

**Informacje ogólne  
o programach profilaktycznych realizowanych przez lekarza poz i pielęgniarkę poz  
na podstawie umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej  
w Podstawowej Opiece Zdrowotnej**

**1. Program profilaktyki chorób układu krążenia:**

1) przyczyny i opis problemu zdrowotnego: - Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w Polsce i na świecie. Umieralność w Polsce z tego powodu należy do najwyższych w Europie. Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niektóre wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia – czynniki ryzyka. Według WHO, do najistotniejszych czynników należą:

- a) nadciśnienie tętnicze krwi (wartość RR > 140/90 mmHg),
- b) zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu),
- c) palenie tytoniu,
- d) niska aktywność ruchowa,
- e) nadwaga i otyłość,
- f) upośledzona tolerancja glukozy,
- g) wzrost stężenia fibrynogenu,
- h) wzrost stężenia kwasu moczowego,
- i) nadmierny stres,
- j) nieracjonalne odżywianie,
- k) wiek,
- l) płeć męska,
- m) obciążenia genetyczne.

Oddziałując na czynniki ryzyka można uzyskać obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia.

2) cele ogólne i szczegółowe Programu:

- a) cel główny: obniżenie o ok. 20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka,
- b) cele dodatkowe:
  - zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia,
  - wczesna identyfikacja osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia,
  - promocja zdrowego stylu życia: niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej.

3) sposób realizacji działań w ramach Programu:

- a) adresatami Programu są w szczególności osoby obciążone czynnikami ryzyka określonymi w ppkt. 2, znajdujące się na liście świadczeniobiorców lekarza poz u świadczeniodawcy

i w danym roku kalendarzowym objętym umową będące w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców),

b) tryb zapraszania do Programu: - świadczenia w ramach Programu udzielane są bez skierowania. Dla osiągnięcia zamierzonych celów optymalny jest system zaproszeń imiennych, uzupełniony o akcję medialną (informacje m.in. na stronach internetowych, w prasie, radiu, telewizji) prowadzony przy współudziale samorządu lokalnego;

4) monitorowanie oczekiwanych efektów realizacji Programu:

a) skuteczność zapraszania na badania:

- liczba świadczeniobiorców spełniających kryterium wiekowe do objęcia Programem w populacji osób zadeklarowanych do świadczeniodawcy,
- liczba świadczeniobiorców, którzy zgłosili się do Programu u danego świadczeniodawcy;

b) efekty badań:

- liczba świadczeniobiorców z określonym poziomem ryzyka chorób układu krążenia,
- liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej, wspieranej materiałami informacyjnymi opracowanymi przy współudziale samorządu terytorialnego,
- liczba świadczeniobiorców z podwyższonym poziomem poszczególnych czynników ryzyka ocenianych w programie (np. nadciśnienie, cholesterol, TG, glukoza, palenie papierosów, nadwaga, mała aktywność fizyczna),
- liczba świadczeniobiorców z rozpoznaną chorobą układu krążenia;

## **2. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap podstawowy:**

1) przyczyna i opis problemu zdrowotnego: - Palenie tytoniu jest chorobą przewlekłą opisaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób, Urazów kryteria Problemów Zdrowotnych pod numerem F17. W Polsce palenie tytoniu jest szeroko rozpowszechnione, znacząco wpływając na jakość i długość życia. Codziennie pali ok. 9 milionów dorosłych Polaków, w tym ok. 40% mężczyzn i 20% kobiet. Najczęściej są to osoby w średnim wieku (między 30 a 50 r.ż.), mieszkańcy dużych miast, gdzie kobiety palą równie często, jak mężczyźni. Ok. 50% palaczy posiada symptomy uzależnienia od tytoniu, a 15% uzależnionych jest biologicznie od nikotyny. Związane z paleniem objawy chorobowe i zgony występują zwykle po długim okresie bezobjawowym. Skala i niekorzystne wzory palenia tytoniu w Polsce doprowadziły do epidemii chorób odtytoniowych i pogorszenia się stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Umieralność na nowotwory płuca, chorobę występującą prawie wyłącznie u palaczy tytoniu, jest w Polsce na jednym z najwyższych poziomów na świecie, przede wszystkim u mężczyzn w średnim wieku. Szacunki epidemiologiczne wskazują, że w populacji mężczyzn w wieku 35-69 lat ok. 60% zgonów na wszystkie nowotwory złośliwe, 40% zgonów na choroby układu krążenia, 70% zgonów na schorzenia układu oddechowego i 20% zgonów na inne schorzenia, np. układu pokarmowego jest związane w Polsce z paleniem tytoniu. Łącznie, palenie jest odpowiedzialne za ok. 40%

