

### **Joanna Chorostowska-Wynimko**

Koordynator Europejskiego Audytu POChP w Polsce z ramienia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc i Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie

### **Dorota Górecka**

Prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

### **Paweł Śliwiński**

Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc

### **Kazimierz Roszkowski-Śliż**

Dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, konsultant krajowy w zakresie chorób płuc

## **„EUROPEAN COPD AUDIT” w Polsce — jak leczymy chorych z zaostrzeniem POChP?**

**EUROPEAN COPD AUDIT in Poland — how do we treat the patients with COPD exacerbation?**

**Pneumonol. Alergol. Pol. 2012; 80, 6: 493–497**

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest dla współczesnych społeczeństw poważnym problemem epidemiologicznym, społecznym i ekonomicznym. Fakt ten jest od dawna szeroko komentowany i nagłaśniany przez środowiska pneumonologów w Polsce i w Europie. Zalecenia światowe jak też krajowe dotyczące prawidłowego postępowania diagnostycznego oraz terapeutycznego, w tym farmakologicznego i nefarmakologicznego, u chorych na POChP są łatwo dostępne i regularnie aktualizowane (najnowsze zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc [PTChP] ukazały się w 2012, aktualizacja zaleceń *Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease* [GOLD] w grudniu 2011 r.) [1, 2].

Równocześnie jednak, w odczuciu wielu lekarzy praktyka dnia codziennego rządzi się swoimi prawami i nie do końca pokrywa się z optymalnymi algorytmami postępowania proponowanymi przez rekomendacje ekspertów, wynikającymi przecież z obiektywnej i dobrze udokumentowanej wiedzy. Polska nie jest tu wyjątkiem, podobne wątpliwości dotyczą i są podnoszone w wielu krajach Europy.

W niektórych z nich, na przykład w Wielkiej Brytanii, problem ten dostrzeżono stosunkowo szybko. Już w 1997 roku podjęto próbę określenia jego skali, organizując pierwszy audyt POChP, a następnie kolejne w latach 2001, 2003 i 2008. W trzeciej edycji (2003 r.) wzięło udział już 96% szpitali w Wielkiej Brytanii (historię kolejnych audytów i ich rolę w poprawie opieki nad chorymi na POChP przedstawia w aktualnym numerze „Pneumonologii i Alergologii Polskiej” (PiAP) pomysłodawca i koordynator kolejnych edycji Audytu POChP w Wielkiej Brytanii — prof. Michael Roberts) [3]. Nieco później, w 2008 roku podobny projekt zrealizowali pneumonolodzy hiszpańscy w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia Hiszpanii (ich doświadczenia opisują w tym numerze PiAP dr dr Jose Lopez-Campos oraz Francisco Pozo-Rodríguez) [4]. W obu krajach audyt stał się źródłem informacji, które pozwoliły zidentyfikować najbardziej palące i generujące najwyższe koszty problemy organizacyjne w opiece zdrowotnej (OZ) nad chorymi na POChP. Ich analiza umożliwiła wprowadzenie znaczących zmian w strukturze OZ, popra-

**Adres do korespondencji:** dr hab. n. med. Joanna Chorostowska-Wynimko, prof. nadzw. IGICHP, Samodzielna Pracownia Diagnostyki Molekularnej i Immunologii, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, e-mail: j.chorostowska@igichp.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 1.10.2012 r.  
 Copyright © 2012 Via Medica  
 ISSN 0867–7077

wę dostępności i jakości świadczeń, ale także bardziej racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi. Najlepszym dowodem przydatności audytu dla wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia, a więc dla lekarzy, szpitali i płatnika, jest stale rosnąca liczba jego aktywnych uczestników, głównie szpitali w Wielkiej Brytanii (ostatnio również lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), a także zwiększające się w kolejnych edycjach audytu zaangażowanie finansowe administracji państwowej — *National Health Service* w Wielkiej Brytanii oraz Ministerstwa Zdrowia w Hiszpanii [3, 4]. Warto podkreślić, że analiza danych pozyskanych w ramach audytów ujawniła również istotne potrzeby edukacyjne w środowisku lekarskim, konieczne dla zniwelowania bardzo znaczących w niektórych dziedzinach rozbieżności pomiędzy nawykami i postępowaniem terapeutycznym a aktualnymi standardami leczenia POChP.

