



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 53/2015 z dnia 12 marca 2015 r.
o projekcie programu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób
układu krążenia na lata 2015-2017” gminy Kwidzyn

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu „Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia na lata 2015-2017” gminy Kwidzyn.

Uzasadnienie

Powyższy program odnosi się do ważnego problemu zdrowotnego opierającego się na profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia. Jego zakres jest zgodny z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015, którego celem jest m.in. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo - sercowych, w tym udaru mózgu.

Świadczenia pokrywają się w dużej mierze z finansowanymi przez NFZ.

Należy zauważyć, że wytyczne nie są zgodne w kwestii zastosowania badania EKG spoczynkowego jako badania przesiewowego wśród osób bez objawów choroby krążenia.

Oczekiwane efekty programu są prawidłowo określone, jednak brakuje bezpośredniego odniesienia do efektów badań przesiewowych przeprowadzanych w ramach planowanych interwencji. Mierniki efektywności zostały przedstawione w sposób nieprecyzyjny.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej gminy Kwidzyn w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu krążenia, zakładający przeprowadzenie badań przesiewowych oraz edukacji zdrowotnej wśród mieszkańców Gminy. Populację docelową stanowią pacjenci 3 NZOZ w gminie, tj. mężczyźni w wieku 40-56 lat oraz kobiety w wieku 50-65 lat, po 100 osób z każdego ośrodka medycznego. Badania przesiewowe obejmować będą konsultację lekarską, wykonanie badań laboratoryjnych, EKG spoczynkowego, pomiar podstawowych parametrów antropometrycznych. Program jest trzyletni. Planowany koszt całkowity w danym roku realizacji to kolejno: 12,6 tys. zł, 15,6 tys. zł oraz 17,1 tys. zł. Oszacowano również koszty jednostkowe projektu programu.



Ocena projektu programu polityki zdrowotnej gminy Kwidzyn

Należy podkreślić, że zgodnie z zapisami art. 48 ust. 1 Ustawy o świadczeniach, od 1 stycznia 2015 r. program planowany przez jednostkę samorządu terytorialnego powinien być realizowany jako program polityki zdrowotnej, gdyż: „programy zdrowotne może opracowywać, wdrażać, realizować i finansować Fundusz, a programy polityki zdrowotnej mogą opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego”.

Znaczenie problemu zdrowotnego

Przedmiotowy program odnosi się do ważnego i dobrze zdefiniowanego w literaturze problemu zdrowotnego, opierającego się na profilaktyce i wczesnym wykrywaniu chorób układu krążenia. Zakres programu jest zgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych oraz Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015 – cel strategiczny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udaru mózgu.

Wnioskodawca w sposób zdawkowy odnosi się do sytuacji epidemiologicznej chorób układu krążenia. Informacje te zostały uzupełnione w rozdz. 2.1.3. Niemniej jednak ChUK pozostają (niezmiennie od ponad 50 lat) najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców Polski. W 2011 roku blisko 45,5% zgonów spowodowanych było chorobami układu krążenia. Schorzenia te należą do wiodących przyczyn przedwczesnych zgonów (szczególnie u płci męskiej) oraz chorobowości szpitalnej i trwałej/okresowej niezdolności do pracy. Należy zauważyć, że ChUK dominują jako przyczyna zgonów ogółu Polaków przede wszystkim powyżej 64 roku życia (u mężczyzn już powyżej 44 a u kobiet 69 lat). Zgodnie z Atlasem umieralności ludności Polski przygotowanym przez PZH, liczba zgonów w powiecie kwidzyńskim z powodu chorób układu krążenia w okresie 2009-2011 wynosiła 828. Współczynnik umieralności na 100 tys. osób był bliski 332,6.

Populacja mężczyzn w grupie wiekowej 40-59 lat, zgodnie z danymi GUS, stanowiła 4994 osoby, natomiast populacja kobiet w wieku 50-69 lat to 5395 osób w gminie Kwidzyn, w 2013 roku.

Cele programu

Głównym założeniem projektu programu jest zmniejszenie zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe poprzez wykonywanie badań i wyrabianie postaw prozdrowotnych wśród mieszkańców oraz podniesienie świadomości w zakresie możliwości uniknięcia zagrożeń związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Dodatkowo określono 4 cele szczegółowe, które są uzupełnieniem w/w założenia i odnoszą się przede wszystkim do podniesienia poziomu wiedzy społeczeństwa nt. chorób układu krążenia i zdrowego trybu życia.

