



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 253/2017 z dnia 12 września 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Ogólnopolski
program edukacyjny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby
płuc (POChP)” realizowany przez Ministra Zdrowia**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Ogólnopolski program edukacyjny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Oceniany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada realizację działań z zakresu prewencji palenia tytoniu oraz profilaktyki POChP związanych z paleniem. Program zakłada prowadzenie szeregu interwencji, które odnajdują swoje odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych i poprawnie zrealizowane mogą przyczynić się do zmniejszenia liczby palaczy w kraju.

Niemniej jednak wiele z elementów programu wymaga poprawy bądź doprecyzowania, tak aby realizowane interwencje były możliwie najwyższej efektywności i jakości. Poniżej wskazano uwagi do poszczególnych części programu.

Cele programowe i mierniki efektywności nie budzą zastrzeżeń.

W zakresie populacji docelowej zastrzeżenie budzi fakt zawężenia wiekowego uczestników, przy jednoczesnym dopuszczeniu możliwości udziału w projekcie osób młodszych. Należy doprecyzować osoby w jakim wieku mogą skorzystać z programu. Mając na uwadze, że w głównej mierze projekt skupia się na eliminacji nałogu palenia, ograniczanie wiekowe populacji nie ma uzasadnienia.

W przypadku pracowników zakładów pracy, do których kierowana będzie edukacja zdrowotna, nie jest jasne dlaczego zawężono tą grupę pod względem posiadanej umowy z pracodawcą. Należy wskazać, że pracodawcy nie są prawnie zobowiązani do prowadzenia edukacji i badań profilaktycznych ukierunkowanych na skutki palenia tytoniu. W projekcie nie wskazano z jakiego sektora będą to pracownicy oraz na jakich zasadach wyłaniane będą zakłady pracy kwalifikujące się do udziału w projekcie.

W zakresie szkoleń kadry medycznej ochrony zdrowia w każdym województwie warto dostosować liczbę szkoleń proporcjonalnie do zasobów kadrowych na danym terenie.

Główną interwencją w projekcie jest utworzenie poradni antynikotynowych, które będą realizowały świadczenia mające na celu zaprzestanie palenia przez uczestników. Działanie to jest rekomendowane i praktykowane w innych krajach. Warto jednak, korzystając z doświadczeń zagranicznych, jak również zaleceń wytycznych zmodyfikować zasady ich funkcjonowania.

Na terenie kraju obecnie funkcjonuje 5 poradni antynikotynowych, których warunki realizacji są określone rozporządzeniem MZ. Należy jednak wskazać, że brak jest informacji, dlaczego przy tak



dużej liczbie palaczy w kraju, działa tak mało placówek. Wydaje się to kluczowe przed podjęciem działań, które de facto stanowią odzwierciedlenie działań już realizowanych.

Skutkiem realizacji programu ma być powstanie 27 nowych poradni, które spełniać muszą takie same warunki realizacji jak placówki już istniejące. Założenie to budzi wątpliwości głównie ze względów dostępnych zasobów kadrowych (zgodnie z przepisami placówka musi w składzie posiadać m.in. psychologa klinicznego). Zasadne jest zmodyfikowanie tych przepisów zgodnie z zapisami odnalezionych wytycznych, które zalecają, aby w poradniach świadczenia udzielane były min przez terapeutów, psychoterapeutów czy też edukatorów.

Konieczne jest także określenie co stanie się z nowoutworzonymi poradniami po zakończeniu programu. Jest to istotne ze względu na możliwość kontynuowania danych świadczeń, jak również utrzymywanie trwałych efektów programu.

W zakresie poradni antynikotynowych zaplanowano także pracę wyjazdową oraz współpracę z lekarzem POZ. Kwestia ta nie została jednak rozwinięta i nieznanym jest sposób realizacji tych zadań. Należy tą kwestię uzupełnić.

W ramach ocenianego projektu pacjenci znajdujący się pod opieką poradni będą również informowani o możliwości skorzystania z Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym, co jest postępowaniem zgodnym z wytycznymi. Zaplanowano także wykorzystanie aplikacji mobilnej w ramach działania poradni. Należy jednak rozszerzyć możliwość korzystania z niej również na osoby, które nie będą pozostawały pod opieką poradni.

W zakresie działań edukacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa należy doprecyzować informacje dot. kampanii medialnej.

Powstać ma także strona internetowa o charakterze edukacyjnym. Za jej pośrednictwem możliwe będzie wypełnienie testu na temat ryzyka występowania POChP. Należy jednak zaznaczyć, że w projekcie kwestia ta nie została dostatecznie rozwinięta i powinna zostać opisana tak, aby była zgodna z wytycznymi.

W projekcie programu nie zawarto informacji kto ma prowadzić edukację zdrowotną skierowaną do pracowników nałogowo palących tytoń. Dodatkowo brakuje również informacji czy np. pracodawca lub przedstawiciel pracodawcy zostanie włączony w etap edukacji, co jest zalecanym w wytycznych postępowaniem.

Ponadto działania mające na celu realizację założenia, że pracownik służby bhp będzie motywował pracowników do zaprzestania palenia nie mają żadnego uzasadnienia oraz nie wpisują się w obowiązki jakie pełnić powinien w miejscu pracy pracownik służby BHP. Sugeruje się zatem rezygnację z tej interwencji.

Działania szkoleniowe skierowane do kadry medycznej pozostają zgodne z wytycznymi pod kątem ich zakresu tematycznego.

W zakresie monitorowania i ewaluacji należy wskazać, że elementy te nie zostały opisane precyzyjnie. Konieczne jest uporządkowanie zaproponowanych wskaźników.

Budżet programu został opisany bardzo ogólnie. Brakuje szeregu wyliczeń, które umożliwiłyby jego weryfikację. Szczególną wątpliwość budzi wysokość kwoty przeznaczonej na funkcjonowanie poradni, która wydaje się zbyt niska.

W projekcie pojawiają się niespójności co do okresu jego realizacji, co należy poprawić.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 15 000 000 PLN, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a

ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny opisany w projekcie programu polityki wpisuje się w następujący priorytet zdrowotny zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2009 nr 137 poz.1126): zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu oddechowego oraz ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu.

Palenie tytoniu jest wskazywane jako czynnik ryzyka rozwoju wielu chorób a zmiana zachowań w tym zakresie (zwalczenie nałogu) jest podstawowym krokiem w profilaktyce i terapii. Opiniowany projekt programu w dużej mierze dotyczy interwencji antynikotynowych, które nie muszą jedynie odnosić się do POChP, ale również do innych jednostek chorobowych, w tym innych chorób płuc - np. raka płuc. Natomiast poradnie antynikotynowe stanowią wsparcie dla wszystkich osób palących, niezależnie od schorzenia, któremu chce się zapobiec bądź leczyć.

