



## Opinia Prezesa

### Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

nr 19/2015 z dnia 9 lutego 2015 r.

### o projekcie programu „Miejski program profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” miasta Łódź

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Miejski program profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc” miasta Łódź.

#### Uzasadnienie

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Miasta Łódź w zakresie wczesnego wykrywania i zapobiegania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Zakłada on przeprowadzenie edukacji zdrowotnej u osób powyżej 18 roku życia zamieszkałych w Łodzi oraz badań spirometrycznych w populacji osób od 40 do 65 roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem palących (od 10 lat) i biernych palaczy (narażonych od co najmniej 10 lat). Aktualne zalecenia PTChP i GOLD sugerują, że POChP należy podejrzewać u każdej osoby po 40 r.ż., palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na środowiskowe zanieczyszczenia powietrza, która kaszle i wykrztusza plwocinę (zazwyczaj rano; dolegliwości wieloletnie). W projekcie programu oszacowano zarówno koszty jednostkowe, jak i wartość kosztów całkowitych.

Trzeba zaznaczyć, że zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ (16.12.2014 r.) ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, wdrażany jest Program Profilaktyki Chorób Odytoniowych (finansowany przez NFZ). Podkreśla się, że program skierowany jest do „osób powyżej 18 roku życia palących papierosy, w tym – w zakresie Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP) – w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonywanych badań spirometrycznych w ramach profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy i u których nie zdiagnozowano wcześniej POChP, przewlekłego zapalenia oskrzeli czy rozedmy”. W związku z powyższym Miejski Program w Łodzi wydaje się powielać populację docelową i świadczenie dostępne w realizowanym już programie profilaktycznym finansowanym przez NFZ.

W związku z tym, że edukacja zdrowotna stanowi obecnie istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych, możliwym do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym i zasadnym byłoby skupienie się na prowadzeniu działań edukacyjnych w temacie prewencji chorób odytoniowych – nie tylko w grupach ryzyka, ale prawdopodobnie w całej populacji powyżej 18 r.ż. W takim zakresie działań program stanowiłby uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w ramach ogólnopolskiego programu finansowanego przez NFZ.

Program wymaga również określenia efektów i skuteczności działań edukacyjnych



Ponadto program powołuje się na prawdopodobnie nieaktualne dane epidemiologiczne z polskich źródeł (Raport HEPRO, 2007 rok), oraz na dane z całego świata – nieadekwatne do sytuacji w Polsce. Warto byłoby również bardziej konkretnie odnieść się do ewaluacji działań przeprowadzonego w latach 1999-2013 „Programu wczesnego wykrywania chorób płuc”.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego Miasta Łódź w zakresie wczesnego wykrywania i zapobiegania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Zakłada on przeprowadzenie edukacji zdrowotnej u osób powyżej 18 roku życia zamieszkałych Łódź oraz badań spirometrycznych w populacji osób od 40-65 roku życia, ze szczególnym uwzględnieniem palących (od 10 lat) i biernych palaczy (co najmniej 10 lat) miasta. Program jest jednoroczny, ale planuje się kontynuację działań w latach następnych. Planowany koszt realizacji programu to 200 tys. zł z budżetu Miasta. Koszt jednostkowy spirometrii oszacowano na 60 zł a koszt zajęć edukacyjnych 100 zł za godzinę.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej Miasta Łódź:**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego w Mieście Łódź

Projekt programu dotyczy ważnego problemu zdrowotnego opierającego się na profilaktyce i wczesnym wykrywaniu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 – cel strategiczny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.

Autor projektu odnosi się do globalnej i krajowej epidemiologii POChP, jednak informacje dot. stanowiska WHO nt. występowania POChP na świecie nieco się różnią. Zgodnie z bieżącymi danymi, na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc cierpi blisko 65 milionów osób w społeczeństwie (a nie 600, jak wskazuje Autor projektu). W projekcie odniesiono się również do problemu palenia tytoniu przez mieszkańców Łodzi na podstawie „HEPRO - zbiór narzędzi dla profili zdrowotnych – Łódź”, gdzie co trzecia osoba w mieście jest nałogowym palaczem. Warto podkreślić, że w/w Raport HEPRO pochodzi z 2007 r., w związku z czym informacje w nim zawarte mogą być nieco zdezaktualizowane.

