyficzną budową gałki ocznej, usposabiającą do mechanicznego zamykania przez nasadę tęczówki drogi odpływu cieczy wodnistej. Rozpoznanie zazwyczaj jest stawiane na podstawie badania przedniego odcinka gałki ocznej w lampie szczelinowej, a potwierdzeniem jest badanie gonioskopowe. Choroba ta występuje u osób z charakterystyczną budową gałki ocznej, z przesunięciem ku przodowi przepony tęczówkowo- soczewkowej, płytką komorą przednią i wąskim kątem przesączania w gonioskopii. Często przy postawieniu rozpoznania nie stwierdzamy zmian jaskrowych na tarczy nerwu wzrokowego ani charakterystycznych ubytków w polu widzenia.

3. Waga problemu zdrowotnego dla społeczeństwa.

Ostra postać choroby, tzn. ostry atak jaskry z całkowitym zamknięciem kąta przesączania powoduje zahamowanie odpływu cieczy wodnistej i w efekcie gwałtowny wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, z towarzyszącym temu całym spektrum, alarmujących pacjenta, objawów (ból głowy i oka, zamglone widzenie, widzenie kół tęczowych, pogorszenie ostrości wzroku, nudności, wymioty).

Jaskra dokonana jest końcowym stadium choroby, z całkowitą utratą widzenia spowodowaną jaskrowym uszkodzeniem nerwu wzrokowego.

Istnieje wiele rodzajów jaskry wtórnej, w których wzrost ciśnienia śródgałkowego może być spowodowany zarówno blokadą w odpływie cieczy wodnistej w obrębie struktur beleczkowania, jak i zamknięciem kąta przesączania i blokiem źrenicznym. Są one wynikiem zarówno zmian w gałce ocznej, np. złuszczania przedniej torebki soczewki w jaskrze pseudoexfoliacyjnej, wklęsłego odejścia podstawy tęczówki i rozproszenia barwnika - w jaskrze barwnikowej (odwrotny blok źreniczny), jak i stanów zapalnych- w jaskrze pozapalnej, jaskrze fakoanafilaktycznej, czy też zmian ogólnoustrojowych prowadzących do silnego niedotlenienia siatkówki - w jaskrze neowaskularnej.

Jaskra pierwotna wrodzona jest rzadką postacią tej choroby. Występuje z częstością 1: 10 000 urodzeń. W zależności od wieku, w jakim się ujawniła można wyróżnić 3 typy: jaskra wrodzona prawdziwa - 40%; podwyższone ciśnienie śródgałkowe występuje już w życiu płodowym, jaskra dziecięca - 55%, zaczyna się przed 3 rokiem życia, jaskra młodzieńcza - 5%, z początkiem między 3 a 16 rokiem życia. Jaskra pierwotna wrodzona ze względu na występujące patologie kąta przesączania może być leczona jedynie chirurgicznie.

Zestawienie czynników ryzyka wystąpienia jaskry pierwotnej zawiera tabela 1.

Lp.	Czynniki ryzyka wystąpienia jaskry pierwotnej
1.	Wiek- powyżej 35 roku życia
2.	Rasa- JPOK- częściej u rasy czarnej, JNC- u Japończyków, JPZK- w rasy żółtej
3.	Wywiad rodzinny i dziedziczenie- JPOK- AD, chr. 1, stopień ryzyka dla rodzeństwa- 10%, dla potomstwa- 4%, JPZK- dziedziczenie specyficznej budowy gałki ocznej: płytkiej komory przedniej, przesunietej do przodu przepony tęczówkow-soczewkowej, średnicy rogówki, wąskiego kąta przesączania
4.	Krótkowzroczność- JPOK, nadwzroczność (krótka gałka oczna)- JPZK

5.	Choroby siatkówki- JPOK, JNC
6.	Płeć- JNC i JPZK częściej u kobiet
7.	Naczyniowe czynniki ryzyka- najczęściej obecne w jaskrze normalnego ciśnienia- reakcja wazospastyczna, migrenowe bóle głowy, niskie ciśnienie perfuzji, nadciśnienie tętnicze i niedociśnienie tętnicze, nocna hypotonia układowa (big dippers), zmniejszenie prędkości przepływu krwi w tętnicy ocznej (potwierdzone USG Doppler), paraproteinemia

4. Dotychczasowe próby rozwiązania problemu.

Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia jest wykrycie jaskry w jak najwcześniejszym stadium i systematyczne monitorowanie postępu choroby.