Doświadczenia Wielkiej Brytanii i Hiszpanii spowodowały, że w 2010 roku w *European Respiratory Society* (ERS) powstała inicjatywa zrealizowania pilotowego Audytu POChP na skalę europejską [5]. Polska była jednym z pierwszych zaproszonych krajów, ostatecznie udział w tym przedsięwzięciu wzięło 13 państw (ryc. 1). Genezę i znaczenie tego projektu w perspektywie europejskiej opisuje dr Sylvia Hartl, jeden z głównych pomysłodawców i europejskich koordynatorów *European COPD Audit* [6].

Zdecydowano, że celem pierwszego Europejskiego Audytu POChP będzie pozyskanie informacji na temat faktycznej organizacji i jakości opieki medycznej nad szczególną grupą, jaką stanowią chorzy z zaostrzeniem POChP wymagający hospitalizacji. Czteryście dwadzieścia dwa szpitale w Europie dostarczyły wyczerpujących danych na temat swoich zasobów kadrowych i sprzętowych. Prospektywnie, w okresie 8 tygodni na przełomie 2010 i 2011



Rycina 1. Kraje uczestniczące w Europejskim Audycie POChP

Figure 1. Participants of the European COPD Audit

roku zebrano również bardzo szczegółowe informacje o 15 821 chorych hospitalizowanych z powodu potwierdzonego zaostrzenia POChP. Analizowano liczne parametry stanu klinicznego, a także podjęte postępowanie terapeutyczne przed, w trakcie i po hospitalizacji. W ramach audytu badano również dalsze losy chorych, ponowne hospitalizacje lub zgony w okresie 90 dni po zakończeniu leczenia szpitalnego. W bieżącym roku został opublikowany pierwszy wstępny raport Europejskiego Audytu (dostępny na stronie [www.ersnet.org](http://www.ersnet.org)), który obrazuje znaczące, niekiedy zaskakujące różnice pomiędzy poszczególnymi krajami Europy w zakresie dostosowania istniejącej praktyki medycznej do powszechnie uznanych rekomendacji ekspertów.

W Polsce Audyt POChP był współorganizowany przez Polskie Towarzystwo Chorób Płuc oraz Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Dane administracyjne przekazało 40 ośrodków w kraju, w większości były to szpitale o profilu pneumonologicznym lub też posiadające w swojej strukturze specjalistyczne oddziały chorób płuc (tab. 1). Wśród nich 22,5% stanowiły ośrodki uniwersyteckie i instytuty, 45% szpitale wojewódzkie lub specjalistyczne i 32,5% szpitale powiatowe. Warto zauważyć, że o ile przeciętna liczba specjalistów chorób płuc ( $n = 6$ ) pracujących w tych ośrodkach nie odbiegała od średniej w pozostałych krajach europejskich ( $n = 5$ ), to niepokoi fakt, że w części ośrodków brakuje lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób płuc. Podobnie zaskakujący jest fakt, iż część szpitali nie zatrudnia techników spirometrycznych, a więc osób odpowiednio wykwalifikowanych i odpowiedzialnych za prawidłowe technicznie wykonanie badań czynnościowych. Jako alarmujące należy ocenić informacje, że jedynie w 18 (45%) ankietowanych szpitalach działają poradnie dla chorych na POChP (średnia w Audycie ERS wynosi 61,8%). W strukturach 30 (75%) polskich ośrodków istnieje oddział intensywnej opieki medycznej (średnia w Audycie ERS 91,7%), jednak jedynie 19 z nich (63,3% wszystkich OIOM) przyjmuje chorych z zaostrzeniem POChP (średnia w Audycie ERS 78,8%). Wedle deklaracji uczestników badania 35% chorych ma dostęp do rehabilitacji w trakcie hospitalizacji (średnia ERS 60%). Program ambulatoryjnej rehabilitacji oddechowej prowadzi 6 spośród 40 szpitali, przy czym obejmuje on w tych ośrodkach około 20% wypisywanych chorych (średnia w Audycie ERS 30%). Należy natomiast podkreślić, że programy opieki paliatywnej dla chorych ze skrajnie ciężką niewydolnością oddychania działają w 52,5% ośrodków, co odpowiada średniej europejskiej (59,7%).