#### Populacja docelowa

Autor określa dwa rodzaje populacji docelowej objętej działaniami projektu. Pierwszy z nich dotyczy osób zakwalifikowanych do edukacji zdrowotnej i obejmuje osoby dorosłe powyżej 18 roku życia, a oszacowana liczebność to 3 tys. osób. Z kolei, drugi dotyczy populacji zakwalifikowanej do badań diagnostycznych tj. spirometrii, gdzie zaplanowano uczestnictwo osób w grupie wiekowej 40-65 lat, ze szczególnym uwzględnieniem palących od 10 lat oraz tzw. biernych palaczy (co najmniej 10 lat). Oszacowano ich liczebność na kolejno: 2 tys. i 1 tys. osób. Autor nie uzasadnia jednak określenia w/w liczby mieszkańców zakwalifikowanych do uczestnictwa w programie.

Najniższy sugerowany przez wytyczne wiek osób, narażonych szczególnie na czynniki ryzyka wystąpienia POChP, u których rekomendowane jest przeprowadzenie badania spirometrycznego to 35 lat. Natomiast aktualne zalecenia PTChP i GOLD sugerują, że POChP należy podejrzewać u każdej osoby po 40 r.ż., palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na środowiskowe zanieczyszczenia powietrza, która kaszle i wykrztusza plwocinę (zazwyczaj rano; dolegliwości wieloletnie). W związku z czym wybór grupy wiekowej populacji docelowej wydaje się być - pod względem realizacji badań diagnostycznych - zasadnym.

Jednak trzeba zaznaczyć, że zgodnie z aktualnym Zarządzeniem Prezesa NFZ (16.12.2014 r.) ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, wdrażany jest Program Profilaktyki Chorób Odotytoniowych (finansowany przez NFZ). Podkreśla się, że program skierowany jest do „osób powyżej 18 roku życia palących papierosy, w tym – w zakresie Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (POChP) – w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonywanych badań spirometrycznych w ramach profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy i u których nie zdiagnozowano wcześniej POChP, przewlekłego zapalenia oskrzeli czy rozedmy”. W związku z powyższym Miejski Program w Łodzi wydaje się powielać populację docelową w realizowanym już programie profilaktycznym przez NFZ. Jedynie w zakresie edukacji zdrowotnej, Autor projektu zaznacza, że działaniami zostaną objęte wszystkie osoby dorosłe ( $\geq 18$  r.ż) mieszkające w Łodzi (nie zawiązując populacji do głównych grup ryzyka - osób palących/biernych palaczy).

Kryteria kwalifikacji do programu są precyzyjnie określone, natomiast tryb zapraszania do udziału w nim stanowić ma akcja medialna (prasa, radio, telewizja, Internet) oraz liczne ogłoszenia i materiały akcydensowe umieszczane i rozdawane w miejscach publicznych Łodzi. Prawidłowo zorganizowana akcja informacyjno-promocyjna może wpływać na równy dostęp w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z danymi GUS na 2013 r., populację powyżej 18 r.ż. w Łodzi szacowano na ok. 611 tys. osób, z czego blisko 42% stanowiły osoby w grupie 40-65 lat.

#### Planowana interwencja

W ramach projektu programu zaplanowano realizację edukacji zdrowotnej w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania POChP oraz badań diagnostycznych w grupie 40-65 lat ze szczególnym uwzględnieniem grup ryzyka (tj. aktualnych palaczy i biernych palaczy).

