

**Ewa Jassem¹, Dorota Górecka², Piotr Krakowiak³, Jerzy Kozielski⁴, J. Marek Słomiński⁵,
Małgorzata Krajnik⁶, Andrzej M. Fal⁷**

¹Klinika Alergologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem

²Klinika Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Dorota Górecka

³Fundacja Hospicyjna w Gdańsku

Kierownik: ks. dr Piotr Krakowiak

⁴Klinika Chorób Płuc Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrzu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jerzy Kozielski

⁵Klinika Pneumonologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jan Marek Słomiński

⁶Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Kierownik: dr n. med. Małgorzata Krajnik

⁷Katedra Zdrowia Publicznego Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Mariusz Fal

Zintegrowana opieka medyczna u chorych na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc

Integrated care for patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is the third cause of mortality and disability (assessed by DALY) among patients above 60 year old. Severe and very severe COPD ($FEV_1 =$ equal or less than 50% and 30% of expected value, respectively) is estimated at 20% of all COPD patients.

Advanced COPD usually leads to physical and mental deterioration, the patients often manage with the problems caused by the disease and other comorbidities poorly. This leads to increased risk of COPD exacerbations and further deterioration of the patient's status, increased costs of medical care and eventually increased risk of death. Current organization of medical care for those patients does not provide adequate health and social support for them. However, it seems that introducing an integrated approach proposed by World Health Organization, could improve the situation of advanced COPD patients. In Poland, this kind of care has been provided in advanced cancer patients throughout stationary palliative care units and hospices during the last several years. This experience should be helpful in integrating actions of general practitioners and specialized nurses, as well as providing access for the specialists' consultations according to the individual needs of the patients. It should also allow for broad cooperation with auxiliary staff, such as social workers, medical assistants and volunteers, as well as psychologists and clergymen (especially in the terminal phase of the disease).

Key words: chronic obstructive pulmonary disease (COPD), integrated treatment, coordinator, palliative care

Pneumonol. Alergol. Pol. 2010; 78, 2: 126–132

Streszczenie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) jest trzecią przyczyną zgonów i trzecią przyczyną niesprawności (mierzonej za pomocą wskaźnika DALY) u osób powyżej 60. roku życia. Ciężką lub bardzo ciężką postać POChP (wskaźnik FEV_1 , odpowiednio, poniżej 50% i 30% należnej wartości) rozpoznaje się u mniej więcej jednej piątej ogółu chorych. Chorzy na zaawansowaną POChP z reguły cierpią z powodu fizycznej i umysłowej niepełnosprawności, w wielu przypadkach źle radzą sobie z problemami wynikającymi z choroby i współistniejących schorzeń. To z kolei stwarza duże ryzyko zaostrzeń POChP, które

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Ewa Jassem, Klinika Alergologii GUMed, ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk, tel./faks: (58) 349 16 25, e-mail: ejassem@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 01.12.2009 r.

Copyright © 2010 Via Medica

ISSN 0867–7077

prowadzą do pogorszenia przebiegu choroby, istotnego zwiększenia kosztów medycznej opieki oraz zwiększenia ryzyka zgonu. Obecna organizacja medycznej opieki dla tej grupy chorych nie zapewnia odpowiednich warunków zdrowotnych i socjalnych. Wydaje się jednak, że zastosowanie modelu zintegrowanej opieki, zalecanego przez Światową Organizację Zdrowia stworzyłoby możliwość poprawy sytuacji chorych na zaawansowane POChP. W Polsce ta forma opieki jest realizowana od kilkunastu lat w zakładach medycyny paliatywnej i hospicjach w odniesieniu do chorych na zaawansowane nowotwory. Wykorzystanie tych doświadczeń powinno pomóc w integracji działań wokół lekarzy rodzinnych i wyspecjalizowanej pielęgniarce, z jednoczesnym zapewnieniem dostępu do specjalistów w zależności od indywidualnych potrzeb chorego. Powinno także umożliwić szersze wykorzystanie pracowników pomocniczych, jak: pracownicy socjalni, pomocnicy medyczni oraz wolontariusze, a także psycholodzy i duchowni (zwłaszcza w końcowej fazie choroby).

