

**UCHWAŁA NR LIII/368/2021
RADY GMINY EŁK**

z dnia 30 grudnia 2021 r.

**w sprawie przyjęcia
Programu polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki chorób układu
sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2021 r., poz. 1372 ze zm.), art. 48 ust. 1, 3 i 5 oraz art. 48 a ust. 5 pkt 1 lit. b ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.), Rada Gminy Ełk uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji Program polityki zdrowotnej Gminy Ełk na lata 2022-2026 w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii, będący załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Ełk.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Gminy
Ełk

Bogdan Jurczyk



**Program polityki zdrowotnej
Gminy Ełk
na lata 2022–2026**

**w zakresie
profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego,
nadciśnienia tętniczego
i hipercholesterolemii**

Projekt programu polityki zdrowotnej został opracowany na podstawie
art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.)

Ełk, 2021

Spis treści

Spis treści.....	2
Spis tabel:	5
Spis rycin:.....	5
Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji	6
Modelowe rozwiązanie	6
1. Opis problemu zdrowotnego	7
a. Choroba lub problem zdrowotny	7
Choroby układu sercowo-naczyniowego	7
Nadciśnienie tętnicze	7
Hipercholesterolemia	8
b. Epidemiologia	9
Choroby układu sercowo-naczyniowego	9
Choroba niedokrwienności serca	9
Miażdżyca tętnic.....	10
Niewydolność serca.....	10
Kardiomiopatie	10
Zawał serca	10
Nadciśnienie tętnicze	11
Hipercholesterolemia	12
Epidemiologia województwo warmińsko-mazurskie.....	12
c. Obecne postępowanie	14
Krajowe Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej (KCHR)	14
Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).....	17

Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020	17
Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)	19
2. Cele programu i mierniki efektywności.....	20
a. Cel główny	20
b. Cele szczegółowe.....	20
c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu	20
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	21
a. Populacja docelowa.....	21
b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu	22
c. Planowane interwencje	23
1. Rekrutacja uczestników.....	23
2. Kwalifikacja do działań w ramach programu	23
3. Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia.....	24
Edukacja zdrowotna	25
Aktywność fizyczna.....	26
Dieta	26
Zaprzestanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności palenia tytoniu	26
Informacja dla lekarza POZ od realizatora interwencji	27
Wykłady edukacyjne.....	28
Konsultacje dietetyczne	29
d. Sposób udzielania świadczeń	30
e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	31
4. Organizacja programu	33

a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów	33
Ad 4. Wybór realizatora	34
Ad 5. Akcja informacyjna.....	34
Ad 7 Monitoring działań	34
Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu	34
b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	35
5. Monitorowanie i ewaluacja.....	37
a. Monitorowanie.....	37
b. Ewaluacja.....	39
6. Koszty	41
a. Koszty jednostkowe.....	41
b. Planowane koszty całkowite	42
c. Źródła finansowania, partnerstwo	44
7. Bibliografia.....	45
8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora	50
a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu	50
b. Zgoda na udział w programie	52
c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne.....	54

Spis tabel:

Tabela 1. Docelowa populacja całościowa programu.....	21
Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu.....	42
Tabela 3. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.	43
Tabela 4. Planowany roczny budżet programu w zł.....	43

Spis rycin:

Rycina 1. Zgony z powodu chorób kardiologicznych w województwie warmińsko-mazurskim	13
Rycina 2. Wskaźniki rzeczywiste umieralności dla powiatów województwa warmińsko mazurskiego.	14

Podstawa przygotowania programu na podstawie rekomendacji

Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.) po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 337/2020 z dnia 14 grudnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii oraz Raportu nr OT.423.8.2019/OT.423.9.2018 pn. „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”, data ukończenia raportu: grudzień 2020.

Modelowe rozwiązanie

Modelowe rozwiązanie zawiera elementy zgodne z art. 48a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2020 poz. 1398 z późn. zm.) oraz zostało przygotowane w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 48a ust. 16, tj. o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 2476).

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Choroba lub problem zdrowotny

Choroby układu sercowo-naczyniowego

Zadaniem układu sercowo-naczyniowego, jest dostarczanie krwi do tkanek w ilości odpowiedniej do ich zapotrzebowania metabolicznego. Układ funkcjonuje poprawnie, gdy pompa sercowa ma odpowiednio dużą pojemność minutową, a w tętnicach panuje odpowiednio wysokie ciśnienie wymuszające przepływ krwi od serca do tkanek (Szczeklik 2017).

Czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego podlegającymi modyfikacji są: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zwiększone stężenie cholesterolu LDL w osoczu, małe stężenie cholesterolu HDL w osoczu, zwiększone stężenie triglicerydów w osoczu, stan przedcukrzycowy, nadwaga lub otyłość. Czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego niepodlegającymi modyfikacji są natomiast: wiek, płeć i wczesne występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy (Szczeklik 2017).

W celu oszacowania 10-letniego ryzyka incydentu sercowo-naczyniowego zakończonego zgonem u osób bez objawów chorobowych stosuje się kartę ryzyka SCORE. Narzędzie to jest przystosowane do populacji polskiej i uwzględnia m.in. takie parametry jak płeć, wiek, ciśnienie tętnicze skurczowe, stężenie cholesterolu całkowitego i palenie tytoniu (Szczeklik 2017).

Profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych obejmuje strategię populacyjną oraz strategię dużego ryzyka, w tym profilaktykę wtórną. Strategia populacyjna polega na redukcji wpływu czynników ryzyka wynikających ze stylu życia poprzez: edukację całego społeczeństwa, tworzenie warunków sprzyjających aktywności fizycznej, niepalenie tytoniu i zdrowe odżywianie się. Strategia dużego ryzyka natomiast dotyczy populacji osób obciążonych większym ryzykiem ChSN niż „średnie” – zgodnie z kartą ryzyka SCORE (Szczeklik 2017).

Nadciśnienie tętnicze

Nadciśnienie tętnicze (NT) to choroba przewlekła, charakteryzująca się podwyższonym ciśnieniem krwi, czyli ciśnieniem tętniczym o wartości $\geq 140/90$ mm Hg. Nadciśnienie tętnicze należy do głównych czynników ryzyka chorób układu krążenia (ChUK lub CVD, ang. cardiovascular disease), które według WHO stanowią najczęstszą przyczynę zgonów na całym świecie (PTNT 2019).

Nadciśnienie tętnicze można podzielić na dwie grupy: nadciśnienie pierwotne i wtórne. Ponad 90% przypadków NT stanowi nadciśnienie pierwotne, które spowodowane jest czynnikami środowiskowymi i genetycznymi (o niejasnej przyczynie). Do pozostałych przypadków NT należy nadciśnienie wtórne, w którym przyczyną występowania są choroby współistniejące takie jak: choroby nerek, choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego, koarktacja aorty, stan przedrzucawkowy lub rzucawkowy, ostry stres, zespół obturacyjnego bezdechu sennego, zwiększona objętość płynu wewnątrznaczyniowego, choroby układu nerwowego, leki i substancje toksyczne (Szczeklik 2018).

Pierwotne NT w większości przypadków przebiega bezobjawowo przez pierwszych kilka lat. Objawy, które najczęściej zgłaszane są przez pacjentów to: bóle głowy, zaburzenia snu, szybkie i łatwe męczenie się, krwawienie z nosa, szumy w uszach, zaburzenia widzenia. W ciężkich przypadkach NT mogą występować nudności, wymioty, niepokój, ból w klatce piersiowej, drżenie mięśni i dezorientacja (WHO 2019).

W diagnostyce nadciśnienia tętniczego stosuje się pośredni pomiar ciśnienia tętniczego krwi. Rozpoznanie NT dokonuje się na podstawie pomiarów dokonanych podczas co najmniej dwóch osobnych wizyt (PTNT 2019).

Leczenie NT opiera się na modyfikacji stylu życia w połączeniu z farmakoterapią hipotensyjną. Wybór terapii zależy od wieku pacjenta, wysokości ciśnienia tętniczego, rodzaju powikłań narządowych i chorób współistniejących (Szczeklik 2018). Terapia przeciwnadciśnieniowa polega na obniżeniu ciśnienia tętniczego do wartości docelowych, mieszczących się w prawidłowym przedziale SCT i RCT (ESC/ESH 2018).

Nadciśnienie tętnicze może prowadzić do rozwoju choroby sercowo-naczyniowej (ChSN), w szczególności u pacjentów nieleczonych. Rozwój ChSN np. przerost lewej komory serca, niewydolność serca, miażdżyca naczyń, rozwarstwienie naczyń wiąże się z wysokim ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych. Każde, nawet niewielkie obniżenie ciśnienia tętniczego jest korzystne i pożądane w leczeniu NT, ponieważ zmniejsza to ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych, powikłań nerkowych i zgonu (Szczeklik 2018).

Hipercholesterolemia

Hipercholesterolemia jest to podwyższone stężenie cholesterolu całkowitego we krwi powyżej 190 mg/dl (5,0 mmol/l). Wyróżnia się hipercholesterolemię pierwotną oraz wtórną. Hipercholesterolemia pierwotna jest spowodowana mutacją jednego bądź wielu genów receptora LDL (hipercholesterolemia rodzinna ang. familial hypercholesterolaemia FH,

hipercholesterolemia wielogenowa), która czyni ten receptor nieaktywnym. Efektem inaktywacji receptora LDL jest wzrost stężenia cholesterolu frakcji LDL w osoczu krwi. Hipercholesterolemia wtórna jest efektem stosowania leków lub objawem innych chorób. W tej postaci hipercholesterolemii zwykle pierwszym objawem jest incydent sercowy bądź zdarzenie mózgowe (Arent-Piotrowska 2018).

Badanie w kierunku dyslipidemii zaleca się u: osób z klinicznymi objawami ChSN, osób z blaszkami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych i/lub szyjnych, chorych na cukrzycę, przewlekłą chorobę nerek, nadciśnienie tętnicze, otyłość, przewlekłe autoimmunologiczne choroby zapalne, potomków osób z ciężką dyslipidemią oraz członków rodzin osób z przedwczesną ChSN. Rozpoznanie kliniczne hipercholesterolemii przeważnie ustala się na podstawie lipidogramu oraz w przypadku FH danych z wywiadu. Dokładne określenie mutacji odpowiedzialnej za FH wymaga wykonania badań genetycznych, ale nie wpływa na postępowanie z chorym (Szczeklik 2017).