Opis problemu zdrowotnego (w kontekście POChP) został przedstawiony poprawnie. Odniesiono się także do danych epidemiologicznych z badania BOLD, które potwierdza wyższą niż zakłada się, częstość występowania POChP w Polsce. Nie budzi również zastrzeżeń odniesienie się do map potrzeb zdrowotnych z ukazaniem sytuacji w poszczególnych województwach. Należy jednak zauważyć, że dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych odnoszą się do wszystkich chorób układu oddechowego, a nie tylko POChP. Warto uwzględnić w programie także inne jednostki chorobowe będące skutkiem długoletniego palenia tytoniu.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest „wzrost świadomości społecznej na temat przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w okresie realizacji programu”. Cel ten wydaje się być dobrze dopasowanym do pozostałych elementów programu, jest mierzalny przy wykorzystaniu odpowiednich mierników. Jednocześnie wpisuje się on w główne założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Budzi jedynie wątpliwość, czy w przeciągu czasu trwania programu będzie on możliwy do osiągnięcia. Program jest zaplanowany na 4 lata. Należy pamiętać, że zmiana zachowań zdrowotnych może zachodzić w dłuższym okresie niż ten przewidziany w projekcie. Dodatkowo w projekcie określono 5 celów szczegółowych, które stanowią uzupełnienie celu głównego.

Mierniki efektywności przedstawione w ocenianym projekcie programu w sposób prawidłowy odzwierciedlają jego założenia. Odnoszą się zarówno do zgłaszalności programu, jak i efektywności działań zaproponowanych w programie w kwestii dotyczących chociażby spirometrii czy też działań edukacyjnych oraz szkoleń.

Populacja docelowa

Populacja docelowa w projekcie została podzielona na 2 grupy. Pierwszą z nich są osoby znajdujące się w grupie ryzyka rozwoju POChP - powyżej 40 roku życia (aktywne zawodowo - przy założeniu, że jako granicę wieku aktywności zawodowej przyjęto 67 rok życia) przede wszystkim palące nałogowo tytoń. W projekcie oszacowano liczebność całej populacji docelowej (pierwszej grupy docelowej) na ok. 6 mln osób, z czego programem planuje się objąć 60% osób z tej grupy (ok. 4 mln os.). Oszacowania te nie budzą zastrzeżeń.

Niemniej jednak, w jednym miejscu projektu wskazuje się, że do poradni zgłaszać się będą mogły również osoby młodsze. W związku z tym nie do końca wiadomo czy ukończenie 40 r.ż. będzie decydującym kryterium włączenia do programu. Dowody naukowe oraz opinie ekspertów klinicznych, potwierdzają zasadność włączania również młodszych osób do programów antynikotynowych. Zauważyć należy, że wiek nie powinien być ograniczeniem w dostępie do poradni antynikotynowych i działań edukacyjnych, a decydować powinien status palacza.

Również odnalezione wytyczne w zakresie poradnictwa antynikotynowego odnoszą się do populacji osób dorosłych bez ograniczania wieku.

Kolejną grupę uczestników stanowią pracownicy palący nałogowo tytoń, w tym w szczególności osoby zatrudnione na umowę cywilno-prawną (z uwagi na brak obowiązku objęcia tej grupy osób okresowymi badaniami), osoby pracujące w narażeniu na działanie czynników szkodliwych oraz pracownicy służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp). W projekcie nie wskazano z jakiego sektora będą to pracownicy oraz na jakich zasadach wyłaniane będą zakłady pracy kwalifikujące się do udziału w projekcie.

Zaplanowano przeprowadzenie 18 szkoleń w każdym województwie. W ramach jednego szkolenia ma wziąć udział ok. 20 osób (w tym 1 pracownik służby bhp). Łącznie w czasie trwania programu ma wziąć udział ok. 5 760 os.

Ostatnią grupą odbiorców programu ma być kadra medyczna w skład, której mają wejść pielęgniarki i lekarze POZ oraz lekarze medycyny pracy. Szkoleniami planuje się objąć 1 920 osób. Założono, że w każdym województwie przeprowadzonych zostanie co najmniej 6 szkoleń dla personelu medycznego, w którym weźmie udział ok. 20 osób. Budzi jednak wątpliwości skierowanie takiej samej liczby szkoleń do pracowników ochrony zdrowia w każdym województwie (W projekcie wskazano wskazał, że np. liczba lekarzy POZ w woj. lubuskim wynosiła 655, a w woj. mazowieckim 4 184). Wydaje się, że liczba szkoleń powinna być proporcjonalnie określana do zasobów kadrowych na danym terenie.

Interwencja

W ramach projektu programu zaplanowano realizację następujących interwencji:

1. tworzenie poradni antynikotynowych;
2. prowadzenie edukacji zdrowotnej;
3. przeprowadzenie edukacji pracowników, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp) – szkolenia (warsztaty/spotkania edukacyjne/konsultacje);
4. Przeprowadzenie edukacji personelu medycznego (seminaria).

Ad.1.

Projekt programu zakłada utworzenie w każdym województwie co najmniej 2 poradni antynikotynowych. Łącznie na terenie Polski ma ich być co najmniej 32 (wliczając już te obecnie funkcjonujące). Prowadzenie poradni antynikotynowych odnajduje swoje odzwierciedlenie w wytycznych klinicznych.

W projekcie wielokrotnie wskazuje się stwierdzenie „co najmniej” odnosząc się do liczby nowoutworzonych poradni antynikotynowych, co może przekładać się na późniejsze problemy w prawidłowym oszacowaniu kosztów programu.

Poradnie oferować będą bezpłatne poradnictwo specjalistyczne dla osób, które chcą rzucić palenie (udzielane w formie m.in. porad, wizyt, sesji psychoterapii, w tym możliwość wizyty instruktora terapii uzależnień). Funkcjonowanie placówek w całości pokrywane będzie ze środków programowych w okresie realizacji. Brak jest jednak informacji jak wyglądać będzie funkcjonowanie stworzonych poradni po zakończeniu realizacji programu. Jest to istotne, ze względu na możliwość kontynuacji terapii wśród uczestników programu, a także w kontekście oceny zasadności poniesienia wydatków na ich utworzenie.