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, zaleca się wykonanie spirometrii dla osób, u których występują następujące czynniki ryzyka: przewlekły kaszel, odkrztuszanie plwociny, świszczący oddech lub duszność, stwierdzony w wywiadzie rodzinny niedobór  $\alpha 1$ -antytrypsyny, palenie tytoniu (w tym narażenie na dym tytoniowy) – liczba paczko-lat w poszczególnych rekomendacjach różni się, natomiast nigdy nie jest niższa niż 10; nawracające, ostre, infekcyjne zapalenie oskrzeli; narażenie na pyły i środki chemiczne w środowisku pracy. Zaznacza się, że badanie to powinno być przeprowadzane przez wykwalifikowany personel na odpowiednio wykalibrowanym urządzeniu.

W związku z powyższym, zasadnym jest zastosowanie badań diagnostycznych w postaci spirometrii w grupach palaczy i osób narażonych na ekspozycję dymu tytoniowego przez długi okres czasu. Jednak należy podkreślić, że aktualnie realizowany jest Program profilaktyki chorób odotytoniowych (w tym POChP) składający się z dwóch etapów w tożsamej populacji (jak w opiniowanym projekcie). W programie finansowanym przez NFZ, wdrażane jest: zebranie wywiadu przez lekarza POZ dot. palenia tytoniu i stopnia uzależnienia od nikotyny, badanie przedmiotowe (masa ciała, wzrost, ciśnienie tętnicze krwi) oraz badanie spirometryczne dla osób kwalifikujących się do profilaktyki POChP, edukację każdego świadczeniobiorcy dotyczących skutków palenia tytoniu, poradę antynikotynowa z zaplanowaniem terapii odwykowej. Po 30 dniach, w przypadku niepowodzenia, pacjenci ze średnim i wysokim stopniem motywacji do rzucenia palenia kierowani są do etapu specjalistycznego programu, gdzie działania w w/w zakresie zostają poszerzone o dodatkowe testy, poradnictwo i ewentualne leczenie farmakologiczne lub terapię grupową. Dlatego też projekt programu jest wydajny i powielać świadczenia gwarantowane w ramach ogólnopolskiego Programu profilaktyki chorób odotytoniowych.

W związku z tym, że edukacja zdrowotna stanowi obecnie istotny element polityki zdrowia publicznego i jedno z zadań samorządów lokalnych możliwe do realizacji przy niewielkim nakładzie finansowym, zasadnym jest prowadzenie działań edukacyjnych w ramach programów zdrowotnych. Wiele wytycznych, obecnie, wskazuje na wysoce istotne znaczenie działań edukacyjnych w prewencji chorób odtytoniowych jak np. POChP, szczególnie jeśli chodzi o palaczy i związane z nimi interwencje tytoniowe. Jednakże Autor projektu zakłada wdrożenie działań edukacyjnych (spotkania edukacyjne, plakaty, ulotki, kampania medialna, publikacje naukowe etc.) nie tylko w grupach ryzyka, ale i prawdopodobnie w całej populacji powyżej 18 r.ż. Dlatego w tym zakresie, edukacja zdrowotna stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych w ramach ogólnopolskiego Programu finansowanego przez NFZ.

Warto podkreślić, że zgodnie z wytycznymi, istotne jest uświadomienie beneficjentowi programu zdrowotnego, iż zaprzestanie palenia jest podstawą pierwotnej i wtórnej profilaktyki POChP. Już w pierwszym roku po zaprzestaniu palenia może dojść do poprawy FEV1, a następnie tempo obniżania FEV1 może zbliżyć się do obserwowanego u osób niepalących. W tej kwestii, bardzo istotny jest wiek zaprzestania palenia. Najlepsze wyniki w zapobieganiu postępowi choroby osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez chorego przed 40 r.ż. Powszechnie przyjętą metodą w rzucaniu palenia jest metoda minimalnej interwencji, zwana też metodą 5 „P”, gdzie wykonuje się również testy motywacji rzucenia palenia, test Fagerströma (ocena stopnia uzależnienia od nikotyny) oraz planuje się przeprowadzanie wizyt kontrolnych u potencjalnej jednostki. Metoda 5 „P” może być przyczyną ok. 2-5% trwale porzuconych nałogów palenia. Powinien ją stosować każdy lekarz w kontaktach z palącym nałogowo pacjentem. Dlatego też poradnictwo antynikotynowe, wykłady, spotkania edukacyjne prowadzone przez odpowiednio przeszkoloną jednostkę wydaje się być bardzo ważnym aspektem programów prewencji i wczesnego wykrywania POChP.