**Tabela 1. Szpitale uczestniczące w klinicznej części Europejskiego Audytu POChP w Polsce****Table 1. Hospitals participating in the clinical part of the European COPD Audit in Poland**


---

|   |
|---|
| Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu                                 |
| Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie  |
| Dolnośląskie Centrum Gruźlicy we Wrocławiu  |
| Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie   |
| Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II   |
| Kujawsko-Pomorskie Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy  |
| Regionalny Szpital Specjalistyczny im dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu                          |
| Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 3 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach             |
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głucholazach                  |
| Wojewódzkie Centrum Szpitalne Kotliny Jeleniogórskiej   |
| Specjalistyczny Szpital im. prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie                                    |
| Specjalistyczny Zespół Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej   |
| Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Proszowicach   |
| Szpital Czerniakowski Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie                        |
| Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu |
| Szpital Powiatowy w Chranowie   |
| Szpital Specjalistyczny im. Jana Karola Łukowicza w Chojnicach  |
| Szpital Uniwersytecki w Krakowie  |
| Szpital Wojewódzki w Opolu  |
| Szpital Wojewódzki we Włocławku   |
| Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi                                   |
| Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku  |
| Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Rydygiera w Toruniu  |

---

Ocena przyczyn takiego stanu rzeczy nie była celem Audytu i nie jest możliwa na podstawie pozyskanych danych. Z pewnością wiele spośród wskazanych powyżej problemów dotyczy również innych krajów Europy. Pozostaje pytanie na ile kompleksową opiekę (od ambulatorium po intensywne leczenie szpitalne) możemy w Polsce zapewnić chorym na POChP.

W ramach zasadniczej, klinicznej części Europejskiego Audytu POChP w Polsce zebrano dane kliniczne o 734 chorych leczonych w 24 szpitalach z powodu potwierdzonego zaostrzenia POChP w czasie 8 tygodni, od listopada do grudnia 2010 roku, z okresem obserwacji poszpitalnej od stycznia do marca 2011. Listę tych ośrodków przedstawiono w tabeli 1. Należy bardzo mocno podkreślić, że uzyskanie tak znakomitego wyniku było możliwe wyłącznie dzięki wyjątkowemu i bezinteresownemu zaangażowaniu kolegów uczestniczących w procesie zbierania i wprowadzania do elektronicznego kwestionariusza bardzo szczegółowych danych klinicznych. W ten sposób Polska stała się piątym najbardziej aktywnym uczestnikiem projektu, po Hiszpanii (5271 chorych), Wielkiej Brytanii (4986 chorych), Grecji (1133 chorych) i Austrii (823 chorych).

Po raz pierwszy w naszym kraju pozyskano tak bogaty i przekrojowy zbiór różnorodnych informacji z wielu ośrodków w Polsce. Wśród hospitalizowanych chorych dominowali, podobnie jak w pozostałych krajach, mężczyźni (68,9% w porównaniu z 68,1% średnio w Audycie ERS), w starszym wieku (70 lat, średnio w Europie 72 lata), z wywiadem około 40 paczkolet (średnia w badaniu ERS 50 paczkolet). Bardzo pozytywnie na tle pozostałych krajów wyróżniał Polskę niski odsetek aktualnych palaczy wśród hospitalizowanych (27,7%; średnia europejska 33%). Spośród 734 chorych, 24% chorowało na lekką postać (I) POChP (wg klasyfikacji GOLD 2010 [1]), 25% — umiarkowaną (II), 36% — ciężką (III), a 15% bardzo ciężką (IV) (średnio w Audycie ERS: I — 15%, II — 23%, III — 39%, IV — 22%).