Należy jednak podkreślić, że na terenie kraju funkcjonuje obecnie 5 placówek antynikotynowych posiadających kontrakt z NFZ. Jest to niewielka liczba, biorąc pod uwagę oszacowania dotyczące liczby osób palących w kraju. Brak jest jednak informacji z czego wynika ten stan. Projekt programu również nie analizuje tej sytuacji, co byłoby wskazane. Przed przystąpieniem do realizacji programu

należałoby sprawdzić z czego wynika tak niska liczba kontraktów z NFZ i czy prowadzenie poradni antynikotynowych w warunkach polskich jest działaniem efektywnym i opłacalnym. Bez odpowiedniej analizy stworzenie nowych placówek ukierunkowanych na prowadzenie świadczeń antynikotynowych ze środków programu może okazać się jedynie działaniem doraźnym i bez wypracowania trwałych rozwiązań systemowych ich funkcjonowanie skończy się w momencie zakończenia trwania opiniowanego programu.

W projekcie wskazano zakres świadczeń oraz warunki ich realizacji przyjęte na podstawie załącznika nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. 2013, poz. 1386, z późn. zm.). Nie wskazano jednak uzasadnienia, dla którego warunki są tożsame z wymaganiami NFZ względem funkcjonujących już placówek. Spełnienie wymagań określonych rozporządzeniem, przy tak dużej założonej liczbie poradni, może być trudne. Wynika to głównie z faktu ograniczonych zasobów kadrowych. Jednocześnie ograniczenie to może przekładać się na trudności w efektywnej realizacji programu. Zgodnie z odnalezionymi danymi liczba specjalistów psychologii klinicznej w wybranych województwach wynosiła: dolnośląskie 65, łódzkie - ok. 100, mazowieckie - 150, pomorskie - 80, podlaskie - 34, warmińsko-mazurskie - 11, zachodnio-pomorskie - 9, świętokrzyskie – 18. Natomiast lekarzy specjalistów oraz specjalistów pierwszego stopnia posiadających prawo wykonywania zawodu o specjalności psychiatria na terenie Polski wynosiła 4 143 os.

Warto także podkreślić, że wśród odnalezionych informacji na temat zasad prowadzenia poradnictwa antynikotynowego w Wielkiej Brytanii oraz Australii i Nowej Zelandii nie odnaleziono wymogu posiadania psychiatrii w kadrze placówki. Podobnie wygląda sytuacja w przypadku Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym funkcjonującej w Polsce. W ramach tego rodzaju placówki konsultantami telefonicznymi mogą być osoby z wyższym wykształceniem kierunkowym (psycholodzy, pedagodzy, terapeuci), które dodatkowo ukończyły specjalistyczne szkolenia z zakresu poradnictwa oraz leczenia uzależnienia od tytoniu. Odnalezione wytyczne także nie wskazują, że warunkiem otworzenia poradni musi być posiadanie w zasobach kadrowych lekarza psychiatrii. W ramach poradni antynikotynowych zatrudniani mogą być terapeuci, psychoterapeuci, edukatorzy. Wobec powyższego zasadne jest umożliwienie współpracy w ramach poradni także wyżej wskazanym grupom zawodowym, co pozwoli na równie efektywną realizację zadań jak przy zatrudnieniu psychiatrów a zniweluje trudności związane z zatrudnieniem specjalistów z tej dziedziny.

W ramach poradni (zgodnie z rozporządzeniem MZ) realizowane będą:

- świadczenia antynikotynowe,
- porady lub wizyty diagnostyczne/terapeutyczne/lekarskie,
- wizyty instruktora terapii uzależnień,
- sesje psychoterapii indywidualnej/rodzinnej/grupowej,
- sesje psychoedukacyjne.

W projekcie programu nie wskazuje się jasno czy w ramach poradnictwa antynikotynowego będzie prowadzona tzw. porada 5P (akronim od słów: Pytaj, Poradź, Przeprowadź ocenę, Pomóż, Powtarzaj), która jest rekomendowaną interwencją.

Zgodnie z wytycznymi w ramach porad antynikotynowych zaleca się stosowanie jednej lub kilku poniższych metod wsparcia w rzuceniu palenia:

- słownego stwierdzenia konieczności rzucenia palenia,
- przedstawienia korzyści z rzucenia palenia,
- zaproponowanie farmakologicznego wsparcia w rzuceniu palenia,
- przedstawienie materiałów w postaci ulotek, broszur,
- zaproponowania wykorzystania wsparcia w postaci porady telefonicznej lub też kontaktu ze specjalistami z poradni antynikotynowej.

Projekt programu zakłada także prowadzenie poradnictwa antynikotynowego „w terenie”. Ma ona polegać na współpracy z placówkami POZ, placówkami medycyny pracy, zakładami pracy, czy innymi jednostkami. W projekcie nie opisano jednak na jakich zasadach odbywać się będzie ta współpraca, co powinno zostać uzupełnione. Wytyczne w tym zakresie wskazują na zasadność i konieczność takiego postępowania.

W ramach ocenianego projektu pacjenci znajdujący się pod opieką poradni będą również informowani o możliwości skorzystania z Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym, co także jest postępowaniem zgodnym z wytycznymi. Również osoby prowadzące edukację antynikotynową (np. lekarze POZ, pielęgniarki, edukatorzy) powinny informować pacjentów o możliwości uzyskania porady telefonicznej. W projekcie nie określono jednoznacznie, czy w ramach tworzenia poradni antynikotynowych zostaną wdrożone nowoczesne interaktywne narzędzia informatyczne dodatkowo motywujące osoby podejmujące próbę porzucenia nałogu, np. aplikacje mobilne. Wątpliwość budzi także zaplanowanie działania aplikacji tylko w ramach poradni.

Wykorzystanie form elektronicznego przekazywania informacji wydaje się być zasadne, co potwierdzają odnalezione wytyczne/rekomendacje w tym zakresie, jednak przede wszystkim w odniesieniu do działań informacyjno-edukacyjnych. Elektroniczny przekaz informacji na temat możliwości rzucenia palenia tytoniu w formie informacji tekstowych, aplikacji mobilnych czy też stron internetowych stanowi dodatkową formę wsparcia, gdy osoba chcąc rzucić palenie nie ma możliwości skorzystania np. z porady specjalistów, edukatorów, konsultantów czy też grupowej lub indywidualnej terapii w poradniach antynikotynowych. Warto zatem uwzględnić działanie aplikacji mobilnej, ale skierowanej do wszystkich osób zainteresowanych programem, a nie korzystających z poradni antynikotynowej.

Wyniki przeglądu systematycznego Whittaker 2016 wskazują, że dodatkowe wzmocnienie programów antynikotynowych elektronicznym przekazem informacji (np. SMS) znamienne zwiększało liczbę osób, które rzuciły palenie. Warto jednak zwrócić uwagę, że wytyczne kliniczne wskazują na brak dowodów potwierdzających skuteczność elektronicznych metod przekazu informacji antynikotynowych (informacje poprzez aplikacje mobilne) w połączeniu ze wsparciem specjalisty lub też nikotynowej terapii zastępczej.