Słowa kluczowe: przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), zintegrowane leczenie, koordynator, opieka paliatywna
Pneumonol. Alergol. Pol. 2010; 78, 2: 126–132

Wstęp

W ostatnim stuleciu w rozwiniętych gospodarkach krajach stwierdza się stałe wydłużanie się średniej życia. Jest to związane między innymi z większą skutecznością leczenia wielu populacyjnych chorób [1]. Jednocześnie stale rośnie liczba chorych na przewlekłe zaawansowane schorzenia, między innymi: choroby układu sercowo-naczyniowego, układu oddechowego lub zespoły otępienne.

Wśród chorób układu oddechowego istotny medyczny i społeczny problem stanowi przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP). Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) POChP jest trzecią przyczyną zgonów i trzecią przyczyną niesprawności (mierzonej za pomocą wskaźnika *disability adjusted life year* [DALY]) u osób powyżej 60. roku życia [2].

Zaawansowana POChP

Szacuje się, że na ciężką lub bardzo ciężką postać POChP (FEV₁ odpowiednio < 50% i 30% należnej wartości) cierpi mniej więcej jedna piąta ogółu chorych na to schorzenie [3–5].

Choroba ma zwykle postępujący charakter i — w zaawansowanych przypadkach — nieuchronnie prowadzi do inwalidztwa oddechowego oraz zmian ogólnoustrojowych [6–8]. Problemem są nawracające zaostrzenia dodatkowo pogarszające przebieg choroby [9–10]. Poza aspektem zdrowotnym ważną społeczną kwestią jest wysoki koszt leczenia zaostrzeń [11–13]. Niekorzystnymi czynnikami w POChP są także często współistniejące schorzenia, jak: niewydolność serca, zatorowość płucna, choroba wrzodowa, zespół metaboliczny oraz nowotwory zależne od tytoniu [14–17].

Częstymi stanami w zaawansowanej POChP są lęk i depresja oraz pogorszenie intelektualnej sprawności [18]. Zwraca się uwagę na współwystępowanie wymienionych objawów z fizyczną

niesprawnością, obniżeniem jakości życia oraz niskim społecznym statusem i osamotnieniem [19]. W wielu badaniach podkreśla się znaczne obniżenie jakości życia w tej grupie chorych wynikające z dokuczliwych objawów, fizycznej i psychicznej niepełnosprawności oraz narastającej społecznej izolacji. Jednocześnie są to czynniki, które niekorzystnie wpływają na przeżycie [20].

Rokowanie w zaawansowanej POChP jest złe. Wykazano, że odsetek zgonów po roku od zaostrzenia wymagającego hospitalizacji sięgał niemal 40%, a u chorych wymagających intensywnej opieki przekraczał 50% [21, 22].

Czynniki rokownicze, między innymi BODE (BMI [*body mass index*], *Obstruction*, *Dyspnea*, *Exertion*), pozwalają na wyodrębnienie grup chorych o niekorzystnym rokowaniu, jednak indywidualna ocena ryzyka zgonu jest trudna [23, 24]. Podkreśla się, że niektórzy chorzy żyją „nieoczekiwanie” długo, natomiast inni umierają „niespodziewanie” podczas jednego z zaostrzeń. Na podstawie badań autopsyjnych u 43 chorych, którzy zmarli w ciągu doby od przyjęcia do szpitala z powodu zaostrzenia POChP, stwierdzono, że najczęstszą przyczyną zgonu w tej grupie były: niewydolność serca (37%), zapalenie płuc (28%) i zatorowość płucna (21%). Ponad jedna trzecia chorych miała więcej niż jedną współwystępującą chorobę, najczęściej niewydolność serca, a średnia wieku zmarłych chorych wynosiła 70 lat [25]. Ryzyko zgonu w czasie zaostrzenia jest ponad czterokrotnie wyższe u chorych na zaawansowane postaci POChP w porównaniu z chorymi na postaci łagodne lub umiarkowane [26].