Oczekiwane efekty programu są prawidłowo określone, jednak brakuje bezpośredniego odniesienia do efektów badań przesiewowych przeprowadzanych w ramach planowanych interwencji, np. do wzrostu wykrywalności i skuteczności leczenia lub przeciwdziałania ChUK.

Mierniki efektywności zostały przedstawione w sposób nieprecyzyjny. Mianowicie „zmiana postaw prozdrowotnych mieszkańców” oraz „dokonanie oceny skuteczności programu w okresie 2-3 lat po ukończeniu programu zdrowotnego tj. wykonywanie badań kontrolnych” są działaniami w ramach programu, a nie miernikami jego efektywności.

Populacja docelowa

Populację docelową projektu programu stanowią dorośli pacjenci 3 NZOZ-ów na terenie gminy Kwidzyn, którzy nigdy nie byli leczeni w kierunku ChUK. Wnioskodawca określa, że będą to mężczyźni w grupie wiekowej 40-56 lat i kobiety w wieku 50-65 lat. Podkreśla, że projekt programu stanowi uzupełnienie działań proponowanych przez NFZ. Jednak założenia danego projektu nie zakładają wyłączenia roczników objętych działaniami funkcjonującego ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia – tj. osób w wieku 35, 40, 45, 50, 55 lat. Należy ustosunkować się do tej kwestii. W ramach projektu przewidziano uczestnictwo 300 osób rocznie (po 100 dorosłych w każdym z ośrodków). Ponadto Wnioskodawca nie uzasadnia wyboru danej grupy wiekowej oraz liczebności potencjalnych uczestników programu. Wytyczne nie wykazują zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka ChUK. Niektóre z nich (np. A A) zalecają by w/w ocenę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia. Inne (np. SIGN, N MRC) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40/45 lat (w przypadku osób bez stwierdzonej ChSN czy bez czynników ryzyka ChSN) lub niezależnie od wieku (w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym lub rodzinnej dyslipidemii).

Uczestnictwo w programie ma charakter spontaniczny. Przewiduje się realizację programu do wyczerpania miejsc, na zasadzie kolejności zgłoszeń. Wśród potencjalnych uczestników projektu zaplanowano wywiad pielęgniarski oraz ankietę. Jednak nie wiadomo dokładnie czego w/w kwestie będą dotyczyć, nie przedstawiono również ich wzorów (celem weryfikacji formy i treści). Prawdopodobnie ankietę, jak i wywiad medyczny przeprowadzany przez pielęgniarkę będą głównymi kryteriami kwalifikacji beneficjenta do udziału w programie. Istotnym jest, aby wspomniane wyżej formularze odnosiły się do zagadnień takich jak np. występowanie czynników ryzyka ChUK wśród pacjentów. Wytyczne zgodnie rekomendują, żeby w przypadku bezobjawowych osób ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, HDL-C, ciśnienie krwi czy status palenia. Jako narzędzie oceny globalnego ryzyka chorób układu krążenia, najczęściej wskazuje się skalę Framingham.

Zaplanowano akcję informacyjno-edukacyjną przy pomocy materiałów ulotek oraz spotkań edukacyjnych z lekarzem. Ogłoszenia nt. wykonywanych badań w ramach programu oraz terminach ich realizacji będą zamieszczane w miejscach publicznych na terenie gminy Kwidzyn. Wzory materiałów akcydensowych nie zostały przedstawione w projekcie, w związku z czym niemożliwa jest weryfikacja ich formy i treści. Warto dodać, że dobrze zorganizowana akcja informacyjno-promocyjna może być jednym z wyznaczników równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Interwencja

Opiniowany projekt programu ma charakter edukacyjno-zdrowotny. Realizator programu zostanie wybrany w drodze zapytania ofertowego, natomiast Wnioskodawca określa miejsce realizacji projektu na 3 Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej tj. w Tychnowach, Rakowcu i Pastwie (zlokalizowanych na terenie gminy). Rekomendowane jest, aby przeprowadzać programy badań przesiewowych w jednostkach służby zdrowia, gdyż programy przeprowadzane poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na

brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem nieprawidłowym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach skriningu.