Ad.2.

Kolejną interwencją przewidzianą w ramach programu, dotyczącą ogólnej populacji osób palących tytoń (osoby w wieku 40-67 lat oraz młodsze), mają być działania informacyjno-edukacyjne. Interwencją promującą program ma być realizacja kampanii medialnej, która będzie miała na celu uświadomienie wagi problemu POChP, czynników etiologicznych ze szczególnym zwróceniem uwagi na palenie tytoniu, jak również znaczenia wczesnego rozpoznawania i leczenia choroby. W ramach prowadzonej kampanii mają być również dostępne informacje na temat funkcjonującej strony internetowej oraz możliwości wypełnienia testu pozwalającego na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP.

W projekcie nie jest jasne na jakich zasadach realizowana ma być wspomniana kampania medialna. W jednym miejscu programu wskazano, że każdy realizator przeprowadzi kampanię medialną, w innym zaś, że realizator będzie dystrybuować broszury i plakaty informacyjne oraz plakaty informacyjne dotyczące realizowanego programu do placówek POZ, poradni specjalistycznych pulmonologicznych, gabinetów medycyny pracy, jak również aptek. Wspomnieć należy, że jak sam tytuł wskazuje - program ma mieć charakter ogólnopolski zatem informowanie i promowanie programu powinno być prowadzone i przygotowane w sposób jednolity i w zasadzie odgórny. Pozwoli to zachować spójność i jednolitość przekazywanych treści.

W ramach działań programowych planuje się utworzenie strony internetowej, na której będzie możliwość uzyskania informacji na temat POChP. Zasadność tworzenia stron internetowych o takiej tematyce potwierdzają odnalezione wytyczne. Niemniej jednak warto zwrócić uwagę by informacje na stronie skupiały się nie tylko na POChP jako konsekwencji palenia, ale odnosiły się do wszystkich chorób wynikających z omawianego nałogu.

Zgodnie z wytycznymi na stronach poświęconych działaniom antynikotynowym powinny znaleźć się informacje na temat możliwych metod rzucania palenia, możliwości otrzymywania wiadomości tekstowych wspierających osoby w rzuceniu nałogu, adresów stron internetowych o tematyce rzucania palenia, broszur informacyjnych, najbliższych poradni antynikotynowych, a także numerów telefonów do telefonicznych linii wsparcia antynikotynowego. Jednocześnie zwraca się uwagę na fakt, że programy antynikotynowe prowadzone w formie stron internetowych stanowią obiecującą formę wsparcia osób palących, natomiast niezbędne są dalsze badania w kierunku określenia ich dokładnej skuteczności.

Osoby odwiedzające stronę internetową będą miały również możliwość wypełnienia za jej pośrednictwem krótkiego testu pozwalającego na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP. W teście mają zostać wzięte pod uwagę np. wiek, płeć, charakterystyka palenia papierosów, objawy, wykonywanie w przeszłości spirometrii (i ew. jej wynik). Nie określono jednak konkretnego kwestionariusza, który ma zostać wykorzystany. W przypadku wyniku testu wskazującego na duże ryzyko wystąpienia POChP zostanie wyświetlona informacja o konieczności kontaktu z lekarzem POZ oraz o dostępnych na danym terenie programach profilaktycznych. Dodatkowo do osób aktualnie palących papierosy (co będzie wynikało z odpowiedzi udzielonych w teście) zostanie skierowana w formie krótkiego komunikatu informacja zachęcająca do podjęcia próby porzucenia nałogu (wraz ze wskazaniem dostępności poradnictwa antynikotynowego).

Należy jednak wskazać, że informacje na temat ww. testu zostały przedstawione bardzo ogólnie, co uniemożliwia weryfikację ich poprawności. W ramach przeprowadzonego wyszukiwania, nie odnaleziono informacji o prowadzonych testach internetowych w zakresie POChP/palania tytoniu w innych krajach. Na zagranicznych stronach internetowych poświęconych tematyce antynikotynowej w Wielkiej Brytanii, Stanach Zjednoczonych, Australii, nie odnaleziono testów internetowych w tym zakresie. Niemniej jednak polskie wytyczne PTChP 2014 jasno definiują potrzebę przeprowadzania w ramach porady antynikotynowej, testów określających stopień uzależnienia od nikotyny (test Fagerstroma) oraz stopień motywacji do zaprzestania palenia tytoniu (test Schneider). Warto zatem w ramach programu zaadoptować polskie zalecenia kliniczne.

Ad.3.

Projekt przewiduje także edukację zdrowotną kierowaną do pracowników palących nałogowo tytoń, w tym w szczególności do osób zatrudnionych na umowę cywilno-prawną (z uwagi na brak obowiązku objęcia tej grupy osób okresowymi badaniami), osób pracujących w narażeniu na działanie czynników szkodliwych oraz pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy (bhp).

Nie jest jasne dlaczego działania antynikotynowe w postaci edukacji mają być skierowane do osób zatrudnionych na umowy cywilnoprawne. Należy zaznaczyć, że pracodawca nie jest zobowiązany legislacyjnie do prowadzenia takiej edukacji również wśród pracowników zatrudnionych na umowy o pracę. Mimo, że w projekcie nie wymieniono szczegółowo czynników szkodliwych to zauważyć należy, że w ramach działań profilaktycznych sugeruje się prowadzenie działań edukacyjnych w zakresie wpływu palenia tytoniu na zwiększenie ryzyka wystąpienia POChP u osób narażonych na działanie pyłów i innych substancji szkodliwych na stanowisku pracy.

W projekcie programu nie zawarto informacji kto ma prowadzić edukację w tym zakresie. Dodatkowo brakuje również informacji czy np. pracodawca lub przedstawiciel pracodawcy zostanie włączony w etap edukacji, co jest zalecanym w wytycznych postępowaniem.

W projekcie przedstawiono zakres tematyczny szkoleń. Mają one dotyczyć podstawowych informacji dotyczących POChP oraz szkodliwości palenia tytoniu, jak również dostępności programów profilaktycznych oraz poradnictwa antynikotynowego. Zakres szkoleń ma być również każdorazowo dostosowany do występowania w środowisku pracy czynników szkodliwych. Zgodnie z wytycznymi tematyka działań edukacyjnych powinna zostać dostosowana oddzielnie do pracowników pracujących w narażeniu na substancje szkodliwe jak i pracowników służby bezpieczeństwa i higieny pracy, co należałoby w projekcie uwzględnić.