#### Cele i efekty programu

Założenie główne projektu programu stanowi obniżenie zachorowalności i umieralności mieszkańców Łodzi z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i jej powikłań. Dodatkowo Autor określa 5 celów szczegółowych. Wskazać jednak należy, że nie są one spójne w całym zakresie, a z uwagi na fakt, że program jest ukierunkowany wyłącznie na działania diagnostyczne (bez wpływu na leczenie) uzależnienie wskaźników umieralności od proponowanej interwencji nie jest do końca właściwe, bo umieralność z powodu POChP nie będzie zależeć tylko od realizacji programu. Ważny jest w przypadku tej choroby również element terapeutyczny.

Edukacja zdrowotna jeśli jest też działaniem w ramach programu, nie powinna być celem samym w sobie. Dopiero podniesienie świadomości jest celem, który może być uzyskany dzięki zastosowaniu edukacji. W tym aspekcie należy także zwrócić uwagę, że dopiero poznanie wyjściowego stanu wiedzy może pozwolić na uzyskanie odpowiedzi, czy edukacja wpłynęła pozytywnie na poziom wiedzy adresata programu (być może aby zmierzyć ten efekt i uzyskać odpowiedź na pytanie czy cel został osiągnięty należy włączyć ankietę/test wiedzy adresata programu przed i po edukacji). Podobnie w przypadku oceny poprawy zachowań zdrowotnych – warto znać aktualne zachowania, aby ocenić czy program wpłynął pozytywnie na zmianę zachowań zdrowotnych. Wśród mierników efektywności, ani w ewaluacji nie uwzględnia się parametrów, które ten efekt mogłyby zmierzyć.

Cel zdefiniowany jako „wczesna identyfikacja jak największej liczby chorych” nie jest spójny z celem głównym, który wskazuje na konieczność obniżenia zachorowalności. Wzmoczenie diagnostyki i rozpoznawania POChP w pierwszym okresie trwania programu wpłynie na wzrost wskaźników zachorowalności. Zatem być może początkowy trend wzrostowy

dla zachorowalności powinien być uwzględniony jako efekt, który wskazuje, że program ma wpływ na zdrowotność populacji w obszarze chorób płuc.

Zwraca także uwagę, że odległe następstwa POChP są zależne także od stosowanego leczenia i stosowania się pacjenta do zaleceń lekarskich. Ponieważ terapia wykracza poza zakres opiniowanego programu zaobserwowanie tego celu niekoniecznie będzie możliwe.

Ponadto, wskaźniki efektywności mają wartość informacyjną, jeśli odnoszą uzyskany wynik do sytuacji aktualnej. Zebranie tylko informacji z realizacji programu nie pozwoli na określenie czy nastąpił wzrost czy spadek względem sytuacji obecnej. Uzupełnienia wymagają wskaźniki efektywności odnoszące się do efektu w postaci zmiany świadomości i zachowań zdrowotnych.

#### Monitorowanie i ewaluacja

Dokładnie i prawidłowo odniesiono się do monitorowania i ewaluacji programu. W ramach oceny jakości uzyskanych świadczeń przewidziano ankietę satysfakcji pacjenta, jednak jej wzór nie został dołączony do projektu programu celem weryfikacji formy i treści. Prowadzenie prawidłowego, rzetelnego monitorowania programu oraz odpowiednio wczesne i prawidłowe określenie mierników efektywności wydaje się być bardzo istotnym punktem każdego programu zdrowotnego.