Chorzy na zaawansowaną POChP z reguły cierpią z powodu fizycznej i umysłowej niepełnosprawności, w wielu przypadkach źle radzą sobie z problemami, które wynikają z choroby i współistniejących schorzeń. Niejednokrotnie otrzymują oni duże ilości leków i zaleceń zdrowotnych, które trudno im realizować w codziennym życiu [27]. To z kolei stwarza duże ryzyko zaostrzeń POChP,

Tabela 1. Czynniki korzystnie wpływające na przebieg zaawansowanej POChP [27–29]**Table 1. Factors beneficial for COPD course**

Edukacja chorych i ich rodzin dotycząca POChP i zasad leczenia
Właściwe stosowanie inhalatorów
Stosowanie się do zaleceń lekarskich dotyczących DLT, rehabilitacji ogólnie usprawniającej i oddechowej, diety, zakazu palenia tytoniu
Umiejętność wczesnego rozpoznania zaostrzenia przez chorego i jego bliskich oraz wdrożenie właściwego postępowania
Poprawa stanu emocjonalnego i codziennej aktywności
Wsparcie duchowe, psychologiczne i społeczne

POChP — przewlekła obturacyjna choroba płuc; DLT — domowe leczenie tlenem

które prowadzą do pogorszenia przebiegu choroby, istotnego zwiększenia kosztów medycznej opieki oraz zwiększenia ryzyka zgonu.

Światowe dane wskazują, że niektóre czynniki mogą mieć kluczowe znaczenie dla przebiegu zaawansowanej POChP (tab. 1). Równocześnie obecna organizacja medycznej opieki dla tej grupy chorych nie zapewnia im odpowiednich warunków zdrowotnych i socjalnych. Codzienna praktyka wskazuje, że chorzy na zaawansowane postaci (zwłaszcza poza miejskimi ośrodkami) nie stosują właściwie leków wziewnych, mają ograniczony dostęp do domowego leczenia tlenem (DLT) i, co być może jest najistotniejsze, nie radzą sobie z chorobą oraz jej skutkami zdrowotnymi i społecznymi. Wielu chorych akceptuje codzienne ograniczenia (brak samodzielności w poruszaniu się, obniżenie aktywności życiowej i funkcji poznawczych), jakie niesie POChP, traktując jako „chorobę” jedynie jej zaostrzenia. Systematyczny przegląd, opublikowany kilka lat temu, wskazuje, że umiejętność stosowania się do lekarskich zaleceń, zmiana zdrowotnych przyzwyczajzeń oraz poprawa stanu emocjonalnego i życiowych funkcji wiąże się z istotnym zmniejszeniem ryzyka hospitalizacji z powodu zaostrzenia oraz z poprawą jakości życia [28].

Zintegrowana opieka

W 2002 roku WHO zaleciła zintegrowany system opieki dla chorych na przewlekłe zaawansowane schorzenia, między innymi POChP [31]. Celem takiej opieki miałyby być zapobieganie postępowi choroby, zaostrzeniom i szeroko pojętej izolacji chorych. Program obejmowałby intensywną edukację chorych i ich rodzin oraz wsparcie w radzeniu sobie z chorobą. W realizacji tych zadań brałby udział interdyscyplinarny zespół złożony z lekarzy, pielęgniarek, pracowników socjalnych i wolontariuszy [31].

Opublikowane w ostatnich latach badania wydają się potwierdzać korzystny wpływ takiego programu w odniesieniu do chorych na zaawansowaną POChP. Na przykład wynik hiszpańskiego badania, w którym chorych na ciężką postać POChP, hospitalizowanych z powodu zaostrzenia, przy wypisie przydzielano losowo do grupy „zintegrowanej opieki” i „tradycyjnej opieki”, wykazał znacznie mniejszy odsetek powtórnych hospitalizacji w pierwszej grupie [32].