W ramach działań edukacyjnych pracownicy służby bhp będą mieć również możliwość odbycia indywidualnych konsultacji z psychologiem klinicznym. Celem spotkań ma być dobór najbardziej

optymalnych metod współpracy z pracownikami (np. indywidualne metody motywacji, system zachęt). Działanie to nie znajduje jednak uzasadnienia w odniesieniu do założeń programu oraz nie odpowiada obowiązkom jakie pełnić powinien w miejscu pracy pracownik służby BHP. Również odnalezione wytyczne nie wskazują na zasadność takiego postępowania.

W projekcie założono również wykorzystanie form elektronicznego przekazu treści edukacyjnych poprzez e-learning, e-mailing, newslettery oraz informacje zamieszczone na stronach zakładów pracy. W projekcie programu należałoby zamieścić informacje dotyczące zgody pracownika na otrzymywanie informacji edukacyjnych poprzez e-mailing. Wytyczne potwierdzają zasadność prowadzenia takich działań. Zalecane jest informowanie pracowników o możliwych drogach wsparcia w kierunku rzucenia palenia tytoniu na szkoleniach lub też poprzez kanały informacyjne takie jak strona internetowa zakładu. Istotne jest jednak aby informacje te były zgodne z omawianymi wcześniej treściami w zakresie edukacji zdrowotnej skierowanej do całej populacji docelowej.

Ad.4

W ramach działań edukacyjnych skierowanych do personelu medycznego zostanie zrealizowany cykl szkoleń, który ma być prowadzony przez lekarza specjalistę w dziedzinie chorób płuc (moduł I) oraz psychologa klinicznego (moduł II). Działania te wydają się stanowić wartość dodaną do funkcjonujących obecnie świadczeń.

Moduł I ma zawierać tematykę dotyczącą czynników etiologicznych POChP, rozpoznania, roli profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym informacja o realizowanych w Polsce programach), szczepieniach przeciwko grypie i pneumokokom jako metodzie zmniejszania częstości zaostrzeń, hospitalizacji oraz śmiertelności u chorych na POChP oraz wpływie zanieczyszczenia powietrza na zdrowie.

Moduł II ma odnosić się natomiast do zagadnienia dotyczącego palenia tytoniu, tj. skutków palenia tytoniu, omówienia chorób odtytoniowych, szkodliwości palenia papierosów przez kobiety w ciąży, wpływu palenia tytoniu na działanie leków, dostępności poradnictwa antynikotynowego, w tym realizowanego w ramach programu, problemów psychologicznych pojawiających się podczas prób porzucenia nałogu, sposobów radzenia sobie ze stresem, korzyści porzucenia nałogu, konieczności stosowania przez personel medyczny metody minimalnej interwencji (metody 5 „P”).

Stwierdzić należy, że tematyka obu modułów jest zgodna z zaleceniami/wytycznymi dotyczącymi prowadzenia działań szkoleniowych wśród osób prowadzących działania edukacyjne.

Należy jednak zauważyć, że poza wymienionymi zagadnieniami warto byłoby uzupełnić zakres tematyczny o kwestie związane chociażby z barierami na jakie może natknąć się kadra prowadząca działania edukacyjne wśród osób palących.

Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano jego monitorowanie i ewaluację. Za realizację procesów odpowiedzialna będzie Rada Programu.

W opisie omawianych procesów nie uwzględniono podziału wskaźników na te dotyczące oceny zgłaszalności, jakości oraz ewaluacji programu. Wszystkie wskaźniki zostały przedstawione łącznie, co utrudnia weryfikację poprawności ich zastosowania. Należy zatem uporządkować zapisy, tak aby jasno wskazywały, jakie informacje będą wykorzystywane w ramach monitorowania, a jakie w ramach ewaluacji.

Większość ze zbieranych informacji odnosić się będzie do zgłaszalności do programu. Natomiast w ramach oceny jakości udzielonych świadczeń zaproponowano ankietę satysfakcji uczestników, co jest działaniem poprawnym. Należy jednak mieć na uwadze, aby przygotować 3 wzory ankiet – po jednym dla każdej populacji docelowej (dla osób korzystających z poradni antynikotynowych, dla pracowników zakładów, dla kadry medycznej).

Biorąc pod uwagę zapisy projektu, w ramach ewaluacji wykorzystać można liczbę osób, które podjęły próbę porzucenia nałogu tytoniu, liczbę osób, które porzuciły nałóg palenia tytoniu i nie powróciły do niego w ciągu roku. Ponadto warto przeformułować wskaźnik „liczba wypełnionych testów

pozwalających na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP” na „liczba osób, które po wypełnionym teście, pozwalającym na wstępne oszacowanie ryzyka wystąpienia POChP, zgłosiły się do lekarza POZ”. Zmiana ta pozwoli na wskazanie, czy wczesne określenie ryzyka okazuje się skuteczne w walce z nałogiem.

Istotne jest aby proces ewaluacji pozwolił na określenie czy działania programowe wpłynęły pozytywnie na stan zdrowia populacji i przyczyniły się do zmiany nawyków zdrowotnych. Ewaluacja powinna mieć charakter kompleksowy i długofalowy.

Warunki realizacji

W sposób pobieżny przedstawiono opis organizacji programu, który wymaga uporządkowania i doprecyzowania. Pojawiają się rozbieżności co do okresu realizacji programu lata 2017-2020 lub 2018-2023. Konieczne jest doprecyzowanie zapisów i weryfikacja czy pozostałe elementy projektu związane z rozłożeniem działań w czasie opisano poprawnie. Może to także wpłynąć na liczebność populacji docelowej możliwej do włączenia do programu.

Projekt zawiera odniesienie do kwestii wyboru realizatora i jego zadań. Utworzona zostanie także Rada Programu w skład, której będzie wchodzić 6 ekspertów z dziedziny chorób płuc, psychologów klinicznych oraz osób z organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką POChP oraz poradnictwem antynikotynowym. Każdy z realizatorów ma oddelegować eksperta spełniającego ww. kryteria do udziału w pracach ww. Rady. Zadaniem Rady będzie m.in. przygotowanie materiałów nt. POChP, internetowego testu, ramowego programu szkoleń (seminariów) dla kadry medycznej, szkoleń dla pracowników oraz nadzór nad procesem monitorowania i ewaluacji.

W projekcie programu nie zawarto oddzielnych punktów dotyczących zasad udzielania świadczeń w ramach programu, sposobu powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych oraz kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu. W projekcie nie określono zasad funkcjonowania strony internetowej i ewentualnie aplikacji na urządzenia mobilne.

Budżet programu został przygotowany w sposób nieprecyzyjny, zawierający koszty jednostkowe z podziałem na 2 grupy oraz koszty całkowite projektu.