Autor podkreśla, że miasto Łódź w okresie 1999-2013 r. realizowało Program wczesnego wykrywania chorób płuc obejmujący wykonanie RTG klatki piersiowej i edukację zdrowotną. Jednak nie odnosi się do ewaluacji w/w działań.

Okres realizacji projektu programu jest jednoroczny (2015 r.), ale zakłada się możliwość kontynuacji programu w przyszłych latach.

Ustosunkowano się również do bezpieczeństwa planowanych działań, ich skuteczności klinicznej czy też zaleceń towarzystw naukowych. Jednak w przytaczanych informacjach brakuje referencji.

#### Warunki realizacji

W projekcie programu oszacowano zarówno koszty jednostkowe, jak i wartość kosztów całkowitych. Na roczną realizację planowanych interwencji w populacji docelowej oszacowanej przez Autora przeznaczono 200 tys. zł. Kwota ta uwzględnia koszt spotkań edukacyjnych (100 zł/godz., czyli 10 tys. zł za cały cykl), koszt spirometrii (ok. 60 zł; czyli 180 tys. zł za realizację badań wśród 3 tys. uczestników) oraz koszt wydruku materiałów, poradnictwa antytytoniowego, kampanii medialnej (prawdopodobnie pozostałe 10 tys. zł). Autor projektu zakłada nieodpłatne wynajęcie sal do wdrażania działań edukacyjnych. Cały projekt zostanie sfinansowany z budżetu Miasta.

Działania prewencyjne i profilaktyka są często bardziej opłacalne dla systemu ochrony zdrowia niż późniejsza medycyna naprawcza. Zgodnie z analizą danych NFZ wykonaną przez zespół Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, w 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia, wydał na leczenie chorych na POChP – w ramach leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i rehabilitacji leczniczej - ponad 164 mln zł.

Natomiast w Programie profilaktyki chorób odytoniowych, w ramach którego prowadzi się leczenie nałogu palenia, znalazło się tylko 194 chorych na POChP w skali kraju. Podkreśla się, że poziom finansowania tego programu przez NFZ jest na tyle niski, że z roku na rok realizuje go coraz mniej placówek medycznych. Oddziały NFZ w roku 2012 rozliczyły w sumie tylko 25008 świadczeń, w woj. łódzkim udzielono blisko 174 świadczenia, natomiast dla porównania na Podlasiu nie wykonano żadnego (dalsze informacje - rozdz. 2.5 oraz 4.4).

Autor dołącza do projektu programu wzory ankiet, zgód na przetwarzanie danych osobowych i kart pacjenta w ramach badania lekarskiego w celu ostatecznego rozpoznania POChP. Są one tożsame z wzorami niezbędnych pism umieszczonych w Załączniku 6 – Zarządzenia Prezesa NFZ ws. Programu profilaktycznego chorób odtytoniowych (w tym POChP).

W projekcie zaznacza się, że Realizator głównych jego założeń zostanie wybrany na zasadzie konkursu ofert, co jest zgodne z zapisami ustawowymi. Warunki oraz niezbędne kompetencje do realizacji projektu zostały dokładnie opisane. Zasad udzielania przewidzianych świadczeń oraz ich powiązania z innymi działaniami - finansowanymi ze środków publicznych, jak również do sposobu zakończenia udziału w programie są precyzyjnie przedstawione. Potencjalny uczestnik, u którego wykryto podejrzenie wystąpienia POChP zostanie pouczony i skierowany do leczenia w odpowiedniej poradni specjalistycznej (w ramach świadczeń gwarantowanych).