Zintegrowana opieka w tym badaniu polegała na ścisłej współpracy między specjalistami chorób płuc, lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami (wyspecjalizowana pielęgniarka była jednocześnie koordynatorem działań całego zespołu) i pracownikiem socjalnym. Przy wypisie chory otrzymywał szczegółową pisemną ocenę lekarza pneumonologa dotyczącą zaawansowania POChP, występowania współistniejących chorób oraz socjalnych potrzeb. Ponadto wśród chorych i ich rodzin przeprowadzono intensywne szkolenie w zakresie choroby obejmujące zasady leczenia, stosowanie inhalatorów oraz rozpoznawanie i wczesne leczenie zaostrzeń. Każdy chory otrzymywał indywidualny plan leczenia, który był także przekazywany pielęgniarce środowiskowej i lekarzowi rodzinemu. Chory i jego rodzina mieli możliwość stałego telefonicznego kontaktu za pomocą platformy internetowej z koordynującą pielęgniarką [32]. Ocena tych działań, przeprowadzona po roku, wykazała, że poza znacznym zmniejszeniem ryzyka zaostrzeń, w grupie „zintegrowanej opieki” zanotowano istotny wzrost BMI i niemal wszyscy chorzy potrafili rozpoznać zaostrzenie. W tej grupie znacznie więcej osób stosowało inhalatory (71% w grupie „zintegrowanej opieki” i 37% w grupie kontrolnej, w tym w prawidłowy sposób stosowało je odpowiednio: 86% v. 24% chorych) [31, 32]. Wyniki tych badań dobrze ilustrują możliwości poprawy sytuacji chorych na zaawansowaną POChP przy zastosowaniu zintegrowanej opieki.

W Polsce forma zintegrowanej opieki jest realizowana od kilkunastu lat w zakładach medycyny paliatywnej i hospicjach w odniesieniu do chorych na zaawansowane nowotwory. Celem takiej opieki jest łagodzenie dokuczliwych objawów i poprawa jakości życia chorych oraz ich rodzin, a także szeroko rozumiana poprawa radzenia sobie z chorobą. Według najnowszej definicji WHO opieka paliatywna jest bowiem postępowaniem mającym na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin, stojących wobec problemów związanych z chorobą, która ogranicza sprawność życiową, poprzez zapobieganie i łagodzenie cierpienia, dzięki wczesnemu wykrywaniu, ocenie i leczeniu bólu i innych objawów [33].

Opieka paliatywna i hospicyjna opiera się na złożonej strukturze. We wczesnych stadiach choroby pacjenci z reguły są kierowani do poradni medycyny paliatywnej, domowych hospicjów lub, w okresie hospitalizacji na różnych oddziałach, są konsultowani przez specjalistów, którzy pracują w szpitalnych zespołach wspierających opiekę paliatywną. Z kolei zespoły domowej opieki paliatywnej, oddziały medycyny paliatywnej, stacjonarne hospicja oraz dzienne ośrodki medycyny paliatywnej są przeznaczone przede wszystkim dla chorych w terminalnej fazie choroby lub w okresie znacznego pogorszenia objawów (w celu ustalenia optymalnego leczenia paliatywnego). Istotną rolę w paliatywnej opiece odgrywają ponadto — nastawione na pomoc psychologiczną, socjalną i duchową — poradnie wsparcia dla osieroconych rodzin [34].

Zespół domowej opieki paliatywnej zazwyczaj składa się z lekarza i pielęgniarek specjalizujących się w opiece paliatywnej oraz, w zależności od potrzeb, psychologa, duchownego, pracownika socjalnego i wolontariuszy [34–36]. Szczególną rolę w tym systemie odgrywa koordynator wolontariatu hospicyjnego. Jest nim zazwyczaj doświadczony wolontariusz lub pracownik zespołu przygotowany do wspierania i nadzorowania wolontariuszy oraz współpracy z lekarzami i pielęgniarkami, a jednocześnie dobrze zorientowany w potrzebach chorych i ich rodzin [37].

W zespole domowej opieki paliatywnej opiekę nad chorym koordynuje osoba najczęściej spotykająca się z nim i jego bliskimi. Z reguły jest to pielęgniarka hospicyjna, która ściśle współpracuje z lekarzem prowadzącym chorego. W przypadku łagodnego przebiegu terminalnej fazy choroby nowotworowej funkcję koordynatora może pełnić właściwie przygotowany wolontariusz lub pracownik socjalny, szczególnie wtedy, gdy zamiast interwencji medycznych, choremu najbardziej potrzebna jest obecność drugiej osoby lub rozwiązanie problemów socjalno-bytowych [35]. Dla wielu chorych

szczególnie ważna w tym okresie jest opieka duchowa, pełniona przez kapelana hospicyjnego, parafialnego lub duchownych innych wyznań [34–37].