przedwczesnych zgonów w populacji mężczyzn, a corocznie z powodu schorzeń odtytoniowych umiera przedwcześnie ok. 50 tys. Polaków. Jednym z najczęściej występujących schorzeń, którego etiologia związana jest bezpośrednio z ekspozycją na dym tytoniowy jest przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP). Nazwa choroby łączy dotychczas znane schorzenia: przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedmę płuc. 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 chorych 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. 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. Chorobę można rozpoznać w każdym, nawet we wczesnym „bezobjawowym” stadium, za pomocą badania spirometrycznego. W Polsce na POChP choruje przeszło 2 mln osób, co stanowi ponad 5 % 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.

Jak dowodzą badania epidemiologiczne i doświadczenia ostatnich lat w Polsce, działania z zakresu profilaktyki schorzeń odtytoniowych i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu są farmakoekonomiczne oraz są jednym z najskuteczniejszych i najmniej kosztownych sposobów ograniczenia zdrowotnych, a także społeczno-ekonomicznych następstw palenia;

2) cele ogólne i szczegółowe Programu:

a) cele główne:

- zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe, w tym ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka;

b) cele dodatkowe:

- poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym upowszechnienie wiedzy o POChP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby,
- wczesne wykrywanie POChP i innych chorób odtytoniowych oraz poprawa dostępności do specjalistycznego leczenia uzależnienia od tytoniu i chorób płuc,
- poprawa skuteczności leczenia chorób odtytoniowych, w szczególności, chorób układu oddechowego, chorób układu krążenia i chorób nowotworowych, u pacjentów uzależnionych od tytoniu,
- zmniejszenie kosztów leczenia chorób odtytoniowych;

3) sposób realizacji działań w ramach Programu:

- a) Program adresowany jest do osób powyżej 18 r.ż. palących papierosy, w tym – w zakresie diagnostyki POChP – w szczególności do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40 a 65 rokiem życia, którzy nie mieli wykonanych badań spirometrycznych w ramach programu profilaktyki POChP w ciągu ostatnich 36 miesięcy (także u innych świadczeniodawców), u których nie zdiagnozowano wcześniej, w sposób potwierdzony badaniem spirometrycznym, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (lub przewlekłego zapalenia oskrzeli lub rozedmy),
  - b) tryb zapraszania do Programu: - świadczenia w ramach Programu udzielane są bez skierowania, bez względu na przynależność świadczeniobiorców do list innych lekarzy poz. Dla osiągnięcia zamierzonych celów optymalny jest system zaproszeń imiennych, prowadzony przy współdziałaniu samorządu lokalnego, uzupełniony o akcję medialną (informacje m.in. w internecie, prasie, radiu, telewizji);
- 4) monitorowanie oczekiwanych efektów realizacji Programu
- a) skuteczność zapraszania na badania:
    - liczba świadczeniobiorców zadeklarowanych do świadczeniodawcy, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
    - liczba osób spoza listy świadczeniobiorców do danego świadczeniodawcy POZ, którzy zgłosili się do objęcia Programem,
    - liczba osób objętych Programem ogółem,
  - b) efekty badań:
    - liczba osób, które podjęły próbę zaprzestania palenia,
    - liczba osób, objętych leczeniem odwykowym w etapie podstawowym,
    - liczba osób zakwalifikowanych do grupy ryzyka POChP,
    - liczba osób z rozpoznaniem POChP,
    - liczba osób skierowanych do etapu specjalistycznego.