W ramach planowanych interwencji przewidziano realizację: spotkań edukacyjnych dla mieszkańców Gminy dot. chorób układu krążenia, zdrowego stylu życia i odżywiania, konsultacji z pielęgniarką/lekarzem, badań laboratoryjnych (lipidogram i poziom glukozy we krwi), pomiarów antropometrycznych (masy ciała, wzrostu, ciśnienia tętniczego we krwi, BMI) oraz badania EKG spoczynkowego. Wyżej wymienione interwencje pozostają spójne z ogólnopolskim Programem Profilaktyki Chorób Układu Krążenia. Należy podkreślić, że wytyczne nie są zgodne w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku, jako badania przesiewowego w kierunku ChUK wśród bezobjawowych osób. Niektóre wytyczne (np. A A 2010) sugerują, że przeprowadzenie badania EKG spoczynkowego jest uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego wśród dorosłych bezobjawowych z nadciśnieniem lub cukrzycą, ale jednocześnie może być rozważone w przypadku bezobjawowych dorosłych bez w/w czynników ryzyka.

Zgodnie z treścią Zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna badania: EKG, morfologii krwi, badania cholesterolu oraz trójglicerydów, glukozy są świadczeniami refundowanymi przez płatnika publicznego, stąd też istnieje ryzyko dublowania świadczeń.

W ramach projektu programu, edukacja zdrowotna będzie przeprowadzana przez lekarzy, jednak nie określono dokładnie ich specjalizacji i kompetencji w danym zakresie. Spotkania mają dotyczyć przede wszystkim: prowadzenia zdrowego trybu życia, odpowiedniego sposobu odżywiania oraz ogólnie profilaktyki chorób układu krążenia. Nie jest precyzyjnie określone, czy działaniami edukacyjnymi zostanie objęta tylko populacja docelowa (tj. 300 osób rocznie) czy też wszyscy mieszkańcy Gminy Kwidzyn. Należy uściślić daną informację. Wnioskodawca w zestawieniu kosztów projektu sugeruje, że spotkania edukacyjne będą realizowane w 3 objętych działaniami organizacyjnymi NZOZ-ach.

Kompetencje oraz warunki niezbędne do realizacji projektu programu nie zostały przedstawione.

Wnioskodawca zaznacza, że w wyniku przeprowadzonych badań przesiewowych i edukacji zdrowotnej, osoby z nieprawidłowymi wynikami będą kierowane do dalszej diagnostyki bądź leczenia. Działanie to jest szczególnym elementem programów polityki zdrowotnej, gdyż zakłada kontynuację procesu diagnostyczno-terapeutycznego i nie pozostawia pacjentów „samych sobie”, ale nakreśla drogę dalszego leczenia.

Monitorowanie i ewaluacja

W opiniowanym projekcie przewidziano monitorowanie i ewaluację. Jednak proces ten ma dotyczyć głównie ogólnej obserwacji działań oraz oceny jakości udzielanych świadczeń. W miernikach efektywności Wnioskodawca sugeruje również przeprowadzenie analizy skuteczności projektu programu w okresie 2-3 lat po jego zakończeniu poprzez wykonanie badań kontrolnych. Nie odnosi się jednak do szczegółów tego działania. Wzór ankiety w ramach oceny jakości działań programu, nie został dołączony do projektu.

Biorąc pod uwagę, że edukacja zdrowotna jest w danym projekcie programu bardzo istotnym zagadnieniem, warto odnieść się do sposobu jej oceny i pomiaru efektywności. Alfabetyzm zdrowotny, jako pojęcie wciąż mało znane, jest niezbędnym czynnikiem

w stosowaniu działań prewencyjnych w chorobach sercowo-naczyniowych. Dlatego też ewaluacja działań edukacyjnych byłaby cennym źródłem wiedzy dla organizatorów tego typu projektów programu.

Dostępne wytyczne rekomendują badania przesiewowe, jako proces długofalowy. Okres realizacji projektu programu to 2015-2017 r., ponadto Wnioskodawca zakłada możliwość jego dalszej kontynuacji.