Właściwa koordynacja pracy lekarzy i pielęgniarek, psychologów i duszpasterzy, a także pracowników socjalnych i wolontariuszy pomaga podjąć decyzję o konieczności zamiany domowej opieki na pobyt w stacjonarnym hospicjum lub na oddziale opieki paliatywnej. Koniecznym warunkiem właściwej opieki jest koordynacja działań i informacja na temat sprawowanej opieki przekazywana na regularnych spotkaniach interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Interdyscyplinarność zespołu paliatywno-hospicyjnego jest istotną cechą opieki nad chorymi i ich rodzinami [37, 38]. Wyróżnia to opiekę zintegrowaną od wielodyscyplinarnej, skupiającej wyłącznie działania lekarzy specjalistów z różnych dziedzin.

Propozycja opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP

Wydaje się, że pierwszym etapem organizacji zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowane postaci POChP powinno być utworzenie elektronicznej bazy danych chorych. Baza ta powinna być prowadzona przez regionalnego koordynatora i dostępna dla całego zespołu opiekującego się chorym. Wyniki wstępnych badań potwierdzają, że utworzenie internetowej platformy, dostępnej dla chorych i ich rodzin, która z jednej strony może być źródłem wiedzy dotyczącej POChP, a z drugiej — metodą kontaktu z członkami zespołu opiekującego się chorym, pozwala zmniejszyć liczbę zaostżeń i poprawić jakość życia. Wydaje się, że taką platformę można by wykorzystać do przekazywania chorym szczegółowych informacji dotyczących stosowania inhalatorów, które zostały przepisane przez lekarza, oraz do przekazywania prostych zasad prowadzenia rehabilitacji oddechowej i ogólnoustrojowej.

Kluczową rolę w integracji leczenia chorych na zaawansowaną POChP odgrywałby lekarz rodzinny wspomagany przez koordynatora i lekarzy, którzy specjalizują się przede wszystkim w zakresie pneumonologii, kardiologii i medycyny paliatywnej, ale także w zakresie rehabilitacji oraz psychiatrii, i lekarzy innych specjalności, w zależności od indywidualnych potrzeb chorego. Każdego chorego z rozpoznaniem zaawansowanej POChP powinno się zarejestrować w internetowej bazie danych prowadzonej przez regionalny ośrodek (np. klinikę lub specjalistyczny oddział chorób płuc). W każdym województwie powinien być dostępny co najmniej jeden taki rejestr, za który odpowiedzialny byłby koordy-

Tabela 2. Obowiązki pomocników medycznych i wolontariuszy w długotrwałej opiece nad chorymi na zaawansowaną POChP
Table 2. Responsibilities of medical and volunteers in the long-term care for advanced COPD patients

Pomoc w stosowaniu leków z użyciem inhalatora i/lub nebulizatora
Sygnalizowanie potrzeby uzupełnienia leków
Zachęcanie i pomoc w korzystaniu z DLT
Zachęcanie i pomoc w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych (oddechowych i ogólnie usprawniających)
Pomoc w codziennych czynnościach i zabiegach toaletowych
Zachęcanie do aktywności fizycznej i umysłowej, praktyczna pomoc
Kontakt między chorym a medycznym personelem

POChP — przewlekła obturacyjna choroba płuc; DLT — domowe leczenie tlenem

nator. Dostęp do bazy miałyby lekarz rodzinny i specjaliści, do których chory — w razie potrzeby — byłby kierowany przez lekarza rodzinnego. Ponadto w tej bazie powinny być odnotowywane wszystkie pobyty chorego w szpitalu oraz konieczność opieki pielęgniarskiej, psychologicznej, socjalnej i wolontaryjnej.