Podstawowym celem prewencji chorób sercowo-naczyniowych jest obniżenie stężenia frakcji cholesterolu LDL. Do osiągnięcia powyższego celu wymagana jest zmiana stylu życia, a wraz ze wzrostem ryzyka wskazane jest zastosowanie farmakoterapii (Szczeklik 2017). Nie jest możliwe całkowite wyleczenie hipercholesterolemii i zakończenie leczenia. Dalszą profilaktykę polegającą na regularnych wizytach kontrolnych oraz stosowaniu się do zaleceń lekarskich, prowadzi się przez całe życie (Wojakowski 2014).

b. Epidemiologia

Choroby układu sercowo-naczyniowego

W roku 2013 w Polsce z powodu chorób sercowo-naczyniowych zmarło łącznie 177 433 osoby, co stanowiło 45,8% wszystkich zgonów i zarazem najczęstszą ich przyczynę. W grupie tej jako bezpośrednią przyczynę zgonów najczęściej wskazywano chorobę niedokrwienną serca (23%), niewydolność serca (22%), miażdżycę (20%) oraz choroby naczyń mózgowych (19%) (MPZ 2018).

Choroba niedokrwienna serca

Według danych Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), w 2017 r. w Polsce na chorobę niedokrwienną serca (ChNS) chorowało 1,6 mln osób (4,2% populacji) (NFZ 2019). Zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy „Choroba niedokrwienna serca” w roku 2016 wyniosła 215,3 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej

na 100 tysięcy ludności wyniósł 560,1 (MPZ 2018). Między latami 2010 a 2018, odnotowano powolny spadek liczby zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej o ok. 5%. W roku 2011 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca na poziomie 46 344 zgonów (GUS 2020).

Miażdżyca tętnic

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „miażdżyca tętnic” w roku 2016 wyniosła 107,9 tys. przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 280,9. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 65+ (MPZ 2018). Chorobowość rejestrowaną na miażdżycę tętnic oszacowano na dzień 31.12.2016. Liczbę chorych w analizowanej jednostce chorobowej oszacowano na 772,4 tys. osób (MPZ 2018). Między latami 2010 a 2018, odnotowano powolny wzrost liczby zgonów z powodu ww. jednostki chorobowej o ok. 6%. W roku 2014 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu chorób niedokrwienych serca na poziomie 35 553 zgonów (GUS 2020).

Niewydolność serca

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 139,9 tys. rozpoznań z grupy „Niewydolność serca”. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 364,1. Przy czym zapadalność ta jest wyższa w populacji kobiet niż u mężczyzn. Szczyt zapadalności na ww. chorobę przypada na grupę wiekową 65+ (MPZ 2018).

Zgodnie z danymi przedstawionym w raporcie NFZ, chorobowość rejestrowana dla niewydolności serca wyniosła w 2019 r. 1,39 mln osób. Liczba ta utrzymywała się na zbliżonym poziomie w latach 2014– 2019 (NFZ 2019).

Kardiomiopatie

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy „Kardiomiopatie” w roku 2016 w Polsce wyniosła 19,1 tys. przypadków. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 49,6. Zapadalność rejestrowana na tę grupę chorób na 100 tys. mieszkańców jest wyższa w populacji mężczyzn niż u kobiet. Szczyt zapadalności na ww. problem zdrowotny przypada na grupę wiekową 65+ (MZ 2018).

Na dzień 31.12.2016 r. oszacowano chorobowość rejestrowaną na kardiomiopatie. Liczba chorych w analizowanej podgrupie w Polsce wyniosła 143,1 tys. (MZ 2018).

Zawał serca

Zgodnie z raportem NFZ w 2019 r. odnotowano łącznie 78,6 tys. przypadków zawałów u 76,4 tys. osób. Blisko 64% pacjentów stanowili mężczyźni (NFZ 2019). Narodowy Instytut Zdrowia

Publicznego – PZH opublikował raport dotyczący sytuacji zdrowotnej w Polsce, w którym to przedstawiono liczbę zgonów na 100 tys. osób w latach 2015-2016 z powodu zawału serca, z uwzględnieniem płci. Liczba zgonów wśród mężczyzn na ww. chorobę jest wyższa w stosunku do kobiet o 39% (2015 rok). Natomiast między latami 2015 a 2016 umieralność z powodu zawałów serca zmalała o 9% (PZH 2018).

Nadciśnienie tętnicze

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 567 tys. rozpoznań z grupy – nadciśnienie tętnicze. Współczynnik zapadalności rejestrowanej wynosił 1 475,2/100 tys. (MZ 2018).

Zgodnie z Mapami Potrzeb Zdrowotnych zapadalność rejestrowana na nadciśnienie tętnicze jest wyższa w populacji mężczyzn niż kobiet we wszystkich województwach. Najwyższą wartość wskaźnika zapadalności rejestrowanej obserwuje się obecnie w województwie śląskim na poziomie 1 720/100 tys. osób wśród mężczyzn oraz ok. 1 600/100 tys. osób wśród kobiet. Ponadto wskaźnik ten jest zróżnicowany w określonych grupach wiekowych. Szczyt zapadalności przypada na grupę wiekową 54-64 r.ż. W grupie mężczyzn jest to 2 801,2/100 tys., a w przypadku kobiet 2 652,8/100 tys. Najmniejszą zapadalność na nadciśnienie odnotowuje się u osób w wieku poniżej 18 r.ż. zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet, odpowiednio 165,4/100 tys. oraz 117,5/100 tys. (MPZ 2018).

W 2018 roku dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia wykazały, że 31,5% osób w Polsce powyżej 17 r.ż. choruje na nadciśnienie tętnicze (9,9 mln osób). Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawia także następstwa chorobowe z powodu nadciśnienia tętniczego wśród osób dorosłych.

W 2018 roku liczba osób z nadciśnieniem, które zapadały na chorobę niedokrwienną serca ukształtowała się na poziomie 1 279,7 tys. przypadków (NFZ 2019).

W 2016 roku najwyższe współczynniki hospitalizacji z powodu nadciśnienia odnotowano w województwach: łódzkim (ok. 260/100 tys.), lubelskim, świętokrzyskim (ok. 250/100 tys.), opolskim i śląskim (ok. 220/100 tys.). Natomiast najniższy wskaźnik hospitalizacji w powodu nadciśnienia zarejestrowano w województwie pomorskim (ok. 100/100 tys.) (MPZ 2018).

W 2016 roku przeprowadzono analizę, mającą na celu weryfikację liczby hospitalizowanych pacjentów z powodu choroby nadciśnieniowej według oddziałów szpitalnych. Największą liczbą hospitalizacji charakteryzował się oddział chorób wewnętrznych. Względem wszystkich oddziałów ich udział wyniósł 57,2% wszystkich hospitalizacji (NFZ 2019).

Główny Urząd Statystyczny przedstawia liczbę zgonów wśród Polaków z powodu nadciśnienia tętniczego. Między latami 2010-2014 odnotowano spadek liczby zgonów o 37%. Od roku 2015 zaś nastąpił wzrost liczby zgonów (o 44%), podczas gdy w roku 2018 odnotowano najwyższą jak dotąd liczbę zgonów z powodu choroby nadciśnieniowej na poziomie 7 937 zgonów (GUS 2020).

Hipercholesterolemia

Na podstawie analizy pacjentów z duńskiego rejestru szacuje się częstość występowania FH na poziomie 1:250 w populacji ogólnej. W przypadku polskiej populacji jest to ok. 190 000 przypadków. Większość z nich pozostaje nierozpoznana i nieleczona (ponad 99%) (MZ 2018). Według badania WOBASZ w Polsce hipercholesterolemię stwierdzono u 67% mężczyzn i 64% kobiet, a ciężką hipercholesterolemię odpowiednio u 2% i 3% z nich. Stężenie LDL-C \geq 3,0 mmol/l występuje u 57,8% dorosłych Polaków, w tym u 58,3% mężczyzn i 57,3% kobiet. Częstość występowania rodzinnej hipercholesterolemii homozygotycznej to 1/miliona, rodzinnej hipercholesterolemii heterozygotycznej – 1/500-700, rodzinnego defektu apolipoproteiny B100 – 1/700-1000, hipercholesterolemii wielogenowej – 1/10-20 osób (w zależności od wieku). Szacuje się, że w Polsce hipercholesterolemia heterogeniczna może dotyczyć ponad 80 tysięcy osób (AOTMiT 2016).

W listopadzie 2018 roku wprowadzono program lekowy „Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej (ICD10 E78.01)”. Dostępne dane Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczące pacjentów zakwalifikowanych do ww. programu lekowego, przedstawiają liczbę pacjentów z 2019 roku (85 osób). Płcią dominującą w tym przypadku są kobiety (49 osób). Na podstawie danych NFZ wskazano, iż szczyt zachorowalności przypada na wiek 54-64 lata w przypadku kobiet, natomiast dla mężczyzn jest to wiek 44-53 lat.

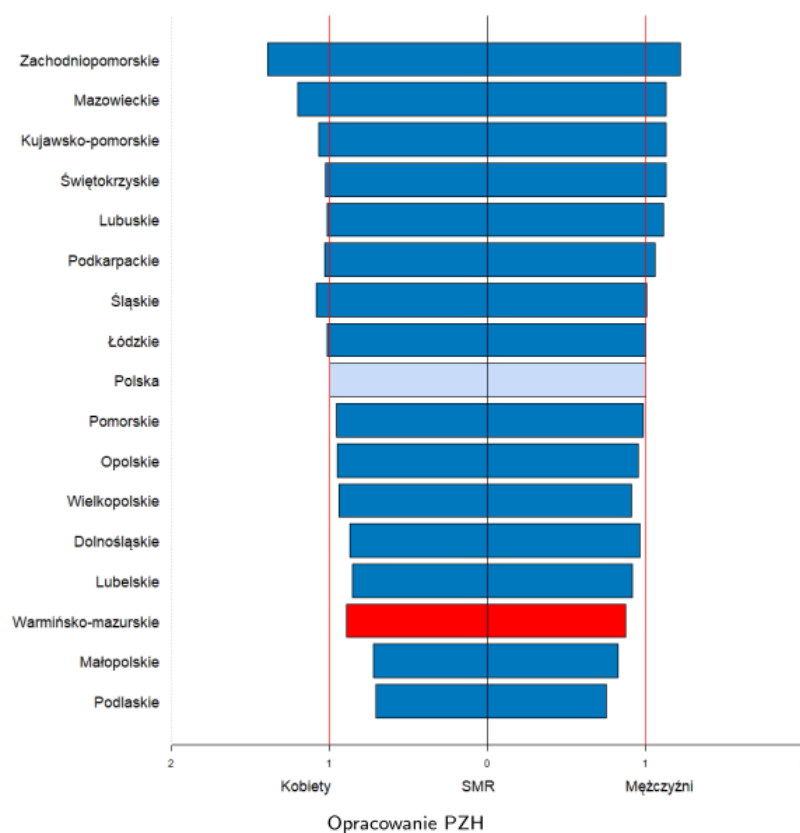
Województwem z największą liczbą osób uczestniczących w ww. programie lekowym jest województwo pomorskie (na poziomie 169 osób). Najniższą zaś liczbę pacjentów odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (5 osób) (NFZ 2020).