W projekcie nie odniesiono się do kwestii bezpieczeństwa planowanych interwencji, jak również do ich skuteczności klinicznej i efektywności kosztowej.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera zestawienie jego kosztów jednostkowych i całkowitych. Z oszacowań Wnioskodawcy wynika, że na realizację założenia głównego programu przeznaczono 45 300 zł. W pierwszym roku wdrażania projektu programu oszacowano koszt ogólny na 12,6 tys. zł. Natomiast koszt świadczonych usług dla jednej przychodni określono na 4,6 tys. zł. Biorąc pod uwagę powyższe informacje roczny koszt realizacji programu (w 2015 r.) będzie wyższy niż przedstawia Wnioskodawca - o 1,2 tys. zł (zestawienie kosztów jednostkowych przedstawiono w rozdz. 4.4).

Zaznacza się, że rzeczywisty koszt przeprowadzenia badań profilaktycznych w populacji docelowej zostanie określony przez wybranego w wyniku zapytania ofertowego - Realizatora programu.

Program będzie finansowany w całości z budżetu Gminy Kwidzyn.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Choroby układu sercowo-naczyniowego obejmują chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Choroby te stanowią jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa. Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadząc do inwalidztwa.

Realizacja przez JST badań przesiewowych w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego, a także promocja zdrowego stylu życia oraz edukacja zdrowotna pacjentów wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia, jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia.

Alternatywne świadczenia

Narodowy Fundusz Zdrowia gwarantuje badania profilaktyczne w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego dla osób będących w 35, 40, 45, 50, 55 roku życia.

Ocena technologii medycznej

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Poznano wiele czynników odpowiedzialnych za rozwój miażdżycy.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie DL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość.

Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia. Są to: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres.

Realizacja przez JST badań przesiewowych w kierunku chorób sercowo-naczyniowych (oraz cukrzycy), jak również promocja zdrowego stylu życia i edukacja pacjentów, wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowotnego na lata 2007-2015 dotyczące ograniczenia czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia (tj. m.in. poprawa sposobu żywienia ludności, zmniejszenie występowania otyłości, zwiększenie aktywności fizycznej ludności), jak również w cel operacyjny dotyczący usprawnienia wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi m.in. chorobami układu krążenia, czy powikłaniami cukrzycy.

Działania skierowane na wczesne wykrycie oraz leczenie chorób układu krążenia oraz jej czynników ryzyka oraz zapobieganie jej wystąpieniu wpisują się w priorytet zdrowotny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących interwencje w kierunku wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych:

Dobrej jakości dowody wskazują na to, że aktywność fizyczna oraz dieta mogą zmniejszyć ryzyko chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy.

Podstawowe działania profilaktyczne podkreślane zgodnie we wszystkich wytycznych obejmują modyfikację stylu życia; podejmowanie aktywności fizycznej 4–5 razy w tygodniu przez 30 min; utrzymanie ciśnienia tętniczego krwi na poziomie 120/80 mmHg; ograniczenie spożycia soli; zaprzestanie palenia tytoniu; zapobieganie i leczenie dyslipidemii, utrzymanie cholesterolu LDL na poziomie poniżej 100 mg/dl oraz DL powyżej 35 mg/dl; zapobieganie i leczenie hiperhomocysteinemii (wartość prawidłowa 9–10 $\mu\text{mol/l}$). Niektóre z wytycznych zalecają niewielkie ilości alkoholu (ok. 20 g) w postaci czerwonego wina zawierającego polifenole hamujące aterosgenezę;

Odnalezione wytyczne raczej zgodnie rekomendują by w przypadku bezobjawowych osób ryzyko wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej oceniać w pierwszej kolejności w oparciu o wskaźniki globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego wykorzystujące tradycyjne czynniki ryzyka: płeć, wiek, wskaźnik BMI, stężenie cholesterolu, DL-C, ciśnienie krwi, status palenia. Wytyczne różnią się w kwestii zalecanych narzędzi oceny globalnego ryzyka ChSN. Najczęściej wskazywany jest wskaźnik ryzyka Framingham, gdyż jest najbardziej przebadany.

Nie ma zgodności w kwestii wieku, w którym powinno rozpocząć się ocenę globalnego ryzyka sercowo-naczyniowego, ni które wytyczne (np. A A) zalecają by ocenę tę prowadzić co najmniej raz na pięć lat począwszy od 18 roku życia inne (SIGN, N MRC) proponują rozpoczęcie oceny w wieku 40 lub 45 lat w przypadku osób bez stwierdzonej ChSN czy bez czynników ryzyka ChSN lub niezależnie od wieku w przypadku występowania w najbliższej rodzinie przedwczesnego zgonu z powodu ChSN na tle miażdżycowym lub rodzinnej dyslipidemii.