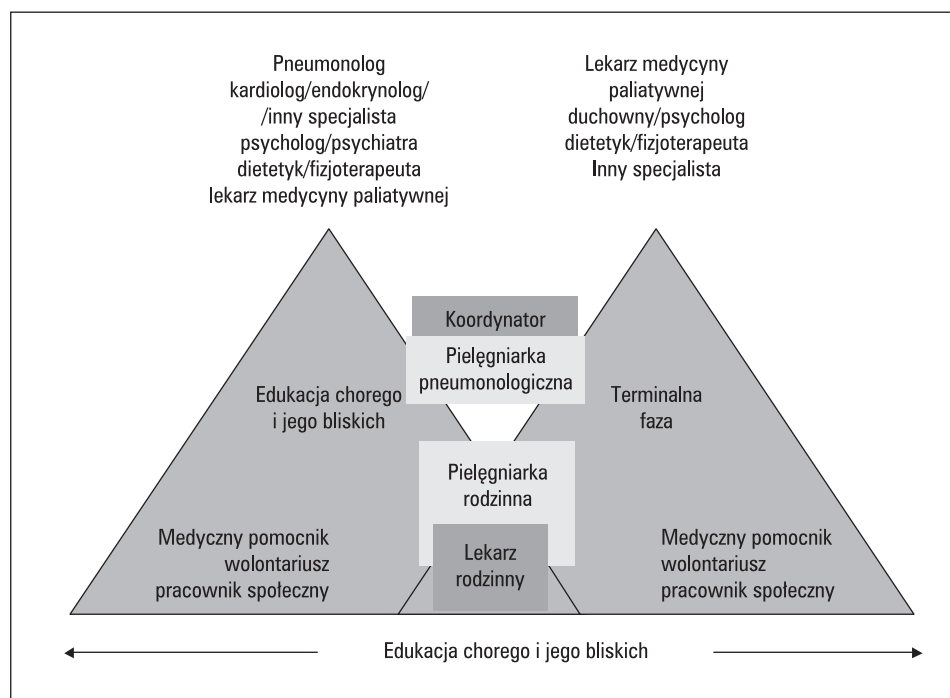
Pośrednikiem między lekarzem rodzinnym a chorym i jego rodziną byłaby pielęgniarka doświadczona w opiece nad chorymi na przewlekłe choroby płuc i zaznajomiona z zasadami prowadzenia DLT. W okresie jednego roku chory w stabilnym okresie choroby wymagałby około 4 wizyt u lekarza. Jedną z tych wizyt powinien przeprowadzić pneumonolog lub alergolog, który oceniłby stopień kontroli choroby, w razie potrzeby zmodyfikowałby leczenie i określił konieczność ewentualnego stosowania DLT i rehabilitacji. Pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej (środowiskowa-rodzinna) powinna sprawdzać (np. telefonicznie, według ustalonego grafiku) zużycie leków wziewnych. W zależności od indywidualnych potrzeb codzienną pomoc w radzeniu sobie z chorobą (a zwłaszcza w stosowaniu wziewnych leków i DLT oraz stosowaniu rehabilitacji) chory otrzymywałby od tak zwanych medycznych pomocników i wolontariuszy (tab. 2) [39]. W zależności od indywidualnych potrzeb chorego koordynator kontaktowałby chorego i jego bliskich z pracownikiem socjalnym, psychologiem i/lub duchownym (ryc. 1).

W czasie zaostrzenia wymagającego hospitalizacji, koordynator (po konsultacji z lekarzem rodzinnym) kierowałby chorego na odpowiedni specjalistyczny oddział. Poza pomocą medyczną pobyt na oddziale lub w klinice chorób płuc byłby okazją do edukacji chorego i jego rodziny, oceny postępu choroby i chorób współistniejących oraz weryfikacji dotychczasowego leczenia zgodnie ze zmieniającymi się standardami leczenia POChP (ryc. 1).

Ważnym etapem leczenia byłaby opieka w terminalnej fazie choroby. W tym okresie dominowałaby opieka paliatywna, w tym psychologiczna i duchowa, a także wsparcie dla bliskich chorego po jego śmierci (ryc. 1).