Koszty związane z tworzeniem poradni antynikotynowych (w tym poradnictwem antynikotynowym) wyniosą 10,5 mln zł. Konieczne jest jednak doprecyzowanie tego oszacowania i wskazania kosztów związanych z wynagrodzeniami poszczególnych specjalistów pracujących w poradni, czy też z zakupem sprzętu. Nie wskazano również kosztów związanych z prowadzeniem dokumentacji oraz archiwizowaniem dokumentów. Budzi również wątpliwość fakt przeznaczenia kwoty 10,5 mln na stworzenie i funkcjonowanie 27 poradni na terenie Polski. Na jedną poradnię przypada niecałe 390 tys. zł w całym okresie realizacji. Wydaje się, że zaplanowane koszty są zbyt niskie, by zapewnić pełne funkcjonowanie wszystkich poradni.

Z uwagi na niejasności związane z okresem trwania programu można przyjąć, że środki na funkcjonowanie poradni będą jedynie zagwarantowane przez okres 3 lat. Zatem roczny koszt utrzymania 1 poradni wyniesie ok. 130 tys. zł. Miesięczny koszt może oscylować w granicach ok. 11 tys. zł. Nie wydaje się zatem możliwe w tym koszcie zatrudnienie sztabu specjalistów (m.in. psychologa klinicznego, lekarza specjalistę psychiatry, rejestratorki do prowadzenia poradni) oraz utrzymania placówki. Należy zatem koszty te zweryfikować.

Niejasne są koszty działań edukacyjnych, gdyż w jednym miejscu oszacowano je na 4,5 mln zł, zaś w innym na 450 tys. zł. Przekłada się to na oszacowanie kosztów całkowitych, które mogą wynosić ok. 11 mln zł lub 15 mln zł.

Dodatkowo błędnie oszacowano koszt związany ze szkoleniami pracowników. Koszt jednego szkolenia ma wynieść 2-2,5 tys. zł. Zaplanowano przeprowadzenie 18 szkoleń w każdym województwie w ciągu całego okresu trwania programu. Natomiast w budżecie koszty przeliczono dla 1 województwa. Prowadząc działania edukacyjne wśród pracowników na terenie całej Polski koszt tych działań może wynieść ok. 576-720 tys. zł.

Ponadto w ramach programu wskazano jedynie ogólny koszt kampanii medialnej/stworzenia strony internetowej (117 tys. zł) bez wyszczególnienia kosztów chociażby wydruku plakatów, ulotek, spotów reklamowych w mediach, co przy założeniu ogólnopolskiej kampanii może stanowić spory koszt.

Założenia przyjęte w ramach całego budżetu programu wymagają poprawy. Warto zaznaczyć, że poddany ocenie projekt programu nie zawiera kosztów z podziałem na lata jego realizacji.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

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.

Alternatywne świadczenia

Profilaktyka antynikotynowa w Polsce jest prowadzona w zakresie poradni antynikotynowych. W ramach poradni pacjent może otrzymać świadczenia antynikotynowe, poradę lub wizytę diagnostyczną, poradę lub wizytę terapeutyczną, poradę lub wizytę lekarską, wizytę instruktora terapii uzależnień, sesję psychoterapii indywidualnej, sesję psychoterapii rodzinnej, sesję psychoterapii grupowej, sesję psychoedukacyjną. Na terenie Polski w 2017 r. jedynie 5 świadczeniodawców miało podpisane umowy dotyczące tego zakresu profilaktyki.

Profilaktyka oraz wczesna diagnostyka dotycząca POChP w Polsce jest obecnie prowadzona w ramach „Programu profilaktyki chorób odtyniowych, w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”. Program jest finansowany przez NFZ. W ramach programu prowadzi się działania edukacyjne, poradnictwo antynikotynowe, badania spirometryczne, testy Fagerstroma/Schneider. Program jest dwuetapowy tzn. składa się z części dotyczącej świadczeń prowadzonych w ramach POZ oraz AOS. Dodatkowo na terenie województwa pomorskiego prowadzony jest pilotażowy program „Model zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP”. W ramach tego modelu są włączani pacjenci z ciężkimi postaciami POChP tj. C i D.

Ocena technologii medycznej

W ramach prowadzonych prac analitycznych odnaleziono informacje na temat zasad prowadzenia poradnictwa antynikotynowego w Wlk. Brytanii oraz Australii i Nowej Zelandii.

Nowa Zelandia

Dużą rolę odgrywa w pierwszym kontakcie z osobą palącą personel medyczny. Nie jest on ograniczany jedynie do lekarza. W celu identyfikacji problemu palenia kadra medyczna przeprowadza wywiad z pacjentem na temat palenia. Wykonuje krótką poradę określaną jako poradę ABC (odpowiednik porady 5P). W dalszym schemacie postępowania kadra medyczna powinna wskazać możliwość wykorzystania telefonicznej porady antynikotynowej lub też adres najbliższych poradni antynikotynowych. Jeśli pacjent potwierdzi chęć podjęcia próby rzucenia palenia, przedstawiciel kadry medycznej powinien po 1-3 dniach skontaktować się z nim ponownie w celu potwierdzenia podjęcia przez pacjenta dalszych kroków (np. zapisanie się do poradni antynikotynowej). W przypadku gdy pacjent nie wykazuje chęci podjęcia dalszych kroków w celu umówienia się na wizytę w poradni antynikotynowej, pracownik ochrony zdrowia powinien zaproponować pomoc w umówieniu spotkania. W przypadku dalszej odmowy ze strony pacjenta kadra medyczna powinna zaproponować pacjentowi ulotki/broszury, a także przekazać informacje, że przy kolejnej wizycie również zostanie poruszony temat rzucania palenia.

W ramach poradni antynikotynowych zatrudniani są w nich edukatorzy, psychoterapeuci. Jeśli pacjent trafi do poradni antynikotynowej są z nim wykonywane kolejne interwencje w postaci porad indywidualnych lub porad grupowych z wykorzystaniem terapii behawioralnych. Wykorzystanie

terapii behawioralnych jest najskuteczniejsze jeśli pacjent jest poddany co najmniej 4 sesjom terapeutycznym