Epidemiologia województwo warmińsko-mazurskie

Według map potrzeb zdrowotnych, dla woj. warmińsko-mazurskiego, w okresie 2013-2015 stwierdzono 8867 zgonów z powodu chorób kardiologicznych, z których 77,6% dotyczyło osób w wieku 65 lat i starszych, 50,7% zmarłych stanowili mężczyźni.

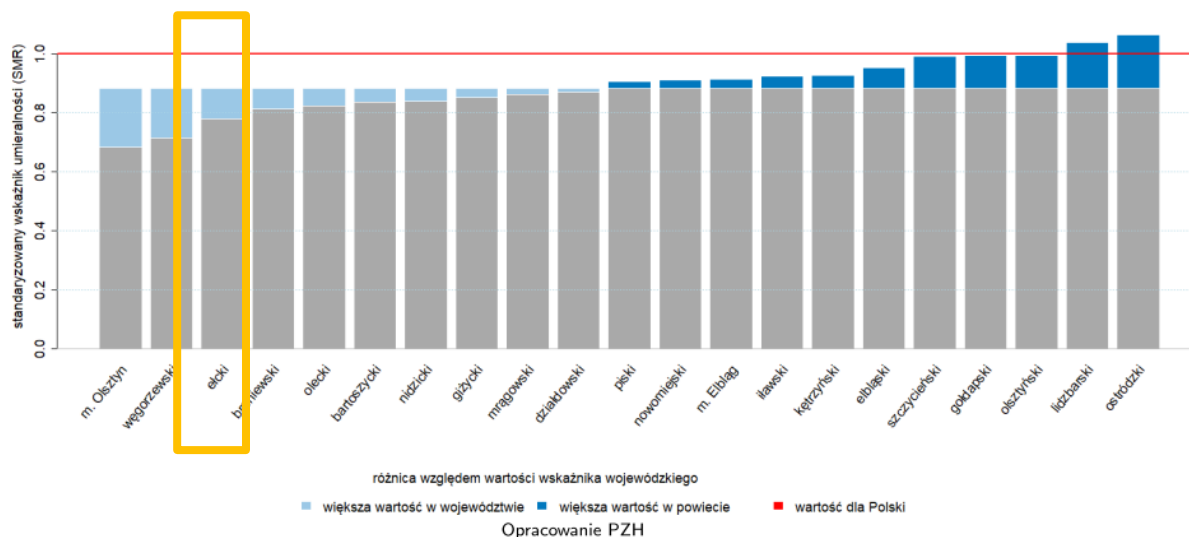
Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu tych chorób w województwie warmińsko-mazurskim wynosił 204,5/100 tys. ludności i był niższy od ogólnopolskiego o 20,2%.

Ta wartość współczynnika plasuje województwo na 14. miejscu w Polsce, licząc od województwa o najwyższej wartości. Poziom umieralności mężczyzn jest niższy niż w kraju o 22,0%, natomiast poziom umieralności kobiet jest niższy niż w kraju o 18,4%. Współczynnik rzeczywisty umieralności mężczyzn plasował województwo na 16. miejscu, kobiet na 14., licząc od wartości najwyższych.



Rycina 1. Zgony z powodu chorób kardiologicznych w województwie warmińsko-mazurskim
Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa warmińsko-mazurskiego

Powiat ełcki znajduje się na 3 miejscu pod względem najniższych rzeczywistych zgonów z powodu chorób kardiologicznych, wskaźniki umieralności są wyraźnie niższe niż średni dla Polski i całego województwa.



Rycina 2. Wskaźniki rzeczywiste umieralności dla powiatów województwa warmińsko mazurskiego.
 Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii dla województwa warmińsko-mazurskiego

c. Obecne postępowanie

Profilaktyka chorób układu krążenia finansowana jest ze środków publicznych w Polsce. Świadczenia profilaktyki chorób układu krążenia stanowią część gwarantowanych świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Warunki realizacji tych świadczeń określony jest w części II. załącznika nr 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2019 poz. 736).

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357) w ramach porady specjalistycznej z zakresu kardiologii możliwe jest wykonanie badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, RTG, badania Holter EKG, ABPM, echokardiografii z opcją Dopplera oraz elektrokardiografii wysiłkowej serca.

Krajowe Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej (KCHR)

Aktualnie projekt Krajowego Centrum Hipercholesterolemii Rodzinnej obejmuje 3 poradnie dla dorosłych:

- Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku,
- Poradnię Chorób Metabolicznych Instytutu Żywności i Żywienia w Warszawie,
- Poradnię Zaburzeń Lipidowych przy Klinice Chorób Metabolicznych w Krakowie.

Założeniem programu jest prowadzenie ośrodków specjalizujących się w diagnostyce genetycznej pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną, poprzez projekt „Diagnostyka kliniczna i genetyczna pacjentów z wysokim ryzykiem hipercholesterolemii rodzinnej wraz z diagnostyką kaskadową ich krewnych”.

Celem ww. projektu jest opracowanie optymalnego modelu diagnostyki i leczenia hipercholesterolemii rodzinnej opartego na nowoczesnych technologiach oraz poprawa dostępu do diagnostyki molekularnej tej choroby w Polsce. Projekt w swoich założeniach ma prowadzić do:

- zwiększenia skuteczności rozpoznawania i leczenia FH (ang. familial hypercholesterolemia),
- wyrównania dostępu do nowoczesnych metod diagnostycznych FH,
- wprowadzenia programów edukacyjnych dotyczących FH.

Program zakłada przeprowadzenie 3 wizyt w ośrodku obejmujących:

Wizyta 1:

- wywiad pielęgniarski, pomiary: antropometryczne, ciśnienia tętniczego, akcji serca oraz wykonanie EKG,
- pełną ocenę czynników ryzyka przez lekarza poradni – analiza dokumentacji pacjenta, wykonanie badania podmiotowego oraz przedmiotowego,
- oszacowanie prawdopodobieństwa wystąpienia hipercholesterolemii rodzinnej zgodnie z kryteriami rozpoznawania – adaptacja skali The Dutch Lipid Clinic Network – WHO i Simon Broome Register – uzyskana punktacja jest podstawą do skierowania pacjenta na badanie genetyczne w kierunku mutacji odpowiedzialnej za hipercholesterolemię rodzinną,
- zlecenie niezbędnych badań laboratoryjnych w celu kompleksowej oceny stanu pacjenta, np:
 - hormon tyreotropowy (TSH),
 - aminotransferazy: asparaginowa (AST) i alaninowa (ALT),
 - kinaza kreatynowa (CK),

- kreatynina (kreat) i wskaźnik filtracji kłębuszkowej (eGFR),
 - glikemia na czczo (Glc),
 - białko C-reaktywne (CRP),
 - badanie ogólne moczu (BOM),
 - lipoproteina a (Lp(a)),
 - apolipoproteina B (ApoB),
 - hemoglobina glikowana (HbA1c).
- w zależności od wskazań wdrożenie odpowiedniego leczenia lub modyfikacja dotychczasowego,
 - zlecenie kontrolnych badań laboratoryjnych niezbędnych na kolejnej wizycie oraz skierowanie na badanie grubości kompleksu intima-media (IMT) w celu oceny zaawansowania procesu miażdżycowego,
 - w wypadku zaistnienia wskazań klinicznych pacjenci skierowanie do Poradni Kardiologicznej UCK, celem przeprowadzenia diagnostyki nieinwazyjnej i/lub inwazyjnej choroby wieńcowej lub innej klinicznej manifestacji miażdżycy.

Wizyta 2 (po 6-12 tygodniach) oraz wizyta 3 (po 12-18 miesiącach od pierwszej wizyty):

- wywiad pielęgniarski, pomiary antropometryczne, ciśnienia tętniczego i akcji serca,
- wywiad oraz badanie fizykalne przez lekarza poradni,
- analizę wyników badań laboratoryjnych (zleconych podczas poprzedniej wizyty) oraz genetycznych,
- ocenę efektywności włączonego leczenia, ewentualnie jego modyfikację oraz monitorowanie skutków niepożądanych czy objawów nietolerancji terapii,
- w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych pacjenci skierowanie do Poradni Kardiologicznej UCK, celem przeprowadzenia diagnostyki nieinwazyjnej i/lub inwazyjnej choroby wieńcowej lub innej klinicznej manifestacji miażdżycy.

Ponadto projekt zakłada przeprowadzenie diagnostyki kaskadowej rodzin wśród krewnych pacjentów, u których potwierdzono obecność mutacji genu odpowiedzialnego za hipercholesterolemię rodzinną. Diagnostyka przeprowadzana jest u wszystkich krewnych I stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci pacjenta). Krewni, u których potwierdzono obecność wariantu genu odpowiedzialnego za FH lub rozpoznano ją na podstawie oceny klinicznej zostają objęci opieką Poradni Hipercholesterolemii Rodzinnej.

Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK)

W Polsce realizowany jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka.

Cele pośrednie obejmują:

- zwiększenie wykrywalności i skuteczności leczenia chorób układu krążenia,
- wczesną identyfikację osób z podwyższonym ryzykiem chorób układu krążenia,
- promocję zdrowego stylu życia: niepalenia, prawidłowego odżywiania się, aktywności fizycznej.

Dostępne w ramach Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (PPCHUK) świadczenia obejmują: badania biochemiczne krwi (stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL-cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów i stężenia glukozy), dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, określenie współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), kwalifikację świadczeniobiorcy do odpowiedniej grupy ryzyka oraz ocenę globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego w przyszłości według klasyfikacji SCORE i zapisanie uzyskanego wyniku w karcie badania profilaktycznego, jak również przekazanie osobie, u której rozpoznano chorobę układu krążenia, przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej informacji o wynikach badania oraz zaleceń dotyczących konieczności zmiany trybu życia lub kierowanie świadczeniobiorcy na dalszą diagnostykę lub leczenie. Program skierowany jest do populacji osób obciążonych określonymi czynnikami ryzyka, zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i w danym roku będących w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020

Program POLKARD na lata 2017-2020 stanowi kontynuację projektów rozpoczętych w ramach poprzednich edycji (w latach 2003-2005, 2006-2008, 2009, 2010-2012 oraz 2013-2016). Celem głównym programu jest redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce.

Do celów szczegółowych programu POLKARD należą:

- doposażenie i wyposażenie w sprzęt medyczny podmiotów leczniczych zajmujących się

diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo- naczyniowego,

- prowadzenie ogólnopolskiej prewencji pierwotnej chorób układu sercowo-naczyniowego,
- realizacja badania przesiewowego w kierunku wykrywania tętniaka aorty brzusznej u osób powyżej 65 roku życia, u których stwierdzono co najmniej 3 czynniki ryzyka chorób sercowonaczyniowych,
- zmniejszenie umieralności w wyniku chorób naczyń mózgowych oraz poprawa efektywności leczenia ostrej fazy udarów niedokrwiennych mózgu, zwiększenie dostępności do inwazyjnych terapii endowaskularnych i skrócenie czasu do interwencji,
- zmniejszenie częstości hospitalizacji chorych z niewydolnością serca, zwiększenie dostępu do diagnostyki i leczenia ambulatoryjnego poprzez wprowadzenie Oddziałów Dziennych Niewydolności Serca,
- ocena jakości i skuteczności leczenia poprzez tworzenie i prowadzenie rejestrów medycznych.