Z przyjętej definicji jaskry wynika, że cechą wspólną wszystkich rodzajów jaskry nie jest podwyższone ciśnienie śródgałkowe, ale postępujący zanik nerwu wzrokowego, prowadzący do nieodwracalnych ubytków w polu widzenia i spadku ostrości wzroku.

Jednakże jedynym, jak do tej pory, sposobem leczenia jaskry jest właśnie obniżanie ciśnienia wewnątrzgałkowego. Stwierdzono, że im wyższe jest wyjściowe ciśnienie wewnątrzgałkowe, tym większe jest ryzyko rozwoju neuropatii jaskrowej. Natomiast obniżenie ciśnienia wewnątrzgałkowego o ok. 30% od wartości wyjściowej wpływa na obniżenie tempa progresji zmian w polu widzenia. Przystępując do leczenia jaskry należy sobie uświadomić, że jest to choroba nieuleczalna, a naszym celem jest zahamowanie jej rozwoju i zachowanie użytecznej dla pacjenta ostrości wzroku, gwarantującej mu dobrą jakość życia.

Celem leczenia jest osiągnięcie indywidualnego dla każdego pacjenta i co więcej zmieniającego się w ciągu jego życia ciśnienia docelowego (“target pressure”). Jest to taka wartość ciśnienia wewnątrzgałkowego, przy którym nie postępuje uszkodzenie jaskrowe zarówno pod względem morfologicznym jak i funkcjonalnym.

Podstawą leczenia większości rodzajów jaskry jest leczenie zachowawcze farmakologiczne. W niektórych typach jaskry: jaskra wrodzona, ostra jaskra zamkniętego kąta, leczeniem pierwszego rzutu jest leczenie operacyjne. W innych zwłaszcza jaskrach wtórnych, trudnych do leczenia zachowawczego, np. jaskra barwnikowa, jaskra pseudoexfoliacyjna, również wcześnie wybierane jest leczenie inwazyjne: laserowe, bądź od razu chirurgiczne. Nieskuteczność leczenia farmakologicznego lub/ i laserowego lub małe prawdopodobieństwo ich skuteczności, ze względu na wysoki wyjściowy poziom ciśnienia wewnątrzgałkowego, przemawiają za wdrożeniem szybszego leczenia chirurgicznego, zwłaszcza w przypadkach zaawansowanych neuropatii jaskrowych.

Metody umożliwiające rozpoznanie zmian patologicznych w nerwie wzrokowym to przede wszystkim pełne badanie okulistyczne przedniego i stereoskopowe tylnego odcinka gałki ocznej, z pomiarem ciśnienia śródgałkowego metodą tonometrii aplanacyjnej oraz badaniem kąta przesączania, czyli gonioskopią. Niestety rzadko jesteśmy w stanie na podstawie jednego badania potwierdzić lub wykluczyć jaskrę.
W przypadku specyficznej budowy gałki ocznej oraz charakterystycznego obrazu kąta przesączania w gonioskopii można rozpoznać jaskrę zamykającego się kąta i osoby z takim rozpoznaniem, często postawionym podczas rutynowej wizyty kontrolnej u lekarza okulisty, mogą w przyszłości uniknąć ostrego ataku jaskry i znacznych wzrostów ciśnienia śródgałkowego prowadzących do uszkodzenia nerwu wzrokowego.