Australia

Podstawową poradę antynikotynową powinien rozpocząć przeszkolony personel. Edukacja antynikotynowa odbywa się na różnych szczeblach i nie dotyczy jedynie lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej ale również innych specjalności oraz zawodów np. pracownicy opieki społecznej, okuliści, farmaceuci, osoby zatrudnione w zakładach pracy, szkołach, więzieniach, domach opieki społecznej. Warunkiem do prowadzenia prostych porad antynikotynowych jest udział w certyfikowanych szkoleniach. Prosta porada antynikotynowa powinna opierać się na zasadzie 5P. Następnie pacjent powinien zostać poinstruowany o możliwości skorzystania z porady telefonicznej lub też powinien zostać skierowany do poradni antynikotynowej w celu prowadzenia dalszego poradnictwa gdzie będzie mógł wziąć udział w poradach indywidualnych lub też poradach grupowych (są one dobierane zależność od preferencji danej osoby oraz doświadczenia pracownika poradni antynikotynowej) prowadzonych przez przeszkolonych edukatorów. Indywidualna porada prowadzona jest w odstępach tygodniowych. Przeprowadza się minimum 4 sesje terapeutyczne prowadzone z edukatorem, które są połączone z interwencją w postaci wsparcia farmakologicznego. W przypadku spotkań grupowych prowadzi się ich od 4 do 8 sesji podczas, których pacjentom przedstawiane są możliwości radzenia sobie z nałogiem palenia tytoniu, formy wsparcia oraz terapii behawioralnej. Poza wsparciem stacjonarnego poradnictwa antynikotynowego również możliwym do wykorzystania kierunkiem działań antynikotynowych jest skorzystanie z telefonicznej linii wsparcia w rzucaniu nałogu palenia tytoniu.

Wlk. Brytania

Schemat postępowania w Wlk. Brytanii oparty jest o prowadzenie działań antynikotynowych już na najniższym poziomie tj. w przypadku gdy pacjent palący tytoń trafia do podstawowej opieki zdrowotnej. Prowadzone są z nim krótkie lub bardziej intensywne porady w ramach zasady 5P. Prowadzą je lekarze, pielęgniarki, położne, dentyści, farmaceuci czy też okuliści. W ramach porady antynikotynowej pacjent otrzymuje różne prepozycje wsparcia w ramach rzucenia palenia tytoniu (możliwość skorzystania z porady telefonicznej, poradni antynikotynowej). Lekarz następnie może skierować pacjenta do poradni antynikotynowej w celu wsparcia i zastosowania już bardziej specjalistycznych metod (np. porad indywidualnych, porad grupowych, terapii behawioralnych).

W Wlk. Brytanii funkcjonuje również centrum szkoleń z zakresu rzucania nałogu palenia dla osób zarówno z podstawowej opieki zdrowotnej jak również dla osób pełniących funkcje koordynatorów, edukatorów w ramach poradni antynikotynowych czy też psychoterapeutów. Stworzenie takiego centrum szkoleniowego zapewnia odpowiedni, wystandaryzowany poziom szkoleń w zakresie wsparcia osób w dążeniu do rzucenia palenia tytoniu.

W toku wyszukiwania zaleceń dotyczących przeciwdziałania paleniu tytoniu odnaleziono wytyczne kliniczne towarzystw naukowych:

- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD 2017
- National Screening Committee - NHS 2008,
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE 2013,
- Centers for Disease Control and Prevention/ National Institute for Occupational Safety and Health - CDC/NIOSH 2015
- The Royal Australian College of General Practitioners - RACGP 2014
- The New Zealand Guidelines - NZG 2014,
- National Screening Committee / National Institute for Health and Care Excellence - NHS/NICE 2007,
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC 2014

- US Preventive Services Task Force - USPSF 2016
- Polskie Towarzystwo Chorób Płuc- PTChP 2014
- Lung Foundation Australia - LFA 2016,
- European Respiratory Society - ERS 2013

Szkolenia z zakresu edukacji antynikotynowej:

Zaleca się prowadzenie różnego typu działań szkoleniowych oraz informacyjnych związanych z niebezpieczeństwem ekspozycji na czynniki zawodowe i łączenie ich dodatkowo z paleniem tytoniu (np. pracownicy wykonujący pracę w zapyłonych pomieszczeniach).

Personel zajmujący się wsparciem osób w rzuceniu palenia tytoniu powinien regularnie przechodzić szkolenia z zakresu, którego prowadzi wsparcie (np. lekarze POZ/pielęgniarki, powinni podnosić umiejętności prowadzenia krótkich porad, edukatorzy – umiejętności związane ze wsparciem behawioralnym i terapią grupową). Szkolenia powinny być oparte o krajowe wytyczne w tym zakresie. Szkolenia powinny być powtarzane co roku i mieć charakter cykliczny. W przypadku osób nowo zatrudnionych powinno się je również na samym początku przeszkolić w zakresie pomocy pacjentom w kwestii rzucenia palenia tytoniu

Sugeruje się również prowadzenie wśród studentów/absolwentów kierunków medycznych, szkoleń/wykładów dotyczących wspierania osób chcących rzucić palenie tytoniu. Zaleca się także zapewnienie dodatkowych, specjalistycznych szkoleń dla osób pracujących w określonych grupach, np. z osobami z problemami psychicznymi, osobami hospitalizowanymi czy też kobietami w ciąży, które palą.

Dodatkowo w ramach szkoleń personelu medycznego powinny być im przedstawiane wszystkie możliwe formy zachęcania pacjentów do rzucenia palenia tytoniu. Kadra medyczna powinna zostać przeszkolona w zakresie lepszego komunikowania się z pacjentem palącym tytoń co będzie przekładać się na lepsze poradnictwo w zakresie rzucenia palenia .

Działania prowadzone w miejscu pracy

Wytyczne wskazują, że wszystkie pomieszczenia w miejscu pracy powinny być wolne od dymu tytoniowego bez wyjątków. Dodatkowo zwraca się uwagę na prowadzenie odpowiedniej wydajnej wentylacji na terenie pomieszczeń w których przebywają pracownicy. Wszystkie działania powinny być konsultowane i prowadzone zgodnie z zaleceniami programowymi związanymi z rzucaniem palenia (jeśli takowe istnieją na danym terenie). W pomieszczeniach zamkniętych powinien obowiązywać całkowity zakaz palenia nawet jeśli są to pomieszczenia oddzielne i wentylowane. Również zakaz powinien obowiązywać w pojazdach zakładowych. Ze wszystkich pomieszczeń powinny zostać usunięte popielniczki

Zaleca się informowanie pracowników o potencjalnym zagrożeniu i ryzyku wynikającym z palenia tytoniu. Poza tym warto również edukować pracowników w zakresie korzyści związanych z porzuceniem nałogu palenia tytoniu. Minimum przekazu informacji dla pracowników powinny stanowić informacje na temat możliwych metod rzucania palenia, możliwości otrzymywania wiadomości tekstowych wspierających osoby w rzuceniu nałogu, adresów stron internetowych o tematyce rzucania palenia, broszur informacyjnych, programach antytytoniowych prowadzonych przez pracodawcę, a także informacji związanych z faktem korzyści finansowych związanych z obniżeniem składki zdrowotnej.