Działania w ramach programu POLKARD skupione są na realizacji następujących zadań:

- Prowadzenie ogólnopolskiego programu prewencji pierwotnej chorób sercowo-naczyniowych obejmującego:
 - edukację zdrowotną społeczeństwa poprzez przeprowadzenie kampanii informacyjnoedukacyjnej w zakresie profilaktyki i zapobiegania chorobom układu krążenia,
 - program edukacyjno-interwencyjny redukcji ryzyka sercowo-naczyniowego dla dzieci i młodzieży szkolnej - #ogarnijserce,
 - opracowanie i wdrożenie skutecznej metody w zakresie strategii wysokiego ryzyka obejmującego prowadzenie prewencji pierwotnej wśród osób dorosłych.
- Prowadzenie ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku tętniaka aorty brzusznej obejmującego:
 - wykonywanie przesiewowych badań ultrasonograficznych aorty brzusznej oraz badań kontrolnych,
 - skierowanie osób z potwierdzonym rozpoznaniem TAB na dalsze leczenie, finansowane przez publicznego płatnika,
 - wytypowanie ośrodków, w których prowadzone będą badania przesiewowe,

dysponujące aparatami USG,

- prowadzenie bazy danych o wykonanych badaniach przesiewowych, szkoleń dotyczących zasad prowadzenia badań przesiewowych i postępowania z pacjentem z tętniakiem aorty brzusznej.
- Poprawy dostępu do terapii w ostrym udarze mózgu poprzez wprowadzenie regionalnej międzyszpitalnej sieci poprawiającej efektywność leczenia ostrej fazy udarów niedokrwiennych mózgu, zwiększenie dostępności do inwazyjnych terapii endowaskularnych i skrócenie czasu do interwencji – TELESTROKE.
- Opracowanie kompleksowego modelu opieki nad chorymi z niewydolnością serca oraz zorganizowanie i wdrożenie pilotażowe Oddziałów Dziennych Niewydolności Serca z wykorzystaniem rozwiązań telemedycznych.
- Prowadzenie następujących rejestrów medycznych:
 - Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK),
 - Ogólnopolski Rejestr Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS (Rejestr PL-ACS),
 - Krajowy Rejestr Operacji Naczyniowych (KRON),
 - Ogólnopolski Rejestr Udarów Mózgu (ORUM),
 - Ogólnopolski Rejestr Kardiologiczno-Kardiochirurgiczny Przezcewnikowych Implantacji Zastawek Serca POL-TAVI (Rejestr POL-TAVI),
 - Rejestru ablacji zaburzeń rytmu serca (Rejestr ablacji),
 - Rejestr implantacji stymulatorów (Rejestr PM ICD CRT),
 - Krajowy Rejestr Hipercholesterolemii Rodzinnej (FH),
 - Ogólnopolski Rejestr Problemów Kardiologicznych Płodów (ORPKP).

Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)

W ramach EFS POWER Ministerstwo Zdrowia zaplanowało na lata 2017-2023 „Ogólnopolski program profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)”, który realizowany jest przez 3 ośrodki lecznicze w województwach łódzkim, małopolskim i kujawsko-pomorskim. Program ten w swoich założeniach obejmuje edukację personelu medycznego, edukację pacjentów, przeprowadzanie konsultacji lekarskich/pielęgniarskich na poziomie POZ oraz konsultacji lekarskich na poziomie ośrodka wielospecjalistycznego. Koszt całego programu wynosi 18 285 827 PLN.

2. Cele programu i mierniki efektywności

a. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii, wśród 20% uczestników programu rekrutującej się z populacji docelowej zamieszkującej Gminę Ełk, w latach 2022–2026.

b. Cele szczegółowe

- Zwiększenie liczby palaczy decydujących się na ograniczenie lub zaprzestanie palenia tytoniu o 20% w stosunku do wszystkich dorosłych uczestników programu zamieszkujących Gminę Ełk, w latach 2022–2026.
- Zwiększenie aktywności fizycznej wśród 20% dorosłych uczestników programu zamieszkujących Gminę Ełk, w latach 2022–2026.
- Zmiana niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 20% dorosłych uczestników programu zamieszkujących Gminę Ełk, w latach 2022–2026.

c. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Odsetek osób, u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
- Odsetek uczestników deklarujących chęć rzucenia palenia w stosunku do całkowitej liczby uczestników PPZ.
- Odsetek uczestników deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej.
- Odsetek uczestników deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z zaleceniami w ramach programu.

3. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

a. Populacja docelowa

Gmina Ełk ma 11 910 mieszkańców, z czego 48,3% stanowią kobiety, a 51,7% mężczyźni.

Program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Ełk z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, spełniające kryteria włączenia i wyłączenia opisane w dalszej części programu.

Na podstawie danych GUS na dzień 31 grudnia 2020 roku populacja ta liczy 4947 osób. W kolejnych latach będą włączane do niego osoby spełniające kryterium wieku, co daje całkowitą populację docelową programu w liczbie 5909 osób.

Tabela 1. Docelowa populacja całościowa programu.

Grupa wiekowa	Populacja kobiet	Populacja mężczyzn	Populacja całościowa
85+	137	46	183
80-84	136	45	181
75-79	101	85	186
70-74	216	177	393
65-69	290	310	600
60-64	362	452	814
55-59	403	458	861
50-54	397	444	841
45-49	416	429	845
40-44		459	459
35-39		546	546
Razem	2458	3451	5909

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych BDL: https://www.polskawliczbach.pl/gmina_Elk

Adresatami programu będą w każdym roku realizacji programu osoby spełniające kryterium wieku, zameldowani na stałe lub czasowo na terenie Gminy Ełk, dla których jako podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Ełku.

Szczegółowe kryteria włączenia i wykluczenia z poszczególnych części działań zaplanowanych w programie wskazano poniżej.

b. Kryteria kwalifikacji do programu oraz wykluczenia z programu

Kryteria ogólne włączenia do programu dla populacji:

- Wiek:
 - mężczyźni powyżej 40 r.ż.,
 - kobiety powyżej 50 r.ż.,potwierdzony na podstawie numeru PESEL lub za okazaniem dokumentu ze zdjęciem i datą urodzenia;
- podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w działaniach profilaktycznych; podpisany druk trafi do dokumentacji medycznej;
- profilaktyka chorób układu sercowo-naczyniowego będzie prowadzona wśród osób zameldowanych na terenie Gminy Ełk na stałe lub czasowo (na podstawie oświadczenia) albo w przypadku, gdy dla podatnika podatku dochodowego od osób fizycznych właściwy jest Urząd Skarbowy miasta Ełku (za okazaniem stosownego dokumentu lub zaświadczenia);
- oświadczenie uczestnika, że w ciągu ostatnich 2 lat nie uczestniczył w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie jak ChUK lub „KORDIAN”,

Kryteria medyczne włączenia do programu to:

- osoby, które w formularzu zgłoszeniowym zadeklarują obecność co najmniej jednego z czynników zwiększających ryzyko choroby sercowo-naczyniowej, np.: siedzący tryb życia, niebilansowana dieta, cukrzyca, otyłość.

Kryteria wyłączenia z programu:

- zdiagnozowana wcześniej choroba układu sercowo-naczyniowego i pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej;
- brak pisemnej zgody na udział w programie;
- brak udokumentowania miejsca zamieszkania na terenie Gminy Ełk;
- brak udokumentowania potwierdzającego rozliczenie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla miasta Ełku;
- brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;

- skorzystanie w ciągu ostatnich 2 lat w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę, np. w innych programach o zbliżonym zakresie jak ChUK lub „KORDIAN”;
- przyjmowanie leków na nadciśnienie tętnicze lub obniżających poziom cholesterolu we krwi;
- wszelkie inne przeciwwskazania medyczne zaistniałe podczas trwania programu, zagrażające bezpieczeństwu zdrowotnemu uczestnika programu.

Uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób, jaki zadeklarował Realizator/Realizatorzy w ofercie. Programem zostaną objęte wszystkie osoby populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Planowany termin realizacji całości interwencji powinien się zamknąć w latach od 2022 do końca 2026.

c. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnych działań profilaktycznych w ramach programu, w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii.

1. Rekrutacja uczestników

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji Realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba zgłaszająca się do programu spełnia wymagania formalne i przedłożyła druk zgody, oświadczenie odnośnie wieku i zameldowania/odprowadzania podatku zgodnie z wymaganiami kwalifikacyjnymi oraz nie wykazuje wykluczeń z programu.

2. Kwalifikacja do działań w ramach programu

Kwalifikację do programu pod względem wymagań formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny realizatora, kwalifikację pod względem wymagań medycznych powinien przeprowadzić lekarz lub pielęgniarka. Po zakwalifikowaniu uczestnika do programu, zostaną wykonane interwencje, zaplanowane w ramach programu.

3. Kompleksowa interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia

Wszystkie działania i treści przekazywane w ramach interwencji powinny być w pełni zgodne z najnowszymi wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych (co najmniej: ESC, CCS, NICE i USPSTF). W przypadku programów wieloletnich, weryfikacja aktualności jest wykonywana nie rzadziej niż raz w roku. Weryfikacji dokonuje Rada ds. programu.

Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać dostosowana do zdiagnozowanych potrzeb świadczeniobiorców oraz uwzględniać faktyczne warunki lokalne.

Interwencja obejmuje obszary: edukacja zdrowotna, aktywność fizyczna, dieta oraz szkodliwość stosowania substancji psychoaktywnych.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

- Pre-test i post-test są identyczne zarówno w zakresie formy jak i treści.
- W ramach testu oceniane są: aktywność fizyczna (np. IPAQ – Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej), nawyki żywieniowe, stosowanie substancji psychoaktywnych (w tym: palenie tytoniu, spożycie alkoholu), poziom wiedzy merytorycznej z zakresów profilaktyki pierwotnej i profilaktyki wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego oraz hipercholesterolemii.
- W projekcie należy przedstawić kryteria oceny, które muszą być spełnione, aby uzyskany wynik testu uznać za „wysoki poziom wiedzy”, a tym samym mogący mieć przełożenie na uzyskanie efektu zdrowotnego. Kryteria oceny powinny zostać opisane i uzasadnione.

Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia realizowana jest w sposób komplementarny do świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach POZ.

Każdy świadczeniobiorca otrzymuje informacje odnośnie swojego stanu zdrowia w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk). W treści dokumenty należy wyraźnie zaznaczyć, że otrzymana informacja nie stanowi rozpoznania choroby czy diagnozy.