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### **Problem zdrowotny**

Oceniany program odnosi się do konkretnego, dobrze zdefiniowanego problemu zdrowotnego – profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Zgodnie ze stanowiskiem PTChP z 2014 r., definiuje się POChP jako „powszechnie występującą, przewlekłą chorobą poddającą się profilaktyce i leczeniu. Cechuje się utrwalonym ograniczeniem przepływu powietrza przez dolne drogi oddechowe, które zazwyczaj postępuje i jest związane z nadmierną reakcją zapalną w oskrzelach i płucach w odpowiedzi na szkodliwe działanie gazów i pyłów, w Polsce najczęściej dymu tytoniowego. Zaostrzenia i obecność chorób współistniejących wpływają na przebieg POChP u poszczególnych chorych.”

Polskie zalecenia uściślają, że utrwalone ograniczenie przepływu powietrza dotyczy drobnych dróg oddechowych oraz uwypuklają, że najistotniejszym czynnikiem powodującym POChP jest właśnie palenie tytoniu.

Przewlekła obturacyjna choroba płuc, zgodnie z WHO, jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie, zaraz po niedokrwiennej chorobie serca i udarze mózgu. Szacuje się, że w Polsce cierpi na nią 2 miliony osób, ale aż 80 proc. z nich nie wie o tym i nie leczy się. Z kolei śmiertelność z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc stale rośnie. Z jej powodu umiera co roku w Polsce ponad 15 tys. osób.

#### **Ocena technologii medycznej**

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc to zespół kliniczny, w którym współistnieją cechy przewlekłego zapalenia oskrzeli i rozedmy płuc, różnie nasilone u poszczególnych chorych. POChP jest chorobą, której można zapobiegać i którą można leczyć, cechującą się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Ograniczenie to zazwyczaj postępuje i jest związane z nieprawidłową reakcją zapalną płuc na szkodliwe gazy i pyły (najczęściej dym tytoniowy). Chociaż POChP toczy się w płucach ma również poważne następstwa ogólnoustrojowe.

Profilaktyka i wczesne wykrywanie POChP wpisują się w 6 cel strategiczny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, dotyczącego zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego. W

ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w wybranych zakładach opieki zdrowotnej realizowany jest „Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)”.

#### Podsumowanie wniosków z rekomendacji i wytycznych:

Zaprzestanie palenia jako profilaktyka pierwotna POChP:

- Zaprzestanie palenia jest jedynym środkiem o udowodnionej skuteczności w spowalnianiu rozwoju POChP, a jednocześnie interwencją najbardziej kosztowo-efektywną. Najlepsze wyniki w zapobieganiu postępowi choroby osiąga się przy trwałym zaprzestaniu palenia przez chorego przed 40 r.ż. Powszechnie przyjętą metodą w rzucaniu palenia jest metoda minimalnej interwencji, zwana też metodą 5 „P”.
- Lekarze powinni identyfikować osoby palące wśród swoich pacjentów oraz proponować im interwencje prowadzące do zaprzestania palenia, ma to potencjalnie istotny wpływ na wzrost wskaźnika rzucenia palenia.
- Rekomenduje się dokonywanie regularnej oceny oraz prowadzenie dokumentacji dotyczącej konsumpcji wyrobów tytoniowych u poszczególnych pacjentów (jako osoby właściwe do realizacji tego zadania często wskazywani są lekarze medycyny rodzinnej). Posiadanie kompletnej historii palenia danego pacjenta ma istotne znaczenie przy realizowaniu interwencji polegających na wspieraniu i motywowaniu w rzuceniu palenia, co skutkuje większym odsetkiem rzucania palenia.
- Do oceny stopnia uzależnienia od nikotyny oraz przewidywania krótko- i długotrwałej abstynencji od nikotyny rekomendowany jest test Fagerströma.
- Do krótkotrwałych działań efektywnych zaliczane są następujące interwencje:
  - a) na początkowych etapach zalecany jest pogłębiony wywiad z pacjentem oraz przedyskutowanie nawyków dotyczących palenia i uzyskanie informacji dotyczących wcześniejszych prób rzucania palenia,
  - b) bsystematyczne poradnictwo, trwające nie dłużej niż 3 minuty – jest to minimum jakie powinno zostać zagwarantowane osobie palącej w trakcie wizyt lekarskich,
  - c) poradnictwo w zakresie farmakoterapii
  - d) interwencje polegające na motywowaniu pacjentów
  - e) szczególnie często zalecana jest strategia 5P, w wytycznych australijskich pojawia się strategia ABC.
- Wyniki przeglądów systematycznych wskazują, że za wyjątkiem połączenia farmakoterapii z intensywnym i długotrwałym poradnictwem indywidualnym, powodzenie pozostałych interwencji jest niskie.<sup>12</sup>