Każdy pracodawca powinien wspierać lokalne poradnie antynikotynowe poprzez informowanie o możliwych formach wsparcia w rzucaniu nałogu palenia tytoniu, kiedy oraz gdzie pracownik może udać się w celu uzyskania wsparcia antynikotynowego. Zaleca się również opracowanie strategii postępowania w ramach zaprzestania palenia w miejscu pracy we współpracy z pracownikami i ich przedstawicielami (pracownicy bhp, kierownicy).

Formy edukacji/poradnictwa antynikotynowego:

W ramach działań antynikotynowych warto jest prowadzić krótkie porady, trwające od 5 do 10 minut. Powinny być one prowadzone przez lekarza pierwszego kontaktu. Krótka porada powinna być dopasowana do chęci rzucenia palenia przez daną osobę oraz możliwych metod, które są do wykorzystania w danym przypadku. Powinna ona zawierać krótką i prostą informację na temat konieczności rzucenia palenia, możliwości otrzymania wsparcia farmakologicznego jak również wsparcia terapeuty, materiałów w formie broszur lub też materiałów w formie np. linków do stron internetowych o charakterze antynikotynowym. Określa się ją często jako porada ABC co stanowić może odpowiednik porady 5P

W ramach poradnictwa antynikotynowego zaleca się przeprowadzenie testu motywującego do zaprzestania palenia wg Schneider oraz przeprowadzić ocenę stopnia uzależnienia od nikotyny tj. test Fagerstroma. Zaprzestanie palenia jest podstawą pierwotnej i wtórnej profilaktyki POChP. To metoda o udowodnionej skuteczności zapobiegania postępowi choroby. Zaprzestanie palenia jest również jedynym, poza domowym leczeniem tlenem, postępowaniem, które wydłuża życie chorych na POChP.

Dodatkowo w ramach porad wskazuje się na potrzebę informowania o skutkach palenia, możliwościach rzucenia palenia, aktywności fizycznej dopasowanej do możliwości pacjenta czy też skierowanie pacjenta na rehabilitację pulmonologiczną. Również lekarz POZ powinien móc zaproponować terapię związaną z leczeniem uzależnienia od nikotyny pod warunkiem braku przeciwwskazań.

Lekarz POZ powinien kontrolować przy każdej wizycie kwestie związane ze stosowaniem leczenia niefarmakologicznego (np. rzucania palenia, ewentualnych zalecanych szczepień, prowadzenie ćwiczeń przez pacjenta czy też tlenoterapii) oraz kwestii związanych z leczeniem farmakologicznym. Zwraca się uwagę również na kontrolę pacjenta pod kątem prawidłowego używania inhalatorów, zwłaszcza u osób starszych czy też u pacjentów z innymi zaburzeniami.

Przy każdej nadążającej się okazji pacjent powinien być nakłaniany do zaprzestania palenia. Dodatkowo proponuje się zachęcanie pacjenta do udziału w kompleksowych działaniach (programach) mających na celu zaprzestanie palenia oraz zmiany zachowań zdrowotnych. W tym celu powinny być wykorzystywane techniki związane ze zwiększaniem motywacji pacjenta do rzucenia palenia. Pracownik ochrony zdrowia powinien starać się zdobyć zaufanie pacjenta i przekonywać go zarówno do farmakologicznych jak i niefarmakologicznych interwencji związanych z odstawieniem produktów tytoniowych.

Poza lekarzami i pielęgniarkami do tych działań powinno włączać się położne, okulistów dentystów farmaceutów, osoby z opieki socjalnej, edukatorów, psychoterapeutów, a także osoby pracujące w szkołach, więzieniach, domach opieki społecznej.

Zaleca się również wykorzystywanie, w celu wsparcia osób w rzuceniu nałogu palenia tytoniu, opracowań w formie papierowej (ulotek, broszur, opracowań) oraz elektronicznej (np. na nośnikach CD, w formie stron internetowych lub też wiadomości tekstowych wysyłanych na telefony komórkowe). Jest to dodatkowa forma wsparcia gdy osoba chcąc rzucić palenie nie ma możliwości skorzystania np. z porady specjalistów, edukatorów, konsultantów czy też grupowej lub indywidualnej terapii w poradniach antynikotynowych. N

Należy jednak pamiętać, że taka forma wsparcia może być traktowana jedynie jako dodatkowa interwencja. Nie odnaleziono dowodów potwierdzających skuteczność takich metod w połączeniu ze wsparciem specjalisty lub też nikotynowej terapii zastępczej.

Indywidualna porada/spotkanie z osobą przeszkoloną w poradni antynikotynowej

Interwencją uznaną za skuteczną w walce z nałogiem tytoniu jest indywidualna porada/spotkanie z osobą przeszkoloną z zakresu poradnictwa antynikotynowego (edukatorem) w poradni antynikotynowej. Osoba paląca może wtedy otrzymać szeroki zakres wiedzy odnośnie negatywnych skutków palenia tytoniu w kontekście swojego zdrowia, osób najbliższych czy też konsekwencji, które mogą przekładać się chociażby na pracę (większa absencja z powodu chorób). Takie spotkania powinny trwać co najmniej 4 sesje terapeutyczne.

Grupowe spotkania z edukatorami w poradni antynikotynowej

Terapia grupowa stanowi kolejny element skutecznej walki z nałogiem tytoniu. Programy terapii zachowawczej w grupach zawierają zaplanowane spotkania, w których osoby, które palą, otrzymują informacje, porady i zachęty oraz interwencje w postaci terapii behawioralnej np. terapię behawioralno-poznawczą. Liczby sesji nie są jednakowe. Wytyczne NHS/NICE 2007 wspominają o minimum 2 sesjach natomiast wytyczne USPSF 2016 oraz RACGP 2014 zalecają przeprowadzenie od 4 do 8 sesji terapeutycznych.

Telefoniczna poradnia antynikotynowa

Doradcy powinni pomóc w opracowaniu indywidualnego planu terapii i wspierać osobę palącą przez cały czas trwania procesu rzucania palenia. Konsultanci pracujący przy obsłudze linii telefonicznych powinni mieć możliwość skontaktowania się z pacjentem który wyrazi taką chęć w czasie kontaktu z przedstawicielem podstawowej opieki zdrowotnej.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.440.4.2017 „Ogólnopolski program edukacyjny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP) realizowany przez: Ministra Zdrowia”, Warszawa, wrzesień 2017 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki i wczesnego wykrywania przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – wspólne podstawy oceny”, czerwiec 2012 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 292/2017 z dnia 11 września 2017 roku o projekcie programu Ministerstwa Zdrowia „Ogólnopolski program edukacyjny dotyczący przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)”