Według wytycznych następujące osoby uznawane są za osoby z wysokim ryzykiem (10-letnie ryzyko ChSN $\geq 20\%$ na podstawie samej historii medycznej) i nie wymagają globalnej oceny ryzyka ChSN : osoby z chorobą sercowo-naczyniową w wywiadzie, osoby z rodzinną hipercholesterolemią oraz osoby z cukrzycą w wieku ≥ 40 lat.

Ocena ryzyka w przypadku osób z podwyższonym ryzykiem występowania chorób sercowo-naczyniowych – osoby z cukrzycą, palące, czy te z otyłością, powinna być prowadzona częściej.

W przypadku osób z niskim ryzykiem ChSN ($<10\%$ 10-letnim ryzykiem wystąpienia choroby wieńcowej) dalsze badania w kierunku choroby wieńcowej nie są zalecane rutynowo.

Niektóre wytyczne zaznaczają, że dostępne dowody są niewystarczające aby wydać rekomendację za lub przeciw rutynowemu badaniu przesiewowemu w kierunku choroby wieńcowej w przypadku bezobjawowych osób z umiarkowanym (10-25% 10-letnim ryzykiem ChW) lub wysokim ($>20\%$ ryzykiem ChW) ryzykiem choroby wieńcowej.

Wśród odnalezionych wytycznych nie ma zgodność w kwestii zastosowania badania EKG w spoczynku jako badania przesiewowego w kierunku choroby wieńcowej wśród bezobjawowych osób. Według niektórych wytycznych (np. AHA 2010) przeprowadzenie badania EKG w spoczynku jest uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą, może być rozważone również w przypadku bezobjawowych dorosłych bez nadciśnienia czy cukrzycy.

Wg niektórych wytycznych oznaczenie stężenia fibrynogenu nie jest zalecane jako badanie przesiewowe w kierunku chorób sercowo-naczyniowych.

Ocena globalnego ryzyka ChSN zalecana jest w przypadku chorych na cukrzycę. Ocena ryzyka ChSN wśród osób z cukrzycą powinna uwzględniać wywiad medyczny, badanie przedmiotowe, pomiar ciśnienia krwi, oznaczenie stężenia lipidów w osoczu krwi żyłnej na czczo, badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii lub proteinurii oraz spoczynkowe EKG.

Badanie moczu w kierunku mikroalbuminurii może być uzasadnione przy ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego w przypadku bezobjawowych dorosłych z nadciśnieniem lub cukrzycą. (klasa rekomendacji IIa, poziom dowodu: B) oraz w bezobjawowych dorosłych z umiarkowanym ryzykiem ChSN bez nadciśnienia czy cukrzycy (klasa rekomendacji IIb, poziom dowodu: B)

Podjęmowane przez jednostki samorządów terytorialnych programy wczesnego wykrywania i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych znajdują duże poparcie ekspertów, jeśli są zgodne z zaleceniami klinicznymi.

W opinii ekspertów tego typu programy stanowią pozytywny przykład wspólnych działań na rzecz umacniania zdrowia lokalnej społeczności. Zdaniem ekspertów klinicznych czynne poszukiwanie grup ryzyka chorób cywilizacyjnych jak cukrzyca typu 2 jest bardzo istotne z uwagi na fakt, że początkowe etapy takich chorób przebiegają bezobjawowo. Konieczne jest więc w procesie skryningu i profilaktyki zaangażowanie m.in. samorządów lokalnych.

Badania przesiewowe muszą być procesem długofalowym, a nie jedynie jednorazowym przedsięwzięciem.

Skuteczność badań przesiewowych zależy także od warunków, w jakich się je wykonuje. Rekomendowane jest, by badania przesiewowe realizowane były w ośrodkach opieki zdrowotnej. Programy zakładające przeprowadzanie skryningu poza ośrodkami opieki zdrowotnej mogą być mniej skuteczne z uwagi na brak dalszego nadzoru i leczenia pacjentów z wynikiem dodatnim oraz zapewnienia powtórnych badań u osób z wynikiem ujemnym. Lekarz prowadzący może nigdy nie uzyskać informacji o nieprawidłowych wynikach testów.