Niezwykle alarmujący jest fakt, że przy przyjęciu do szpitala tylko 52,6% chorych było w stanie udzielić jakiegokolwiek informacji (przekaz ustny lub dokumentacja) na temat wyniku wykonanych w przeszłości badań spirometrycznych. Innymi słowy prawie połowa chorych z zaostrzeniem POChP nie miała wiedzy na ten temat, bądź też nigdy spirometrii nie wykonywała. Warto przypo-

mniej, że połowa spośród hospitalizowanych chorowała na ciężką i bardzo ciężką postać POChP.

Jak wspomniano powyżej, celem Audytu było stworzenie możliwie jak najwierniejszego zapisu realiów praktyki klinicznej, a więc również faktycznych decyzji terapeutycznych lekarzy opiekujących się chorymi z zaostrzeniem POChP w Europie. Unikalną wartością danych zebranych w ramach Audytu ERS jest więc możliwość porównania leczenia zastosowanego u chorych z zaostrzeniem POChP przed, w trakcie i po hospitalizacji w różnych krajach. Bardzo interesujące będzie również porównanie zaleceń w ośrodkach o różnym stopniu referencyjności, a nawet w różnych regionach kraju. Szczegółowe analizy zostaną przedstawione w przyszłych publikacjach, jednak już teraz można i należy wskazać na pewne zasadnicze różnice pomiędzy Polską a pozostałymi krajami Europy, które bardzo jasno zostały uwidocznione przez Audyt.

Zbliżyliśmy się do średniej europejskiej pod względem odsetka chorych na POChP leczonych długodziałającymi  $\beta_2$ -agonistami (LABA, *long acting beta2-agonist*). Na etapie leczenia ambulatoryjnego LABA w jakimkolwiek skojarzeniu stosowała ponad połowa chorych — 60,9%, wobec średniej 66,5 % dla całego Audytu. Podobna tendencja była obserwowana w ordynacji poszpitalnej (68,1% wobec 79,3%). Z kolei długodziałający cholinolityk (LAMA, *long acting muscarinic agonist*) stosowało przed hospitalizacją jedynie 28,7% (średnia europejska Audytu to 46,4%) a po hospitalizacji — 45,1% (średnia Audytu ERS 59,8%). Warto przypomnieć, że wprawdzie 50% włączonych stanowili chorzy z  $FEV_1$  (*forced expiratory volume in 1 second*) < 50% wartości należnej, jednak refundacja LAMA została wprowadzona w Polsce już po zakończeniu fazy kwalifikacji chorych do Audytu. Brak refundacji był również najbardziej prawdopodobną przyczyną niskiej popularności preparatów skojarzonych LABA z kortykosteroidem wziewnym (IKS), które przed i po hospitalizacji z powodu zaostrzenia POChP stosowało odpowiednio 15% i 26% chorych w Polsce, natomiast 57% i 70% w Europie. Jednak łącznie steroidy wziewne w jakiegokolwiek postaci przyjmowało około 52% chorych, co odpowiada liczbie chorych ze wskazaniami do tej terapii. Z kolei w nawykach wyniesionych jeszcze z poprzedniej „epoki” można doszukiwać się źródła wyjątkowo dużej popularności teofiliny, którą przed hospitalizacją leczono 46,7% chorych (16,4% w Europie) i aż 57% po pobycie w szpitalu (19,9% w Europie). Podobnie wysokie odsetki odnotowano w innych krajach byłego bloku socjalistycznego uczestniczących w Audycie —

w Rumunii (37,5%/43,2%) oraz w Chorwacji (56,2%/68,3%). Antybiotykoterapię w trakcie leczenia szpitalnego prowadzono u 65% chorych, a systemową kortykoterapię u 74%. Po hospitalizacji trwającej w Polsce średnio 9 dni (8 dni w Europie) leczenie to kontynuowano. Antybiotyki stosowano odpowiednio u 44% (wobec 11,9% w Europie), a kortykosteroidy u 34,2 % (wobec 51,2% w Europie). Zastanowienia wymaga zwłaszcza pierwsza z liczb, która wydaje się potwierdzać obserwowaną w Polsce tendencję do nadmiernie długiego stosowania antybiotyków.