W przypadku jaskry pierwotnej otwartego kąta, najczęściej podczas jednorazowej wizyty, jesteśmy w stanie postawić jedynie diagnozę o podejrzeniu jaskrowych zmian w

nerwie wzrokowym, często, ale nie zawsze połączonych ze zwiększonym ciśnieniem śródgałkowym. Dlatego też ważne jest objęcie dalszą opieką pacjentów wymagających diagnostyki jaskry. Wymagają oni przeprowadzenia specjalistycznych badań dodatkowych i stałych, okresowych kontroli okulistycznych. Wymagają oni, podobnie jak duża grupa osób z już zdiagnozowaną i leczoną jaskrą, stworzenia możliwości wykonania niezbędnych badań w ramach działalności zakładów opieki zdrowotnej z podpisanym z NFZ kontraktem- najlepiej w oparciu o poradnie jaskrowe. Przy podejrzeniu jaskry zalecane są badania okulistyczne i specjalistyczne badania diagnostyczne: pole widzenia w strategii progowej, w zakresie 30 stopni oraz badania skaningowej oftalmoskopii laserowej, takie jak: HRT (topografii tarczy nerwu wzrokowego) czy GDx (ocena stanu włókien nerwowych) lub fotografia cyfrowa tarczy nerwu wzrokowego przynajmniej 1 x w roku.

Programy wczesnego wykrywania jaskry są realizowane w większości krajów Europy Zachodniej, min. Belgii, Francji, Wielkiej Brytanii, Niemczech i Hiszpanii oraz w Stanach Zjednoczonych. Realizację ich rozpoczęto w tych krajach w połowie lat 90-tych XX wieku i są one kontynuowane do chwili obecnej. Najwięcej posiadanych danych i doświadczeń dotyczy Anglii i Hiszpanii. W organizacji polskiego programu chcielibyśmy oprzeć się na doświadczeniach tych krajów oraz na wieloośrodkowych programach realizowanych w USA.

Odnosząc się do efektów proponowanego programu można przywołać fakt, że realizowane od lat programy jaskrowe w krajach Europy Zachodniej i USA miały znaczący wpływ na to, iż w ostatnich 10 latach, dzięki przede wszystkim wczesnemu wykrywaniu jaskry, jak również wprowadzeniu nowych generacji leków przeciwjaskrowych, zmniejszyła się o ponad 30% ilość zabiegów wykonywanych w tych krajach z powodu nieuregulowanej jaskry. Powoduje to zmniejszenie nakładów finansowych na leczenie jaskry i rehabilitację narządu wzroku.

Najwyższe koszty w leczeniu jaskry są związane z pacjentami, u których proces zawansowania choroby jest duży. W tej grupie chorych na koszty leczenia składają się:
- koszty leczenia zachowawczego (kropli)
- koszty leczenia operacyjnego / laserowego
- koszty związane z hospitalizacja i częstymi kontrolami pooperacyjnymi
- koszty leczenia powikłań, w tym także ponownych zabiegów chirurgicznych
- wydatki z tytułu renty, zwolnienia z pracy, opieki socjalnej, itp.

Osobnym problemem są skutki psychologiczne i społeczne ciężkiej choroby i utraty funkcji widzenia, często uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie w społeczeństwie.

Wczesne wykrycie choroby i prawidłowe leczenie jaskry hamuje jej rozwój, a u części pacjentów w istotny sposób ja spowalnia. Powoduje to wielokrotne (ok. 10 razy) zmniejszenie grupy osób z zaawansowanymi uszkodzeniami nerwu wzrokowego.

W oparciu o informacje Polskiego Zakładu Higieny, szacunkowa ilość hospitalizacji z powodu jaskry w roku 2003 liczona dla 10 województw (Dolnośląskiego, Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Podkarpackiego, Podlaskiego, Śląskiego, Świętokrzyskiego oraz Wielkopolskiego) wynosiła ponad 15 000. Ze względu na wyższy poziom leczenia specjalistycznego w województwach nie objętych powyższymi danymi, z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że liczba hospitalizowanych z tego powodu w Polsce przekroczyła w roku 2003, 30000 osób.

Należy przyjąć szacunkowo, że realizując program powinno się docelowo objąć badaniami przesiewowymi ok. 300 000 osób rocznie, co pozwoliłoby ograniczyć liczbę osób hospitalizowanych i operowanych z powodu jaskry w perspektywie kilku lat (6-8 lat) o około 12 000 rocznie. Różnice, które w tym świetle ujawniają się między Europą Zachodnią a Polską są spowodowane znacząco gorszym poziomem wykrywania i leczenia jaskry w Polsce.