Planując przesiewowe badania populacji należy dołożyć starań, aby w pierwszej kolejności objąć programem grupę największego ryzyka. Źle zaplanowany program może objąć również grupę niskiego ryzyka (the worried well — zdrowi nadmiernie troszczący się o swe zdrowie), a nawet osoby już zdiagnozowane.

Integralny element działań programów powinna stanowić formalna ocena skryningu. Wyniki ocen będą przydatne przy ogólnej ocenie wartości wczesnego wykrywania i powinny być wykorzystane do modyfikacji bądź ograniczenia ocenianych działań.

Z odnalezionych dowodów można wyciągnąć następujące zalecenia dla planujących edukację związaną z zagrożeniem chorób sercowo-naczyniowych:

Przy braku możliwości właściwego zaplanowania programu, zasadne byłoby rozważenie zastąpienia go działaniami wspomagającymi realizację przez lekarzy POZ skryningu okazjonalnego w grupie wysokiego ryzyka rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, przy jednoczesnym nasileniu działań zachęcających i umożliwiających modyfikację stylu życia.

Zwykłe rozpowszechnianie informacji o ryzyku wystąpienia cukrzycy oraz dostępnych strategiach redukcji ryzyka jest niewystarczające do odwrócenia wysokiej zachorowalności na choroby sercowo-naczyniowe. Dla skutecznej prewencji istotne jest stworzenie warunków środowiskowych, które sprzyjałyby osiągnięciu i utrzymaniu zdrowego stylu życia.

Rosnący problem nadwagi i otyłości sugeruje, że działania związane z promocją zdrowego stylu życia nie są skutecznie realizowane. Strategia populacyjna profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych oraz cukrzycy typu 2 powinna skupiać się na diecie oraz zwiększonej aktywności fizycznej w celu redukcji czynników ryzyka we wszystkich grupach wiekowych.

Potrzebne jest podejście łączące działania medyczne (skryning, wykrywanie i leczenie) oraz działania z zakresu zdrowia publicznego (zmiana zachowań oraz ryzyka w populacji dzięki takim środkom jak promocja zdrowej diety i aktywności fizycznej).

Należy zwrócić uwagę samorządów na potrzebę działań skierowanych na zwiększenie aktywności fizycznej oraz zachęcenie do zdrowego odżywiania, co może skutkować nie tylko zmniejszeniem problemu cukrzycy, ale też wpływać na inne problemy zależne od stylu życia, takie jak otyłość i jej powikłania, a w późniejszym życiu problemy kardiologiczne, zaburzenia lipidowe i inne.

Mając na uwadze narastające problemy zdrowotne wśród coraz młodszej populacji, zasadne wydaje się rozważenie przez samorzady i władze szkolne oraz inne organizacje zajmujące się dziećmi i młodzieżą skierowania działań kształtujących zdrowy styl życia również do młodego pokolenia.

Należy pamiętać, że niezależnie czy będzie realizowany program badań przesiewowych, czy skryning okazjonalny, skuteczność zaleconych działań profilaktycznych będzie zależała

ostatecznie od zaangażowania pacjenta w stosowanie się do zaleceń oraz zaangażowania lekarza POZ w monitorowanie postępów w realizacji wszelkich przekazanych zaleceń oraz mobilizowanie pacjentów do stosowania się do nich.

Zalecenia ogólne dla programów na podstawie opinii ekspertów klinicznych:

Programy przesiewowe w kierunku chorób układu krążenia oraz cukrzycy skierowane powinny być do populacji ogólnej w średnim wieku, w której najczęściej mają swój początek choroby cywilizacyjne; np. objęcie interwencją mężczyzn w przedziale wiekowym 40-55 lat, a kobiet 50-65 lat.

Proponowane w programy powinny być prowadzone w oparciu o powszechnie przyjęte zalecenia.

Konieczne wydaje się wdrożenia badań kontrolnych.

W celu uzyskania maksymalną efektywność powinno się zwiększyć nacisk na interwencje: spotkania edukacyjne dotyczące zmiany stylu życia, w tym wysiłku fizycznego, diety oraz nałogu palenia oraz uwzględnienie badań kontrolnych osób poddanych minimalnej interwencji antynikotynowej.