Osobnego omówienia wymagają niefarmakologiczne metody leczenia zaostrzenia POChP u chorych z niewydolnością oddychania. W 29 spośród 40 polskich szpitali (72,5%) zadeklarowano dostępność nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej (89,6% w Europie). Jednak w praktyce jest ona zapewniana mniej niż połowie (48,5%) chorych z pełnymi wskazaniami (wobec 67,5% w Europie). Program domowego leczenia tlenem (DLT) nadzoruje jedynie 67,5% ośrodków, co nie wydaje się zadowalającym wynikiem w porównaniu ze średnim odsetkiem obserwowanym w Audycie — 87,4%. Co więcej, jedynie 16,9% polskich chorych ze wskazaniami do prowadzenia DLT ma możliwość skorzystania z tej formy leczenia w momencie wypisu ze szpitala. Jest to odsetek znacząco niższy niż w pozostałych krajach europejskich, gdzie wynosi on 30,4%.

Na zakończenie warto podkreślić, że bardzo korzystnym miernikiem efektywności szpitalnego leczenia zaostrzeń POChP w Polsce jest relatywnie niższy niż w większości badanych krajów europejskich wskaźnik zgonów (3,5% wobec 4,9%) oraz wskaźnik ponownej hospitalizacji w okresie 90 dni, który wynosi 22,5% (wobec 31,5%). Reprezentatywność powyższych danych wydaje się potwierdzać odsetek ponownych hospitalizacji z powodu zaostrzenia POChP, który był w Polsce bardzo zbliżony do średniej europejskiej (74,8% wobec 75,7% w Europie).

Przedstawione powyżej wyniki stanowią jedynie niewielki fragment zasobu danych, które posłużą do sformułowania raportu ogólnopolskiego oraz indywidualnych raportów dla szpitali uczestniczących w Europejskim Audycie POChP. Doświadczenia brytyjskie dowodzą, że szczegółowa analiza indywidualnych raportów szpitalnych w kontekście wyników ogólnokrajowych, jest narzędziem umożliwiającym celną identyfikację przeszkód natury organizacyjnej ograniczających efektywność świadczeń zdrowotnych w danym szpitalu [3]. Równie łatwa jest analiza zgodności zaleceń lekarskich z aktualnymi zaleceniami eks-

pertów. Jak podkreśla w swoich dokumentach *National Institute for Health and Clinical Excellence*, audyt realizowany według formuły brytyjskiej, którą posłużono się w Europejskim Audycie POChP, a więc systematyczny, powtarzający się przegląd organizacji i jakości opieki nad chorymi dostarcza wiedzy dostatecznej do identyfikacji kluczowych problemów, ale również bodźców do przeprowadzenia zmian i poprawy efektywności leczenia.

Należy mieć nadzieję, że wyniki pierwszego tego typu audytu w Polsce nie przejdą bez echa i posłużą do poprawy struktury i jakości opieki nad chorymi na POChP. Powinny zostać one potwierdzone przez kolejne edycje Audytu POChP w naszym kraju.

### Konflikt interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

### Piśmiennictwo:

1. Zalecenia PTChP rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 220–254.
2. Global Strategy for Diagnosis, Management, and Prevention of COPD, 2011 update. <http://www.goldcopd.org/>
3. Roberts C.M. The UK Experience of COPD National Audit. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 498–500.
4. Lopez-Campos J.L., Pozo-Rodríguez F. Quality of care assessment in COPD. AUDIPOC: the Spanish audit experience. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 505–508.
5. Roberts C.M., Lopez-Campos J.L., Hartl S. i wsp. The European COPD Audit: brothers in arms. *Breathe* 2012; 8: 267–270.
6. Hartl S. The European COPD Audit: a pilot experience of 16 European countries. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2012; 80: 501–504.