Wnioski

Autorzy niniejszego opracowania od dłuższego czasu dostrzegają potrzebę pilnej poprawy opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP. Niniejsza praca ma na celu podjęcie dyskusji na ten temat w naszym kraju — szczegółowe zagadnienia przedstawiono w tabeli 3. Zdajemy sobie sprawę, że zmiana dotychczas istniejącego systemu wymaga szczegółowych przygotowań i liczymy na opinie całego medycznego środowiska. Naszym zdaniem integracja wokół działań lekarzy rodzinnych i innych osób zaangażowanych w opiekę nad chorym na zaawansowaną POChP powinna zawierać dwa główne cele. Z jednej strony musi ona zapewnić dostęp do specjalistów odpowiadający indywidualnym potrzebom chorego, a z drugiej — dawać wsparcie w radzeniu sobie z chorobą poprzez działania odpowiednio przygotowanych pielęgniarek, personelu pomocniczego (pracownicy socjalni, pomocnicy medyczni oraz wolontariusze), a także psychologów i duchownych (zwłaszcza w końcowej fazie choroby). Wprowadzenie takiej formy zintegrowanej opieki powinno istotnie poprawić medyczne i społeczne warunki opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP. Podobne rozwiązania wprowadzają obecnie niektóre europejskie kraje [40]. Ich doświadczenie w tym zakresie jest jednak dotychczas niewielkie i Polska miałaby szansę stać się jednym z liderów w tej dziedzinie. Autorzy liczą na aktywny udział Państwa w debacie nad tym trudnym zagadnieniem.



Rycina 1. Zintegrowany zespół opieki dla chorych na zaawansowaną POChP

Figure 1. Integrated care team for patients with advanced COPD

Tabela 3. Zagadnienia wymagające dyskusji w odniesieniu do zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP [40]

Table 3. Issues concerning problems of patients with advanced COPD which require discussion

Czy termin „zintegrowana opieka” właściwie opisuje procedurę?

Jaka jest definicja „zintegrowanej opieki” w odniesieniu do chorych na zaawansowaną POChP?

Jaki jest „mierzalny” cel tej opieki, na przykład zmniejszenie liczby zaostrzeń, poprawa jakości życia?

Jakie narzędzia należy zastosować do oceny wyników?

Jaka jest najważniejsza organizacja opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP?

Jakie kryteria powinny być brane pod uwagę przy kwalifikacji chorych?

Jaki jest farmakoekonomiczny efekt planowanych zmian?

POChP — przewlekła obturacyjna choroba płuc

Piśmiennictwo

- Marmot M. Health in unequal word. *Lancet* 2006; 368: 2081–2094.
- WHO. World Health Report. 2003
- www.copdgold.com; 11.2009
- Bednarek M., Maciejewski J., Woźniak M. i wsp. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. *Thorax* 2008; 63: 402–407.
- Nizankowska-Mogilnicka E., Mejza F., Buist A.S. i wsp. Prevalence of COPD and tobacco smoking in Malopolska region — results from the BOLD study in Poland. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2007; 117: 402–410.
- Wagner P.D. Skeletal muscles in chronic obstructive pulmonary disease: deconditioning, or myopathy? *Respirology* 2006; 11: 681–686.
- Doucet M., Russell A.P., Leger B. i wsp. Muscle atrophy and hypertrophy signaling in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2007; 176: 261–269.
- Koehler F., Doehner W., Hoernig S. i wsp. Anorexia in chronic obstructive pulmonary disease — association to cachexia and hormonal derangement. *Int. J. Cardiol.* 2007; 119: 83–89.
- Burge S., Wedzicha J.A. COPD exacerbations: definitions and classifications. *Eur. Respir. J.* 2003; 41: 46–53.
- Soler-Cataluña J.J., Martínez-García M.A., Roman-Sánchez P. i wsp. Severe acute exacerbations and mortality in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2005; 60: 925–931.
- Jahnz-Różyk K. Farmakoekonomika przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 302–307.
- Jahnz-Różyk K., Targowski T., From S. Koszty leczenia zaostrzeń przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w warunkach ambulatoryjnych i szpitalnych w 2007 roku — wyniki wieloośrodkowego badania polskiego. *Pol. Merkuriusz Lek.* 2009; 26: 208–214.
- Foster T.S., Miller J.D., Marton J.P. i wsp. Assessment of the economic burden of COPD in US: a review and synthesis. *COPD* 2006; 2: 211–218.
- McNicholas W.T. Chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea: overlaps in pathophysiology, systemic inflammation, and cardiovascular disease. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2009; 180: 692–700.
- Sin D.D., Man S.F. Why are patients with chronic obstructive pulmonary disease at risk of cardiovascular diseases? The potential role of systemic inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Circulation* 2003; 107: 1514–1519.