Dodatkowo każdy świadczeniobiorca otrzymuje informację od realizatora programu dla lekarza POZ. Świadczeniobiorca może się z nią zgłosić w celu przeprowadzenia poza PPZ dalszej diagnostyki do wybranego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Edukacja zdrowotna

Należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka CVD, w tym:

- nadwagi/otyłości,
- stosowania substancji psychoaktywnych,
- braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej,
- siedzącego tryb życia.

W ramach profilaktyki należy wykonać pomiar: wysokość ciała („wzrost”), masy ciała, obwodu talii, obwodu bioder. Na podstawie faktycznie uzyskanych wyników każdy uczestnik powinien obliczyć aktualne wartości wskaźników: BMI (ang. body-mass index), stosunek obwodu talii do obwodu bioder (WHR, ang. waist to hip ratio) oraz stosunek obwodu talii do wysokości ciała (WHtR, ang. waist to height ratio). Dla uzyskanych wyników BMI, WHR, WHtR oraz dla obwodu talii świadczeniobiorcom podawane i omawiane są zakresy referencyjne. Jeśli pomiary mają zostać wykonane samodzielnie przez świadczeniobiorcę w warunkach domowych (np. przy edukacji realizowanej w formie zdalnej), edukator powinien wyczerpująco przedstawić zasady prawidłowego wykonywania pomiarów antropometrycznych, ze szczególnym uwzględnieniem czynników zmniejszających precyzję pomiaru, omówić często popełniane przy pomiarach błędy, a także odnieść się do dostępnych w warunkach domowych narzędzi pomiarowych (np. centymetr krawiecki, waga łazienkowa). Niezbędne jest zwracanie uwagi na jednostki miar, które wykorzystywane są do obliczeń.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:

- materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego programu profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego (KORDIAN)”,
- materiały edukacyjne sporządzone przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne,
- materiały edukacyjne sporządzone przez Narodowy Instytut Kardiologiczny.

Aktywność fizyczna

Należy zidentyfikować i promować realnie dostępne dla świadczeniobiorców formy codziennej aktywności fizycznej.

Należy udzielać świadczeniobiorcom indywidualnego wsparcia przy wyszukiwaniu i doborze odpowiedniej aktywności fizycznej, której regularne stosowanie zmniejszy ryzyko CVD.

Promowane i zalecane formy aktywności fizycznej muszą być w pełni zgodne z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych w zakresach: częstości wykonywania, intensywności, czasu trwania i rodzaju.

Należy zachęcać uczestników do prowadzenia codziennej aktywności fizycznej przy uwzględnieniu stanu zdrowia. Informacje w tym zakresie powinny odnosić się do:

- korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej,
- prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, zarówno w przypadku chorób sercowonaczyniowych jak i innych,
- realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków.

Dieta

Należy wdrożyć działania z zakresu modyfikacji diety, w tym:

- redukcja ilości spożywanej soli,
- unikanie żywności wysokoprzetworzonej,
- zmniejszenie podaży węglowodanów,
- zwiększenie podaży warzyw, owoców i innych produktów żywnościowych, które wykazują właściwości profilaktyczne chorób układu sercowo-naczyniowego,
- stosowanie określonych modeli żywieniowych, m.in. diety DASH lub diety śródziemnomorskiej.

W ramach działań należy wskazywać na artykuły spożywcze faktycznie dostępne dla świadczeniobiorców, w tym uwzględnić ewentualne restrykcje pokarmowe (np. alergie, nietolerancje). Należy uwzględnić sezonową dostępność owoców i warzyw.

Zaprzestanie stosowania substancji psychoaktywnych, w szczególności palenia tytoniu

Konieczne jest informowanie świadczeniobiorców o szkodliwości palenia tytoniu oraz motywowanie do zaprzestania lub ograniczenia palenia.

W ramach interwencji należy także zaznaczyć, iż wdrożenie omawianej modyfikacji pozwoli również ograniczyć ryzyko wystąpienia innych chorób m.in. nowotworu płuca, udaru mózgu czy nowotworów jamy ustnej.

Należy zalecać ograniczenie spożycia alkoholu.

Konieczne jest motywowanie uczestnika do zaprzestania lub ograniczenia stosowania innych substancji psychoaktywnych.

Informacja dla lekarza POZ od realizatora interwencji

Informacja jest w formie pisemnej (np. dokument elektroniczny, e-mail, wydruk).

Zawiera co najmniej:

- informacje na temat programu (m.in. nazwa, dane kontaktowe, cel),
- indywidualną historię dotyczącą udziału danego świadczeniobiorcy w programie, w tym wyniki przeprowadzonych pomiarów i dane z kwestionariuszy,
- prośbę o przeprowadzenie badania podmiotowego i przedmiotowego pod kątem identyfikacji, potwierdzenia lub wykluczenia obecności czynników wysokiego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii,
- zalecenie wykonania przez przeszkolony personel medyczny i z użyciem odpowiednich narzędzi co najmniej następujących pomiarów: ciśnienie tętnicze, tętno spoczynkowe, wysokość ciała, masa ciała, obwód talii, obwód bioder. Na podstawie pomiarów wyliczone powinny zostać wskaźniki: BMI, WHR oraz WHtR. Wyniki surowe oraz obliczone wskaźniki są wydawane świadczeniobiorcy, aby mógł samodzielnie monitorować swój stan zdrowia.
- zachętę do stosowania wartości referencyjnych oraz narzędzi (np. karta ryzyka SCORE, kwestionariusz QRISK2, Międzynarodowy Kwestionariusz Aktywności Fizycznej), zgodnych z wytycznymi klinicznymi i rekomendacjami towarzystw naukowych, które są przytoczone w treści przekazywanego dokumentu wraz z odniesieniami bibliograficznymi. Dla hipercholesterolemii wskazywane są narzędzie takie jak Kryteria Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) i Skala Simon Broome'a.
- prośbę o skierowanie świadczeniobiorcy do ośrodka wysokospecjalistycznego w przypadku podejrzenia hipercholesterolemii rodzinnej (>5 pkt. w skali DLCNS), aby mógł zostać zakwalifikowany do diagnostyki genetycznej.

Wykłady edukacyjne

Wykłady dotyczące w szczególności diety i aktywności fizycznej oraz czynników szkodliwych i substancji psychoaktywnych – będą one miały charakter około 60 minutowych prelekcji, podczas których będą przekazane materiały edukacyjne.

Istotnym jest, aby w miarę potrzeb lub konieczności Realizator zapewnił realizację wykładów również w formie zdalnej/on-line wykorzystując kanały i narzędzia umożliwiające dwukierunkowy przekaz pomiędzy prowadzącym, a uczestnikami zajęć.

Wykłady będą dotyczyły podstawowych problemów związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Wykłady będą dostosowane do potrzeb i charakterystyki populacji docelowej, tak aby uzyskać widoczne efekty zdrowotne. Edukacja powinna następować co najmniej dwa razy w roku. Podczas działań edukacyjnych Realizator/Realizatorzy mogą wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych. Dodatkowo mogą posilkować się np. ulotkami lub broszurami stworzonymi przez towarzystwa naukowe, fundacje i temu podobne podmioty.

W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości konkretnej grupy odbiorców.

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie Realizatora programu. Za ten element edukacji będą odpowiedzialne osoby wskazane przez Realizatora, o kwalifikacjach wymienionych w części 4. programu, w punkcie „Wymagania kadrowe”.

Edukacja mogą być realizowane na bazie szeroko zakrojonych przedsięwzięć (np. kampanii medialnych, pikników, pogadanek edukacyjnych, warsztatów, w tym wspólnego gotowania, poradnictwa/szkoleń, wydarzeń rekreacyjno-sportowych) lub przy wykorzystaniu nowoczesnych narzędzi zdalnego przekazu dla kreowania prawidłowych zachowań zdrowotnych. Informacje na temat korzyści wynikających z prowadzenia zdrowego stylu życia (np. prawidłowego żywienia, aktywności fizycznej), przeciwdziałania chorób układu sercowo-naczyniowego, zasad utrzymania dobrej kondycji zdrowotnej, w tym fizycznej mogą zostać

rozpropagowane w lokalnych instytucjach (m.in. w: przychodniach, kościołach, domach kultury, ośrodkach pomocy społecznej, zakładach pracy).

Wszystkie osoby z grupy docelowej zainteresowane tematyką poruszaną w programie będą mogły zostać objęte działaniami edukacyjnymi w zakresie uświadamiania zagrożeń wynikających z występowania chorób układu sercowo-naczyniowego i ich powikłań oraz zapoznane z zasadami zdrowego odżywiania (np. poprzez udostępnienie ulotki, pogadanki/wykładu na odpowiednich kanałach w Internecie). Ich celem będzie m.in. uświadomienie odbiorcom zagrożeń wynikających z prowadzenia niewłaściwego trybu życia oraz propagowanie potrzeby dbania o sylwetkę, zarówno pod kątem zdrowotnym, jak i estetycznym.

Konsultacje dietetyczne

Częścią interwencji są także indywidualne porady dietetyczne, prowadzone albo w formie spotkań osobistych, albo w formie spotkań zdalnych/online. Powinny się one odbywać w około miesięcznych odstępach czasowych. Minimalna łączna ilość spotkań w ramach indywidualnych porad dietetycznych dla każdego uczestnika to 3. Fakultatywnie postępy w zakresie interwencji terapeutycznej w ramach modułu dotyczącego otyłości mogą być monitorowane przez dietetyka lub multidyscyplinarny zespół specjalistyczny częściej niż spotkania kontrolne zaproponowane powyżej. Wyniki i zalecenia takiego monitoring muszą zostać wpisane do dokumentacji uczestnika programu.

Konsultacje będą polegały przede wszystkim na promowaniu właściwych zachowań wśród uczestników programu oraz wpajaniu im prostych nawyków, np. może to być np. propagowanie właściwych zachowań żywieniowych – unikanie słodczy, wysoko słodzonych napojów itp., informacje dotyczące odpowiedniego jakościowo i ilościowo żywienia.

Zakłada się, że okres wsparcia każdego uczestnika programu musi wynosić od 3 do 6 miesięcy. Pierwsza konsultacja polegać będzie na zebraniu szczegółowych informacji o uczestniku: wiek, choroby, ogólne samopoczucie, tryb życia, pomiary antropometryczne, nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna i inne, które dietetyk uwzględni w wywiadzie. Podczas konsultacji zostaną z uczestnikiem ustalone cele - zmiana nawyków żywieniowych, redukcja masy ciała, możliwość opracowania specjalnego jadłospisu, zwiększenie aktywności fizycznej itp.