Badanie przesiewowe z wykorzystaniem spirometrii:

- Badanie spirometryczne nie jest rekomendowane jako masowe badanie przesiewowe w kierunku POChP u osób dorosłych, u których nie występują objawy ze strony układu oddechowego z uwagi na:
  - a) brak wystarczających dowodów skuteczności (także w populacji osób palących),

- b) wysoki koszt alternatywny związany z wykonaniem badania – czas i wysiłek zarówno pacjenta jak i systemu służby zdrowia
- c) mniejsza precyzyjność badania w warunkach podstawowej opieki zdrowotnej
- Badanie spirometryczne jest rekomendowane dla osób, u których występują następujące objawy/czynniki ryzyka:
  - a) przewlekły kaszel,
  - b) odkrztuszanie plwociny,
  - c) świszczący oddech lub duszność,
  - d) stwierdzony w wywiadzie rodzinnym niedobór  $\alpha$ 1-antytrypsyny,
  - e) palenie tytoniu (w tym narażenie na dym tytoniowy) – liczba paczkolet w poszczególnych rekomendacjach różni się, natomiast nigdy nie jest niższa niż 10.
  - f) nawracające, ostre, infekcyjne zapalenie oskrzeli
  - g) narażenie na pyły i środki chemiczne w środowisku pracy
- Najniższy sugerowany przez wytyczne wiek osób, narażonych na wyżej wymienione czynniki, u których rekomendowane jest przeprowadzenie badania spirometrycznego to 35 lat .
- Przesiewowe badania spirometryczne wykonuje się w populacji ogólnej lub wśród podopiecznych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w wielu krajach Europy. Z kolei w Stanach Zjednoczonych powtarzane są opinie o braku korzystnego wpływu takich działań na umieralność z powodu POChP.

#### Elementy wczesnej diagnostyki POChP:

- Aktualne zalecenia PTChP i GOLD sugerują, że POChP należy podejrzewać u każdej osoby po 40 r.ż., palącej od wielu lat papierosy lub narażonej na środowiskowe zanieczyszczenia powietrza, która kaszle i wykrztusza plwocinę (zazwyczaj rano; dolegliwości wieloletnie). Badanie spirometryczne jest podstawowym badaniem czynnościowym układu oddechowego służącym rozpoznaniu POChP, określeniu stopnia zaawansowania obturacji oskrzeli, ocenie ryzyka zaostrzeń choroby i oszacowaniu rokowania.
- Spirometria ma kluczowe znaczenie w diagnostyce POChP i w regularnej obserwacji pacjentów chorych na POChP. Powinna być dostępna w warunkach podstawowej opieki medycznej w celu wykrywania obturacji u pacjentów z objawami ze strony układu oddechowego. Badanie powinno być przeprowadzane przez wykwalifikowany personel na odpowiednio wykalibrowanym urządzeniu.
- Badanie RTG klatki piersiowej z reguły nie umożliwia wykrycia zmian związanych z obecnością POChP natomiast pozwala na wykrycie innych chorób, jak np. niewydolność serca, nowotwór płuc.
- Badanie RTG pozwala na zdiagnozowanie zaawansowanej postaci rozedmy.



**Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.**

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2011 r., Nr 122, poz. 696 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: AOTM-OT-441-247/2014 „Miejski Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc” realizowany przez: Miasto Łódź, Warszawa, luty 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, czerwiec 2012.