16. Soriano J.B., Visick G.T., Muellerova H. i wsp. Pattern of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest* 2005; 128: 2099–2107.
17. Jassem J.M., Bobowicz M., Słomiński J.M., Jassem E. The incidence of chronic obstructive pulmonary disease in advanced non-small cell lung cancer patients. *Adv. Palliat. Med.* 2007; 6: 107–111.
18. Norwood R. Prevalence and impact of depression in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr. Opin. Pulm. Med.* 2006; 12: 113–117.
19. Maurer J., Rebbapragada V., Borson S. i wsp. Anxiety and depression in COPD. *Chest* 2008; 134: 43–56.
20. Almagro P., Calbo E., Ochoa de Echaguen A. i wsp. Mortality after hospitalization for COPD. *Chest* 2002; 121: 1441–1448.
21. Yohannes A.M., Baldwin R.C., Connolly M.J. Predictors of 1-year mortality in patients discharged from hospital following acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Age Ageing* 2005; 34: 491–496.
22. Seneff M.G., Wagner D.P., Wagner R.P. i wsp. Hospital and 1-year survival of patients admitted to intensive care units with AECOPD. *JAMA* 1995; 274: 1852–1857.
23. Celli B.R., Cote C.G., Marin J.M. i wsp. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350: 1005–1012.
24. Claessens M.T., Lynn J., Zhong Z. i wsp. Dying with lung cancer or chronic obstructive pulmonary disease: insights from SUPPORT. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2000, 48 (supl. 5): 146–153.
25. Zvezdin B., Mllutinov S., Kojicic M. i wsp. A postmortem analysis of major causes of early death in patients hospitalized with COPD exacerbation. *Chest* 2009; 136: 376–380.
26. Bustamante-Fermosel A., De Miguel-Yanes J.M., Duffort-Falco M., Munoz J. Mortality-related factors after hospitalization for acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: the burden of clinical features. *Am. J. Emerg. Med.* 2007; 25: 515–522.
27. Jarvis S., Ind P.W., Shiner R.J. Inhaled therapy in elderly COPD patients; time for re-evaluation? *Age Ageing* 2007; 36: 213–218.
28. Effing T., Monnikhof E.M., van der Valk P.D. i wsp. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2007; CD002990.
29. Effing T.W., Kerstjens H.A., van der Valk P.D. i wsp. The (cost)-effectiveness of self-treatment of exacerbations on the severity of exacerbation In COPD patients: the COPE-III study. *Thorax* 2009; 64: 956–962.
30. Garcia-Aymerich J., Hernandez C., Alonso A. i wsp. Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respir. Med.* 2007; 101: 1462–1459.
31. Casas A., Troosters T., Garcia-Aymerich J. i wsp. Integrated care prevents hospitalisations for exacerbations in COPD patients. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 123–130.
32. www.who.int/entity/mediacentre/factsheet/fs172/en/11.2009
33. Krajnik M., Buczkowski K. Definicja i filozofia opieki paliatywnej. W: Buczkowski K., Krajnik M. red. *Opieka paliatywna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
34. Krakowiak P., Modlińska A., Binnebesel J. red. *Podręcznik koordynatora wolontariatu hospicyjnego*. Via Medica, Gdańsk 2008.
35. Krakowiak P., Modlińska A. (red.). *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*. Via Medica, Gdańsk 2008.
36. Rada Europy. Wytyczne (2003) komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej. Memorandum wyjaśniające. (tłumaczenie) J. Łuczak (red.). Poznań 2004.
37. Ferrell B., Coyle N. (red.). *Textbook of palliative nursing*. Wyd 2. Oxford University Press 2006: 35–36.
38. Krakowiak P. Strata, osierocenie, żałoba. *Poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie*. Via Medica, Gdańsk 2007.
39. Damps-Konstańska I., Werachowska L., Krakowiak P. Rola opiekuna medycznego i wolontariusza w opiece nad chorymi na zaawansowaną postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). *Med. Paliat. Prakt.* 2009; 3: 150–156.
40. Stein K.V., Rieder A. Integrated care at the crossroads — defining the way forward. *Int. J. Integrated Care* 2009; 9: 1–7.