II. CELE OGÓLNE I SZCZEGÓŁOWE PROGRAMU

1. Cel główny:

zwiększenie wczesnego wykrywania jaskry w populacji polskiej oraz zwiększenie możliwości specjalistycznej opieki nad pacjentem z rozpoznaną jaskrą,
realizacja programu ma obniżyć wskaźnik ślepoty w Polsce z powodu jaskrowego zaniku nerwu wzrokowego.

2. Cele pośrednie:

1) podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie na temat objawów i leczenia jaskry,
2) wdrożenie populacyjnego skriningu w ramach programu wczesnej diagnostyki jaskry,
3) współudział i inspiracje w zakresie tworzenia organizacji pacjentów chorych na jaskrę,
4) współpraca lekarzy okulistów prowadzących pacjentów z jaskrą ze specjalistami,
5) z innych dziedzin: kardiologami, diabetologami, reumatologami, itp. oraz kompleksowa opieka nad pacjentem i leczenie chorób ogólnoustrojowych,
6) zmniejszenie kosztów leczenia ponoszonych przez NFZ poprzez zmniejszenie liczby chorych z zaawansowanymi zmianami wymagającymi przewlekłego leczenia i hospitalizacji,
7) wprowadzenia na terenie całego kraju standardu postępowania diagnostycznego.

III. SPOSÓB REALIZACJI DZIAŁAŃ NA POSZCZEGÓLNYCH ETAPACH REALIZACJI PROGRAMU.

1. Tryb zapraszania do Programu.

Zaproszenie do udziału w programie nastąpi na podstawie akcji informacyjnej na stronach internetowych NFZ i ogłoszeń u świadczeniodawców realizujących program, ewentualnie uzupełnionej przez informacje w mediach i prasie.

2. Populacja objęta Programem:

Populacją objętą programem wczesnego wykrywania jaskry są świadczeniobiorcy w wieku powyżej 35 roku życia (przy określaniu wieku należy wziąć pod uwagę rok urodzenia), u których nie przeprowadzono badania okulistycznego w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Kryteria wykluczające:

Programem nie mogą być objęci świadczeniobiorcy, u których już wcześniej zdiagnozowano jaskrę.

3. Świadczenia zdrowotne na poszczególnych etapach realizacji Programu.

1) porada na etapie I obejmuje:

a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy z wprowadzeniem jego danych do rejestru uczestników Programu,

b) przeprowadzenie wywiadu i wypełnienie ankiety, wzór ankiety stanowi **załącznik nr 1** do Programu,

c) edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki i objawów jaskry,

d) badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego - przeprowadzone przez lekarza okulistę,

e) badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza.

f) badanie kata przesączania- gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana,

g) decyzja, co do dalszego postępowania (wpisana do ankiety):

- zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po 24 miesiącach w przypadku prawidłowego wyniku badania i braku czynników ryzyka,
- zalecenie ponownego zgłoszenia się na badanie po 12 miesiącach w przypadku zaistnienia czynników ryzyka opisanych w Programie,
- skierowanie osób z nieprawidłowym wynikiem badania (wraz z kopią ankiety) do placówki realizującej II etap Programu.

2) porada na etapie II obejmuje:

a) zarejestrowanie świadczeniobiorcy skierowanego z Etapu I Programu (z zastrzeżeniem, że czas oczekiwania na poradę nie może być dłuższy niż 30 dni, chyba że świadczeniobiorca poprosi o inny termin),

b) komputerowe badanie pola widzenia- skriningowe, w zakresie 30 stopni obu oczu,

c) decyzja dotycząca dalszego postępowania (wdrożenie odpowiedniego leczenia w razie potrzeby oraz ewentualne skierowanie do dalszego leczenia) w zależności od wyniku badania potwierdzona pisemnie,

d) wraz ze skierowaniem do dalszego leczenia (w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego) pacjent otrzymuje kopię dokumentacji medycznej sporządzonej w ramach programu – zgodnie z wzorem określonym w **załączniku nr 1** do Programu.