### **3. Program profilaktyki gruźlicy:**

- 1) Opis problemu zdrowotnego: - Gruźlica jest chorobą zakaźną wywoływaną przez bakterię – prątek gruźlicy. Źródłem zakażenia jest najczęściej chory na gruźlicę - prątkujący. Osoba chora na gruźlicę podczas kaszlu, kichania, odkrztuszania /odpluwania/ głośnego śmiechu, mówienia, wydala prątki wraz z kropelkami śluzu.

Zakażenie drogą powietrzną, zwane też zakażeniem inhalacyjnym (kropelkowym) jest najczęstszym sposobem zakażenia. Jeden nie leczony chory prątkujący zakaża w ciągu roku średnio od 10 do 15 osób.

**Gruźlica klasyfikowana jest jako choroba społeczna**, a więc związana z warunkami bytowania: życia (mieszkanie, odżywienie), pracy i wypoczynku. Przyczyną rozwoju choroby u zakażonego, jest osłabienie sił obronnych organizmu.

Najczęstszymi czynnikami zewnętrznymi osłabiającymi organizm ludzki są: niedożywienie oraz złe warunki mieszkaniowe.

Do czynników wewnętrznych sprzyjających zachorowaniu na gruźlicę należą: zakażenie HIV, cukrzyca, choroby nowotworowe, choroby krwi, schyłkowa niewydolność nerek, leczenie

immunosupresyjne np. w stanach po transplantacji, pylica płuc, leczenie sterydami przez okres dłuższy niż 3 tygodnie w dawce powyżej 15mg/dobę, szybka utrata masy ciała.

Wzrastająca, w niektórych województwach, liczba zachorowań na gruźlicę, wymaga działań w zakresie ograniczenia rozprzestrzeniania się choroby. Wczesne wykrycie choroby i natychmiastowe, prawidłowo prowadzone leczenie chorego sprawia, że już po miesiącu pacjent przestaje być zaraźliwy dla otoczenia.

2) Cele ogólne i szczegółowe Programu:

a) Cele główne:

- zmniejszenie wskaźnika zachorowalności na gruźlicę,
- objęcie wczesną opieką świadczeniobiorców chorych na gruźlicę,
- zmniejszenie wskaźnika śmiertelności na gruźlicę;

b) Cele pośrednie:

- podniesienie świadomości społecznej poprzez edukację zdrowotną w zakresie informacji o źródłach i drogach zakażenia, czynnikach wpływających na ryzyko zachorowania na gruźlicę, skutkach zdrowotnych i społecznych choroby, danych epidemiologicznych właściwego terenu, ośrodkach medycznych prowadzących terapię oraz podstawach prawnych obowiązku leczenia,
- zwiększenie dostępności do świadczeń pielęgniarstwa środowiskowego oraz poradni specjalistycznych – gruźlicy i chorób płuc.

3) Sposób realizacji działań w ramach Programu:

a) adresatami Programu jest populacja osób dorosłych, znajdujących się u świadczeniodawcy na liście świadczeniobiorców pielęgniarstwa poz, nie posiadających w dotychczasowym wywiadzie rozpoznanej gruźlicy, w tym – w szczególności:

- osoby, które miały bezpośredni kontakt z osobami z już rozpoznaną gruźlicą lub,
- osoby, u których stwierdza się przynajmniej jedną z następujących okoliczności usposabiających: bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym i/lub narkomanią, bezdomny;

b) tryb zapraszania do Programu: - objęcie świadczeniobiorców Programem następuje przede wszystkim poprzez wykorzystanie posiadanej przez pielęgniarstwa poz znajomości środowiska świadczeniobiorców, która umożliwi bezpośrednie dotarcie do osób szczególnie zagrożonych chorobą. Programem zostaną objęci także świadczeniobiorcy, którzy samodzielnie zgłoszą się do gabinetu pielęgniarstwa poz.

4) monitorowanie oczekiwanych efektów realizacji Programu:

a) liczba świadczeniobiorców, dla których wypełniono ankietę;

b) efekty badań:

- liczba świadczeniobiorców którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej,
- liczba świadczeniobiorców, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej i zostali przekazani celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzom poz, do których są zadeklarowani.