Eksperci zwracają uwagę na istotność objęcia działaniami edukacyjnymi również młodzieży szkolnej z rodzinami, jak również całych rodzin osób ze środowiskowymi czynnikami ryzyka.

Przy programach, których grupa docelowa obejmuje pacjentów bez rozpoznanej jak i z rozpoznaną chorobą niedokrwienną serca, jeden z ekspertów, podkreślił, że projekt powinien dotyczyć profilaktyki pierwotnej ponieważ w przypadku wdrożenia interwencji profilaktycznych u osób z grupy wysokiego ryzyka korzyści mogą być znaczne, mniejsze korzyści odniosą pacjenci już z rozpoznaną chorobą serca i naczyń.

Nie ma zasadności oznaczenie fibrynogenu czy wykonania badania EKG w populacji osób bez objawowych w ramach oceny ryzyka chorób sercowo naczyniowych.

Wartościowe są programy skierowane do młodzieży, mające na celu kształtowanie postaw i propagowanie zdrowego stylu życia – może to zaowocować przeniesieniem zdrowych nawyków do rodzin dzieci objętych programami, oraz zmniejszeniem nasilenia środowiskowych czynników ryzyka w przyszłości.

W odniesieniu do realizatorów programów niektórzy z ekspertów sugerują zaplanowania szkoleń personelu medycznego mających prowadzić akcje profilaktyczne i edukacyjne w zakresie obowiązujących standardów badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia. Przeprowadzone programy interwencyjne przez przeszkolone grupy złożone np. z lekarza, dietetyka, fizjoterapeuty mogą odnieść lepszy skutek. Jednak koszty takich interwencji są znacznie wyższe.

Programu profilaktyczne wymagają też dobrze skonstruowanego systemu monitorowania, który określi efektywność działań jak również wskaże istotne błędy wymagające korekty w kolejnych edycjach programów profilaktycznych.

Uwzględnienie w programach monitorowania nasilenia wykrytych czynników ryzyka w badaniach przesiewowych (wartości ciśnienia, poziomu cholesterolu, glikemii) w kolejnych latach w tej samej grupie pozwoliłoby na ocenę skuteczności działań edukacyjnych w dłuższej perspektywie czasu, np. po okresie 2-3 lat.

W opinii ekspertów, w ramach oceny efektów programu powinno się oceniać stopień wykrywalności nadciśnienia tętniczego, oraz stopień kontroli wykrytych w ramach badań

przesiewowych patologii (poziom ciśnienia tętniczego w populacji chorych z nadciśnieniem, średni odsetek bA1c w populacji osób z cukrzycą, zmniejszenie występowania powikłań nadciśnienia tętniczego jak udar mózgu, czy cukrzycy – leczenia nerkozastępczego, amputacji).

Celem programu powinna być właściwa kontrola czynników ryzyka oraz ewentualnego wdrożenia leczenia u pacjentów z nierozpoznaną dotychczas chorobą.

Cele jak np. zmniejszenie zachorowalności, liczby powikłań, czy umieralności z powodu chorób sercowo-naczyniowych, zmniejszenie kosztów leczenia ChSN i ich powikłań, są możliwe do zrealizowania jedynie przy wdrożeniu długoterminowych programów obserwacyjnych. Obserwacja długoterminowa z oceną wymienionych wskaźników byłaby odpowiednim sposobem monitorowania skutków program, np. ocena spadku śmiertelności i zachorowalności na choroby układu krążenia oraz cukrzycę po 5 latach

Konieczne wydaje się uzupełnienie programów profilaktycznych i przesiewowych możliwością szybkiej dalszej diagnostyki i leczenia osób, u których rozpoznano patologię.

Zapewnienie maksymalnej liczby kanałów informujących o prowadzeniu akcji profilaktycznych (prasa lokalna, radio, telewizja regionalna, plakaty, ulotki, strony internetowe, informacje w zakładach pracy, szkołach), imienne zaproszenia dla osób z grup docelowych.

W przypadku badań przesiewowych konieczna jest koordynacja z innymi świadczeniami w tym zakresie finansowanymi i ze środków publicznych.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 31s ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: AOTMiT-OT-441-33/2015, „Profilaktyka i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia na lata 2015-2017” realizowany przez: Gminę Kwidzyn, Warszawa, luty 2015 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny”, Warszawa, luty 2013.