Schemat postępowania z pacjentem objętym programem

1. **badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej- prawidłowe**
   a. tonometria- prawidłowa- ≤ 21 mmHg
   b. gonioskopia- kąt przesączania otwarty 3^0 lub4^0 wg Schaffera

c. kontrola za 24 miesiące

2. **badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej- prawidłowe**
   a. tonometria- prawidłowa- ≤ 21 mmHg
   b. gonioskopia- kąt przesączania otwarty, wąski 1^0 lub 2^0 wg Schaffera
   c. komputerowe badanie pola widzenia- skrining w zakresie 30 stopni

c.1. **prawidłowe**:

- rozważyć ryzyko zamknięcia kąta przesączania i ewentualnie wykonać irydotomię laserem Nd: YAG;
- jeśli ryzyko niskie- kontrola za 12 miesięcy.

c.2. **nieprawidłowe**:

- rozważyć ryzyko zamknięcia kąta przesączania i ewentualnie wykonać irydotomię laserem Nd: YAG;
- powtórzyć badanie w strategii progowej. Jeśli w dwóch kolejnych badaniach wystąpią nieprawidłowości- dalsza specjalistyczna diagnostyka.

3. **badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej- prawidłowe**
   a. tonometria- nieprawidłowa- ≥ 21 mmHg
   b. dalsza diagnostyka w zależności od wyniku gonioskopii i pola widzenia wg punktu 1. lub 2.

4. **badanie okulistyczne nieprawidłowe**

- **przedniego odcinka gałki ocznej-**
  - dalsza diagnostyka w kierunku jaskry pierwotnej zamykającego się kąta, wg punktu 2.
  - lub jaskry wtórnej (zależnie od charakteru stwierdzanych nieprawidłowości)- wg punktu 1., 2. lub 3.
- **tylnego odcinka gałki ocznej**
  - diagnostyka jaskry pierwotnej lub wtórnej wg punktów 1., 2., lub 3.- ocena stosunku zagłębienia nerwu wzrokowego do średnicy tarczy (c/d), ocena pierścienia nerwowo- siatkówkowego
  - diagnostyka jaskry pierwotnej lub wtórnej wg punktów 1., 2., lub 3.- ocena stanu siatkówki i jej naczyń.

IV. WSKAZANIE DALSZYCH PROCEDUR DIAGNOSTYCZNYCH I LECZNICZYCH

Szacuje się, że możliwe jest postawienie rozpoznania lub podejrzenia jaskry u ok. 10- 15% osób zgłaszających się na wizytę etapu I.

Na etapie II przeprowadzana będzie dalsza diagnostyka pacjentów podejrzanych o jaskrę.

W przypadku potwierdzenia badaniami dodatkowymi rozpoznania neuropatii jaskrowej pacjenci ci zostaną skierowani pod opiekę poradni specjalistycznych leczenia jaskry.

Leczenia szpitalnego- operacyjnego spośród tej grupy pacjentów prawdopodobnie będzie wymagało ok.2 %.

Świadczeniobiorcy wymagający dalszej diagnostyki lub leczenia zostaną skierowani do odpowiedniego świadczeniodawcy (poza Programem w ramach kontraktu z NFZ na odrębne rodzaje świadczeń).

V. WSKAŹNIKI MONITOROWANIA OCZEKIWANYCH EFEKTÓW

Zgłaszalność na badania:

a) Liczba osób w populacji określonej programem,
b) Liczba osób, które zgłosiły się do I etapu programu.

Efekty badań:

a) Liczba osób z prawidłowym wynikiem okulistycznego badania przesiewowego.
b) Liczba osób, u których wskazane jest ponowne badanie po 12 miesiącach.
c) Liczba osób skierowanych do etapu II.
d) Liczba osób, które zgłosiły się do etapu II programu.
e) Liczba osób z wynikiem dodatnim, skierowanych do dalszej diagnostyki lub leczenia specjalistycznego w ramach odrębnych kontraktów z NFZ.

VI. CZAS TRWANIA PROGRAMU

Program będzie realizowany w roku 2006 z możliwością przedłużenia czasu realizacji na następne lata i modyfikacji opisu programu w zależności od jego efektów.

Załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 21/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik nr 1 do Programu wczesnego wykrywania i leczenia jaskry

ANKIETA - WYWIAD

DANE PACJENTA
Imię i Nazwisko …… Wiek …… Płeć …… Rasa …… Data badania ……
WYWIAD OKULISTYCZNY
□ bóle gałek ocznych □ objaw „ kół tęczowych” □ krótkowzroczność □ nadwzroczność □ inne choroby oczu – podać jakie ....……. ...……... …….
WYWIAD OGÓLNY
□ jaskra w rodzinie □ bóle głowy □ niskie ciśnienie tętnicze □ nadciśnienie tętnicze □ cukrzyca □ zaburzenia gospodarki lipidowej □ niewydolność krążenia mózgowego □ objaw zimnych dłoni i stóp □ astma □ nadczynność tarczycy □ palenie tytoniu □ inne choroby ogólne – podać jakie ……. …… ..……... …….. □ przyjmowane leki ogólne – podać jakie ..…… ..…… …….

Załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 21/2006 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

BADANIE OKULISTYCZNE NA ETAPIE I PROGRAMU

<table>
<tr><td colspan="4">OSTROŚĆ WZROKU</td></tr>
<tr><td colspan="2">Vod =
Snod=</td><td colspan="2">Vos =
Snos=</td></tr>
<tr><td colspan="4">TONOMETRIA w mmHg □ aplanacyjna □ impresyjna</td></tr>
<tr><td colspan="2">Tod=</td><td colspan="2">Tos=</td></tr>
<tr><td colspan="4">GONIOSKOPIA wg Schaffera</td></tr>
<tr><td colspan="2">OP
szerokość kąta przesączania
0 1 2 3/4
wysycenie barwnikiem
- + ++ +++
krzywizna tęczówki
□ płaska □ wklęsła
□ wypukła □ nieregularna
inne anomalie kąta:…….</td><td colspan="2">OL
szerokość kąta przesączania
0 1 2 3/4
wysycenie barwnikiem
- + ++ +++
krzywizna tęczówki
□ płaska □ wklęsła
□ wypukła □ nieregularna
inne anomalie kąta:…….</td></tr>
<tr><td colspan="2">PRZEDNI ODCINEK</td><td colspan="2">TARCZA NERWU WZROKOWEGO</td></tr>
<tr><td>OP
komora przednia
□ średnio głęboka
□ płytka
barwnik na śródbłonku
□ tak
□ nie
soczewka
□ bez zmian
□ ze zmętnieniami
□ pseudofakia
□ afakia
□ PEX
zrosty tylne
□ tak
□ nie</td><td>OL
komora przednia
□ średnio głęboka
□ płytka
barwnik na śródbłonku
□ tak
□ nie
soczewka
□ bez zmian
□ ze zmętnieniami
□ pseudofakia
□ afakia
□ PEX
zrosty tylne
□ tak
□ nie</td><td>OP
C/D=
głębokość wnęki
- + ++ +++
pierścień nerwowo - siatkówkowy
□ prawidłowy
□ zanik
okołotarczowy zanik naczyniówki
□ tak
□ nie
krwotoczki na tarczy
□ tak
□ nie</td><td>OL
C/D=
głębokość wnęki
- + ++ +++
pierścień nerwowo - siatkówkowy
□ prawidłowy
□ zanik
okołotarczowy zanik naczyniówki
□ tak
□ nie
krwotoczki na tarczy
□ tak
□ nie</td></tr>
<tr><td colspan="4">OCENA SIATKÓWKI I NACZYŃ W ODNIESIENIU DO WIEKU</td></tr>
<tr><td colspan="2">OP
□ prawidłowe
□ nieprawidłowe :</td><td colspan="2">OL
□ prawidłowe
□ nieprawidłowe :</td></tr>
<tr><td colspan="4">WNIOSKI Z WIZYTY I ETAPU</td></tr>
<tr><td colspan="4">□ wynik badania prawidłowy i brak czynników ryzyka – badanie kontrolne za 24 miesiące

□ obecność czynników ryzyka – badanie kontrolne za 12 miesięcy

□ wynik badania nieprawidłowy – skierowanie do placówki realizującej II etap programu</td></tr>
</table>