Kolejne konsultacje mają na celu monitorowanie efektów wprowadzonych zmian, a także podtrzymanie motywacji uczestnika do zmian wcześniej zaleconych. Na każdej kolejnej konsultacji należy przeprowadzić wywiad obejmujący dane takie jak: ogólne samopoczucie,

pomiary antropometryczne, efekty wprowadzonych zmian dotyczących żywienia i aktywności fizycznej oraz ewentualne problemy związane z wprowadzeniem zaleceń, z którymi zetknął się uczestnik. Należy omówić efekty wprowadzonych zmian i ewentualnie zmodyfikować plan działań dla dobra uczestnika.

BMI powinien być oceniony na etapie kwalifikacji do programu, na zakończenie oraz powinien być monitorowany na każdej konsultacji dietetycznej.

Zalecany jest także pomiar do kontroli po 6 miesiącach i po 1 roku od zakończenia programu, w związku z możliwymi trudnościami w utrzymaniu uczestników w programie zaplanowano krótszy okres obserwacji – pomijając badanie we wskazanych terminach od zakończenia uczestnictwa w programie.

Po udzieleniu minimum 3 konsultacji lub po 6 miesiącach nadzoru dietetycznego uczestnik kończy udział w programie.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez Realizatora lub Realizatorów wybranych zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

Interwencje przeprowadzone zostaną na terenie Gminy Ełk w miejscu wskazanym przez Realizatora.

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

d. Sposób udzielania świadczeń

Ze względu na charakter programu interwencja będzie miała charakter ciągły, co oznacza, że uczestnicy programu będą przyjmowani w sposób ciągły w trakcie jego trwania w latach 2022–2026. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą dostępnych środków i kanałów przekazu.

Program ma charakter ciągły i będzie przebiegał w cyklu rocznym. W trakcie jego trwania będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa.

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie będzie wpływało w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Planowaną interwencję można traktować jako uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych z budżetu państwa.

Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

Oprócz powyższych zasad świadczenia w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

- a. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób w nim uczestniczących;
- b. Świadczenia wynikające z programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa;
- c. Świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje;
- d. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora/Realizatorów zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

e. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu przez uczestnika adresowanych do niego w zależności od wskazań planowanych interwencji.

Może także nastąpić obligatoryjne wykluczenie uczestnika z programu ze wskazań medycznych lub formalnych, opisanych w treści programu.

Sposoby zakończenia udziału w PPZ może nastąpić w wymienionych przypadkach:

- w przypadku osób z populacji wysokiego ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego – wraz z realizacją kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenia realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie rezygnacji przez Realizatora lub uczestnika programu na piśmie, które winno być dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie przez Realizatora wystąpienia takich zdarzeń. Będzie ono dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

4. Organizacja programu

a. Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano do realizacji następujące działania:

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadać będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Akcja informacyjna.
6. Przeprowadzenie interwencji: kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia oraz edukacji zdrowotnej.
7. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiającym monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).

8. Zakończenie realizacji PPZ.
9. Rozliczenie finansowe PPZ.
10. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

Ad 4. Wybór realizatora

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Ad 5. Akcja informacyjna

Skierowana do mieszkańców Gminy Ełk. Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media, jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, inne instytucje wsparcia społecznego. Mieszkańcy Gminy Ełk, w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z chorobami układu sercowo-naczyniowego, zagrożeniami wynikającymi z faktu braku badań profilaktycznych oraz o ramach organizacyjnych akcji.

Ad 7 Monitoring działań

Ostatnim elementem w ramach programu będzie monitoring działań w ramach programu, obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Każdy uczestnik po zakończeniu uczestnictwa w programie będzie proszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży do opracowania przez Realizatora raportu rocznego/sprawozdania dla Instytucji finansującej program.

Ad 10 Ewaluacja działań wykonanych w ramach programu

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu działań w programie, będzie trwać do 3 miesięcy i jej efektem będzie przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Działania w ramach ewaluacji polegać będą na analizie: efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów, zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora; ocenie jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety satysfakcji uczestników oraz ocenie efektywności programu na podstawie analizy wskazanych mierników efektywności.

b. Warunki realizacji programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Zaplanowane interwencje będą prowadzone na terenie Gminy Ełk przez Realizatora/Realizatorów wyłonionych w konkursie ofert.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne przeprowadzi się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich).

Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, a także kadrę oraz sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych świadczeń.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z prowadzeniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

Podmiot/Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

W ramach kompleksowej interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia realizator zapewni odpowiednią kadrę, mogą być to: lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie w przeprowadzeniu interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

Realizator będzie też dysponował sprzętem niezbędnym do wykonywania zaplanowanych interwencji.

Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu będą prowadzone przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Wymagane jest, aby osoby prowadzące edukację miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grup odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do ich wieku i stanu psychicznego. Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień. Pierwszym z nich jest zgłaszalność uczestników do programu, stanowiąca podstawowe kryterium stałej jego oceny. Kolejny element to fachowe oszacowanie jakości realizowanych świadczeń. Ostatnim zaś będzie analiza efektywności i trwałości realizacji programu, oparta na miernikach epidemiologicznych rutynowo stosowanych w analogicznych interwencjach. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Kontynuacja/trwałość programu

Program jest zaplanowany na lata 2022–2026, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Instytucji finansującej i posiadanych zasobów finansowych

a. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu programu i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów okresowych, informacji składanych na życzenie Instytucji finansującej programem, sprawozdań z realizacji programu.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Jej zmiana w trakcie poszczególnych lat trwania programu, porównana z liczebnością populacji docelowej, stanie się użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych.

Wykorzystane zostaną co najmniej następujące wskaźniki:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej,
- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie i wzięły udział w interwencjach (z podziałem na interwencje),
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby/etapy zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Ponadto, szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie pomimo złożenia zgody na udział w badaniu lub zrezygnowała z niego w trakcie realizacji poszczególnych elementów programu. Przeanalizuje się i uwzględni przyczyny tego stanu, uwzględnione zostanie także monitorowanie przyczyn rezygnacji z udziału w programie. Wnioski posłużą w celu możliwej minimalizacji skali tego typu sytuacji w kolejnych latach trwania programu.

Ocena jakości świadczeń może zostać dokonana przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie kardiologii – np. konsultanta wojewódzkiego. Ocenie podlegać może całość programu ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowana przez Realizatora programu, a sama jakość – na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom programu, którzy będą mogli go wypełnić i umieścić np. w specjalnie przygotowanej do tego celu urnie. Ankieta ma charakter anonimowy. Kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości prowadzonego programu i zwiększenia poziomu zadowolenia jego uczestników.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, należy przedstawić w raporcie końcowym.

b. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację.

To proces doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczna ocena wartości i jakości pomocy udzielanej beneficjentom oraz uczestnikom programu.

Badania ewaluacyjne interwencji publicznych identyfikują czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia danej interwencji, formułują konkluzje, które mogą być przenoszone na inne analogiczne interwencje, identyfikują najlepsze praktyki, formułują wnioski dotyczące polityki w zakresie osiągnięcia większej spójności gospodarczej, społecznej i terytorialnej.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązana Instytucja finansująca program, na podstawie informacji, raportów i sprawozdań przygotowanych przez Realizatora/Realizatorów.

Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji dokonana zostanie ocena efektywności programu oraz trwałości jego efektów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania mają charakter długofalowy.

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale *Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Zaplanowane wskaźniki zostaną zweryfikowane pod kątem stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- odsetku osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat czynników ryzyka, i działań profilaktycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego, nadciśnieniu tętniczym i hipercholesterolemii;

- odsetku palących uczestników, którzy zadeklarowali chęć ograniczenie lub zaprzestania palenia tytoniu;
- odsetku uczestników deklarujących zwiększenie poziomu aktywności fizycznej;
- odsetku uczestników deklarujących zmianę nawyków żywieniowych zgodnie z informacjami uzyskanymi w ramach programu;
- odsetku osób skierowanego na leczenie w związku z wykryciem chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii w ramach programu;
- odsetku osób, u których doszło do polepszenia stanu zdrowia w wyniku otrzymywanego leczenia.

Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne na to pozwalają, należy przedstawić:

- porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia;
- porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zakończenia interwencji u uczestników i zależna jest od utrzymania trwałość efektów zdrowotnych.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

W celu opracowania jak najdokładniej powyższych danych można rozważyć zlecenie przeprowadzenia ewaluacji przez eksperta zewnętrznego.

6. Koszty

Zgodnie z założeniami Instytucji finansującej program, na realizację przedmiotowego programu polityki zdrowotnej w latach 2022–2026 została przeznaczona kwota około 856 908 zł na cały 5 letni okres trwania programu.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach przedmiotowego programu. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego mogą skorzystać, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badania lekarskiego, działań edukacyjnych itd.

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie.

Koszty bezpośrednie to koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

Koszty pośrednie zaś są niezbędne do realizacji programu, ale nie dotyczą bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie, m.in. są to wydatki na zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną, związane z monitoringiem i ewaluacją programu. Koszty pośrednie rozliczne są w formie ryczałtu, ustalonego na poziomie maksymalnie do 15% kosztów bezpośrednich.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu/projektów, które otrzymają środki na ich realizację w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

W przypadku zwiększenia lub zmniejszenia zakładanych kosztów dostępne środki finansowe będą wpływały na zmniejszenie lub zwiększenie populacji, która może zostać objęta programem.

Program zakłada pięcioletni okres realizacji. Jeżeli w trakcie trwania programu Instytucja finansująca zmieni wysokość środków na realizację programu lub też nastąpią zmiany w kosztach procedur stosowanych w interwencji, automatycznie wpłynie to na liczbę osób w nim uczestniczących.

a. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy, obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego, koszt wykonania badań i pomiarów medycznych, koszty wykładów edukacyjnych i konsultacji dietetycznych.

Tabela 2. Rodzaje i wysokość kosztów działań w ramach programu

rodzaj działania	bezpośredni koszt działania	koszty pośrednie	razem koszt działania
Kwalifikacja uczestnika do programu	17,00 zł	3,00 zł	20,00 zł
Wykonanie badań antropometrycznych	17,00 zł	3,00 zł	20,00 zł
Wykonanie pomiarów medycznych	17,00 zł	3,00 zł	20,00 zł
Konsultacja lekarska z pobraniem badań	104,35 zł	18,00 zł	120,00 zł
Konsultacja dietetyczna	85,00 zł	15,00 zł	100,00 zł
Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych	4,25 zł	0,75 zł	5,00 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie uśrednienia cen m.in. z portalu www.kliniki.pl

Na podstawie dostępnych danych epidemiologicznych wskazuje się, iż, około 50% dorosłej populacji w Polsce ma nadwagę lub otyłość, około 10% populacji może chorować na cukrzycę typu 2, nawet nie mając o tym świadomości.

Dlatego też założono, że połowa uczestników programu z terenu Gminy Ełk może skorzystać z badań, pomiarów, konsultacji lekarskiej i konsultacji dietetycznej, gdyż m.in. nadwaga i otyłość są kryterium włączenia do działań diagnostycznych w ramach programu.

Znając poziom finansowania i liczebność populacji docelowej szacuje się, że programem w ciągu 5 lat można będzie objąć działaniami profilaktycznymi w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób układu sercowo-naczyniowego około 100% całkowitej zakładanej populacji docelowej.

b. Planowane koszty całkowite

Planowane koszty realizacji programu całościowe oraz w poszczególnych latach wykazane są w tabeli 3 i 4.

Tabela 3. Koszty całkowite realizacji programu w okresie 5 letnim.

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Populacja całościowa	Ilość powtórzeń	Odsetek zgłaszających się	Odsenek włączonych	Koszt całkowity kategorii
Kwalifikacja uczestnika do programu	20 zł	5493	1	60%	100%	65 916 zł
Wykonanie badań antropometrycznych	20 zł	5493	1	60%	50%	32 958 zł
Wykonanie pomiarów medycznych	20 zł	5493	1	60%	50%	32 958 zł
Konsultacja lekarska z pobraniem badań	120 zł	5493	1	60%	50%	197 748 zł
Konsultacja dietetyczna	100 zł	5493	3	60%	50%	494 370 zł
Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców indywidualnych	5 zł	5493	1	60%	100%	16 479 zł
Wykłady w formie grupowej na 1 uczestnika	5 zł	5493	1	60%	100%	16 479 zł
Razem całość						856 908 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 4. Planowany roczny budżet programu w zł.

Rok realizacji zadań	Koszt roczny działań
rok 2022	171 382 zł
rok 2023	171 382 zł
rok 2024	171 382 zł
rok 2025	171 382 zł
rok 2026	171 382 zł
Całość działań	856 908 zł

Źródło: Opracowanie własne.

Zaplanowane przez Realizatora szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie na warunkach określonych przez Instytucję finansującą program na lata 2022–2026. Realizator/Realizatorzy na etapie opracowania wniosku o dofinansowanie przygotowują szczegółowy budżet programu.

Całkowite koszty realizacji programu planuje się zamknąć kwotą **około 856 908 zł** w latach 2022-2026.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Gminy Ełk zostanie sfinansowany w całości ze środków budżetu Gminy Ełk w ramach funduszu przeznaczonego na programy polityki zdrowotnej (Dz. 851, rozdz. 85149). Instytucja finansująca zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

W przypadku programów wieloletnich ważnym jest, aby w uchwale organu stanowiącego w sprawie przyjęcia programu zdrowotnego zawrzeć klauzulę o zobowiązaniu do ustalania corocznie szczegółowego nakładu z budżetu jednostki samorządu terytorialnego (samorzady terytorialne obowiązuje procedura uchwalania budżetu w cyklu rocznym, więc warunkuje to także konieczność ścisłego planowania).

7. Bibliografia

1. Opinia Rady Przejrzystości nr 126/2020 z dnia 14 grudnia 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób układu sercowonaczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii z uwzględnieniem raportu „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”.
2. Raport nr OT.423.8.2019/OT.423.9.2018 „Program profilaktyki chorób układu sercowonaczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii”, data ukończenia raportu: grudzień 2020.
3. Flynn J., Kaelber D., Baker-Smith C., et al. (2017) Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. *Pediatrics* vol. 140.
4. Abdelhamid A., Brown T., Brainard J. et al. (2018). Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 3. Art. No.: CD003177
5. Whelton P., Carey R., Wilbert S., et al. (2017) 2017 Guideline for Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *Journal of the American College of Cardiology* 71: 127-248.
6. Goff D. C., Lloyd-Jones D.M., Anderson J. L., Helperin J. L. et al. (2013). 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association: Task Force on Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 63: 2935-2959
7. Grundy S., Stone N., Bailey A., et al. (2018). 2018 Guideline on the Management of Blood Cholesterol. *American College of Cardiology*: 1-22.
8. Arnett D. K., Blumenthal R. S., Albert M. A. et al. (2019). 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association: Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 74: 1376-1414
9. Adler A., Taylor F., Martin N. et al. (2017). Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD009217
10. Mosca L., Benjamin E. J., Berra K. et al. (2011). Effectiveness-Based Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in Women – 2011 Update. A Guideline from the American Heart Association. *J. Am. Coll. Cardiol.* 57: 1404-1423
11. Eckel R. H., Jakicic J. M., Anderson J. L. et al. (2013). 2013 AHA/ACC Guideline on Lifestyle
12. Management to Reduce Cardiovascular Risk. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association: Task Force on Practice Guidelines. *J. Am. Coll. Cardiol.* 63: 2961-2984
13. Alageel S., Gulliford MC., McDermott L., et al. (2017). Multiple health behaviour change interventions for primary prevention of cardiovascular disease in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ open* 7.
14. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2016). Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskórnej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej. Pozyskano z:
<https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/component/search/?searchword=hipercholesterolem&ordering=newest&searchphrase=all&limit=20&start=20>
15. Arent-Piotrowska K. (2018). Hipercholesterolemia – zmora dzisiejszych czasów. Co zrobić, by zapobiec jej konsekwencjom w świetle aktualnych zaleceń kardiologicznych. *Probl Hig Epidemiol* 2018, 99(2): 108-113
16. British Columbia Guidelines (2014). Cardiovascular Disease - Primary Prevention. Pozyskano z: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/health/practitioner-pro/bc-guidelines/cvd.pdf>, dostęp z 28.09.2020
17. Malachias B., Gomes M., Nobre F., et al. (2016). 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension. *Arquivos brasileiros de cardiologia* 107: 1-83.
18. Simão A. F., Prêcoma D. B., Pinheiro de Andrade J. et al. (2014). I Cardiovascular Prevention Guideline of the Brazilian Society of Cardiology - Executive Summary. *Arq. Bras. Cardiol.* 102. 420–431
19. Tobe S. W., Stone J. A., Anderson T. et al. (2018). Canadian Cardiovascular Harmonized National Guidelines Endeavour (C-CHANGE) guideline for the prevention and management of cardiovascular disease in primary care: 2018 update. *Can. Med. Assoc. J.* 190: 1192-1206

20. Brunham L., Ruel I., Aljenedil S., et al. (2018) Canadian Cardiovascular Society Position Statement on Familial Hypercholesterolemia: Update 2018, *Canadian Journal of Cardiology* 34: 1553-1563.
21. Rabi D., McBrien K., Sair-Pichhadze R., et al. Hypertension Canada's 2020 Comprehensive Guidelines for the Prevention, Diagnosis, Risk Assessment, and Treatment of Hypertension in Adults and Children. *Canadian Journal of Cardiology* 36: 596-624.
22. Allan G. M., Lindblad A. J., Comeau A. et al. (2015). Simplified lipid guidelines: Prevention and management of cardiovascular disease in primary care. *Can. Fam. Physician.* 61: 857867
23. Chang J., Anic G., Rostron B. et al. (2020). Cigarette Smoking Reduction and Health Risks: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nicotine & Tobacco Research*, ntaa156
24. Cheong A., Liew S., Khoo E. et al. (2017). Are interventions to increase the uptake of screening for cardiovascular disease risk factors effective? A systematic review and metaanalysis. *BMC Family Practice* (2017) 18:4
25. Rabi D., Dskalopoulou S., Padwal R., et al. (2011). The 2011 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for the Management of Hypertension: Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, and Therapy. *Canadian Journal of Cardiology* 27: 415-433.
26. Collins D., Tompson A., Onakpoya I., et al. (2016). Global cardiovascular risk assessment in the primary prevention of cardiovascular disease in adults: systematic review of systematic reviews. *BMJ open*: 7.
27. Colpani V., Baena C., Jaspers L. et al. (2018). Lifestyle factors, cardiovascular disease and all-cause mortality in middle-aged and elderly women: a systematic review and metaanalysis. *European Journal of Epidemiology* 33, pages831–845
28. Cardiac Society of Australia and New Zealand (2012). Reducing risk in heart disease: An expert guide to clinical practice for secondary prevention of coronary heart disease. Pozyskano z: https://www.csanz.edu.au/wp-content/uploads/2014/12/2012_HF_CSANZ_Reducing_Risk_in_Heart_Disease.pdf, dostęp z 28.09.2020
29. Hamilton-Craig I., Watts G., Sullivan D., et al. (2018) Diagnosis nad Management of Familial Hypercholesterolaemia – Position Statement. The cardiac Society of Australia and New Zealand.
30. Cybulska B., Szostak-Węgierek D., Kasprzyk Z. (2014). Co to jest miażdżycy i jaki jest jej związek z nadciśnieniem tętniczym. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/nadcisnienie/informacje/ryzyko/58839,co-to-jest-miazdzycy-i-jak-jest-jej-zwiazek-z-nadcisnieniem-tetniczym>, dostęp z 10.10.2020
31. Dyakova M., Shantikumar S., Colquitt J.L., et al. (2016). Systematic versus opportunistic risk assessment for the primary prevention of cardiovascular disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
32. Piepoli M. F., Hoes A. W., Agewall S. et al. (2016). European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Eur. Heart. J.* 37: 2315–238
33. Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal* 39: 3021-3104.
34. Williams B., Mancia G., Spiering W., et al. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European Heart Journal* 39: 3021-3104.
35. Gholami F., Khoramdad M., Esmailnasab N. et al. (2017). The effect of dairy consumption on the prevention of cardiovascular diseases: A meta-analysis of prospective studies. *J Cardiovasc Thorac Res*, 2017, 9 (1), 1-11
36. Główny Urząd Statystyczny (2020). Raport Głównego Urzędu Statystycznego dotyczące liczby zgonów w latach 2010-2018 r. Pozyskano z: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/dane/podgrup/tablica> dostęp z dn. 12.10.2020
37. Hartley L., Igbinedion E., Holmes J. et al. (2013). Increased consumption of fruit and vegetables for the primary prevention of cardiovascular diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 6.
38. Hartley L., May MD., Loveman E., et al. (2016). Dietary fibre for the primary prevention of cardiovascular disease (revive). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
39. Narodowy Instytut Kardiologii (2020). Karta ryzyka SCORE. Pozyskano z: <https://www.ikard.pl/karta-ryzyka-score.html> dostęp z dn.: 24.11.2020

40. Unger T., Borghi C., Charchar F., (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75: 1334-1357.
41. Karmali K., Persell S., Perel P. et al. (2017). Risk scoring for the primary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 3. Art. No.: CD006887
42. Kou G., Zhao Z., Dong X., et al. (2017). Effects Of Citrus Fruits On Blood Lipid Levels: A Systematic Review And Metaanalysis. *Acta Medica Mediterranea*, 2017, 33: 1143
43. Lee Kw., Loh CG., Ching SM., et al. (2020). Effects of Vegetarian Diets on Blood Pressure Lowering: A Systematic Review with Meta-Analysis and Trial Sequential Analysis. *Nutrients* 12: 1-17.
44. Li J., Siegrist J.(2012). Physical Activity and Risk of Cardiovascular Disease—A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 391-407
45. Liu S., Dunford S., Leung Y., et al. (2013). Reducing blood pressure with internet-based interventions: a metanalysis. *Canadian Journal of Cardiology* 29: 613-621
46. Liu X., Zhang D., Sun X., et al. (2017). Dose–response association between physical activity and incident hypertension: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Hypertension* 69: 813-820.
47. Ma C., Liu Y., Lu Q., et al. (2016). The performance of blood pressure-to-height ratio as a screening measure for identifying children and adolescents with hypertension: a metaanalysis. *Blood press monit* 21: 43-48
48. Mills K., Obst K., Shen W., et al. (2018). Comparative Effectiveness of Implementation Strategies for Blood Pressure Control in Hypertensive Patients: a systematic review and metaanalysis. *Annals of internal medicine*, 168: 110-120.
49. Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie kardiologii. Choroba niedokrwienna serca. Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/06/mpz_kardiologia_dolnoslaskie.pdf dostęp z dn. 06.10.20
50. Ministerstwo Zdrowia (2018). Ogólnopolski Program Profilaktyki W Zakresie Miażdżycy Tętnic i Chorób Serca Poprzez Edukację Osób Z Podwyższonymi Czynnikiem Ryzyka Sercowo-Naczyniowego (Kordian). Pozyskano z: https://www.power.gov.pl/media/57476/Zalacznik_17.pdf dnia 06.10.20
51. Ministerstwo Zdrowia (2020). Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo
52. Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/program-profilaktyki-i-leczenia-chorob-ukladu-sercowonaczyniowego-polkard-na-lata-2017-2020>, dostęp z 29.09.2020
53. NFZ (2019). Zdrowe dane. NFZ o zdrowiu. Choroba niedokrwienna serca. Pozyskano z : https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/314/mod_resource/content/2/nfz_o_zdrowiu_choroba_niedokrwienna_serca.pdf dostęp z dn.06.10.2020
54. Narodowy Fundusz Zdrowia (2019). Nadciśnienie tętnicze. Pozyskano z: https://zdrowedane.nfz.gov.pl/pluginfile.php/80/mod_resource/content/1/nadcisnienietetnicze-raport-nfz-2019-small.pdf, dostęp z 13.10.2020
55. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2020). Dane pozyskane z zasobów Agencji.
56. Narodowy Fundusz Zdrowia (2020). Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK). Pozyskano z: <https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne/program-profilaktyki-chorobukladu-krazenia-chuk>, dostęp z 29.09.2020
57. National Institute for Health and Care (2010). Cardiovascular disease prevention. Pozyskano z: dostęp z 28.09.2020
58. National Institute for Health and Care (2010). Recent-onset chest pain of suspected cardiac origin: assessment and diagnosis. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg95/resources/recentonset-chest-pain-of-suspectedcardiac-origin-assessment-and-diagnosis-pdf-975751034821>, dostęp z 28.09.2020
59. The National Institute for Health and Care Excellence (2013). Myocardial infarction: cardiac rehabilitation and prevention of further cardiovascular disease.
60. The National Institute for Health and Care Excellence (2014). Cardiovascular disease: risk assessment and reduction, including lipid modification
61. The National Institute for Health and Care Excellence (2018). Chronic heart failure in adults: diagnosis and management.
62. National Institute for Health and Care Excellence (2019). Familial hypercholesterolaemia: identification and management. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg71>, Dostęp z: 05.10.2020

63. National Institute for Health and Care Excellence (2019). Hypertension in adults: diagnosis and management. Pozyskano z: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>, Dostęp z: 05.10.2020
64. Nissensohn M., Roman-Vinas B., Sanchez-Villegas A., et al. (2015). The effect of the Mediterranean diet on Hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Journal of nutrition education and behavior* 48: 42-53
65. Patnode C., Evans C., Senger C., et al. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors. Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force.
66. Patnode C., Evans C., Senger C., et al. (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention In Adults Without Known Cardiovascular Disease Risk Factors Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2017;318(2):175-193.
67. Pennant M., Davenport C., Bayliss S. et al. (2010). Community Programs for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Systematic Review. *Am J Epidemiol* 2010; 172:501–516
68. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (2019). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – rok 2019. Pozyskano z: <https://nadcisnienietetnicze.pl/sites/default/files/aktualnosci/Wytyczne%20PTNT%202019.pdf>, dostęp z 06.10.2020
69. Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego (2019). Zasady postępowania w nadciśnieniu tętniczym – rok 2019. Pozyskano z: <https://nadcisnienietetnicze.pl/sites/default/files/aktualnosci/Wytyczne%20PTNT%202019.pdf>, dostęp z 06.10.2020
70. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH (2018). „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. Pozyskano z: <https://www.pzh.gov.pl/najnowszy-raport-nizp-pzhsituacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/> dostęp z dn. 15.10.20
71. The Royal Australian College of General Practitioners (2016). Guidelines for preventive activities in general practice. 9th edn. East Melbourne, Vic: RACGP.
72. Rees K, Dyakova M, Wilson N. et al. (2013). Dietary advice for reducing cardiovascular risk. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 12. Art. No.: CD002128
73. Roerecke M., Kaczorowski J., Tobe SH., et al. (2017). The effect of reduction in alcohol consumption on blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2: 108-120.
74. Salehi-Abargouei A., Maghsoudi Z., Shirani F. et al. (2013). Effects of Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-style diet on fatal or nonfatal cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis on observational prospective studies. *Nutrition* 29 (2013) 611–618
75. Schwingshackl L., Schwingshackl C., Hoffmann G., et al. (2017). Food Groups and Risk of Hypertension: A Systematic Review and Dose-Response Meta-Analysis of Prospective Studies. *American Society for Nutrition* 8: 793-803.
76. Bejarano J., Galve E., Royo-Bordonada M.A. (2014) Spanish Interdisciplinary Committee For Cardiovascular Disease Prevention And The Spanish Society Of Cardiology Position Statement On Dyslipidemia. *Rev Esp Salud Pública* 89: 15-26.
77. Siervo M., Lara J., Chowdhury S. et al. (2015). Effects of the Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH) diet on cardiovascular risk factors: a systematic review and metaanalysis. *Br. J. Nutr.* 113(1): 1-15
78. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2017). Risk estimation and the prevention of cardiovascular disease. Edinburgh: SIGN; 2017. (SIGN publication no. 149).
79. Sisti L., Dajko M., Campanella E., et al. (2017). The effect of multifactorial lifestyle interventions on cardiovascular risk factors: A systematic review and metaanalysis of trials conducted in the general population and high-risk groups. *Preventive Medicine* 109: 82-97.
80. Serwis Rzeczypospolitej Polskiej (2018). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2018 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 listopada 2018 r. Pozyskano z: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia-26paздziernika-2018-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywieniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-wrzesnia-2018-r> dostęp z dn. 22.10.2020 r.
81. Gajewski P., Szczeklik A. (2017). *Interna Szczeklika*. Medycyna praktyczna, Kraków,

82. Virginia A. Moyer, MD, MPH (2014). United States Preventive Services Task Force. Vitamin, Mineral, and Multivitamin Supplements for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med* 160:558-564.
83. Bibbins-Domingo K., Gossman DC., Curry SJ., et al. (2016) Screening for Lipid Disorders in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Jama*. 316: 625-633.
84. United States Preventive Services Task Force (2017). Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 318: 167-174
85. United States Preventive Services Task Force (2018). Screening for Peripheral Artery Disease and Cardiovascular Disease Risk Assessment With the Ankle-Brachial Index US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 320: 177-183
86. United States Preventive Services Task Force (2018). Risk Assessment for Cardiovascular Disease With Nontraditional Risk Factors US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 320: 272-280
87. United States Preventive Services Task Force (2018). Screening for Cardiovascular Disease Risk With Electrocardiography US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 319: 2308-2314
88. World Health Organization. (2009). Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10, X Rewizja, Tom I. Pozyskano z: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf, dostęp z 15.06.2020
89. World Health Organization (2019). Hypertension. Pozyskano z: <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/hypertension>, dostęp z 06.10.2020
90. Wodniecki J., Leśniak W., (2020). Kardiomiopatie. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.2.16>, dostęp z 10.10.2020
91. Wojakowski W., Hrycek E. (2014). Hipercholesterolemia. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/pacjent/cholesterol/hipercholesterolemia/88295,hipercholesterolemia>, dostęp z 8.10.2020
92. Zdrojewski, T., Bandosz, P., Rutkowski, M., et al. (2014). Rozpowszechnienie, wykrywanie i skuteczność leczenia nadciśnienia tętniczego w Polsce—wyniki badania NATPOL 2011. *Nadciśnienie tętnicze*, 18(2): 116-117.

8. Załączniki – wzory dokumentów do wykorzystania przez Realizatora

a. Ankieta satysfakcji uczestnika programu

wzór

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Kompetentna informacja</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Punktualność</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sprawność obsługi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jak ocenia Pan(i) ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

.....
.....
.....
.....
.....

*Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i zapewnieniu najwyższego komfortu naszym pacjentom.
Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*

4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
 - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej
.....(*nazwa programu*)
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcami danych są podmioty, którym Administrator zlecił realizację Programu.

.....

*Data i czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki programu*

c. Ankieta satysfakcji uczestnika programu – działania edukacyjne

ANKIETA SATYSFAKЦИИ UCZESTNIKÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jak oceniasz organizację zajęć, w których brałaś/eś udział?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W jakim stopniu przekazana wiedza będzie według Ciebie przydatna?

<i>Bardzo przydatna</i>	<i>Przydatna</i>	<i>Średnio Przydatna</i>	<i>Raczej nieprzydatna</i>	<i>Całkowicie nieprzydatna</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy informacje zdobyte na szkoleniu zwiększyły Pani/Pana kompetencje i umiejętności?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy informacje zdobyte na zajęciach będzie Pani/Pan wykorzystywać na co dzień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący szkolenie przekazywał informacje w przystępny sposób?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy podobało się Pani/Panu nastawienie prowadzącego do uczestników zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prowadzący zachęcał uczestników do aktywnego udziału w zajęciach?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy ilość prezentowanego materiału była wystarczająca?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Czy prezentacja i materiały edukacyjne były pomocne w trakcie zajęć?

- zdecydowanie tak
- raczej tak
- trudno powiedzieć
- raczej nie
- zdecydowanie nie

Które tematy/zagadnienia były według Ciebie nieprzydatne?

.....
.....
.....

O jakie tematy/zagadnienia powinny być rozszerzone w przyszłości te zajęcia?

.....
.....
.....

Inne uwagi.

.....
.....
.....

*Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.
Uzyskane informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług
i najwyższego komfortu uczestnikom programu.
Dlatego jesteśmy Wam szczególnie wdzięczni za poświęcony czas.*