

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69)”



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Okres realizacji programu: lata 2017 - 2020

Autorzy programu:

- Grupa Robocza ds. Chorób Naczyń Mózgowych składająca się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia przy merytorycznym udziale i wsparciu dr hab. n. med. Iwony Sarzyńskiej-Długosz

Przygotowano w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Kontynuacja/ trwałość programu:

Program zostanie poddany ewaluacji, po której możliwa będzie jego kontynuacja również ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych 2014-2020.

Należy dodać, że program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Problem zdrowotny (definicja, etiologia, patogenez, obraz kliniczny, przebieg naturalny, rozpoznanie, leczenie, rokowanie)

Do chorób naczyń mózgowych zaliczamy: zawały mózgu, krwotoki śródczaszkowe, krwotoki podpajęczynówkowe, zwężenia tętnic przedmózgowych i mózgowych nieprowadzące do zawału mózgu, inne patologie naczyniowe mózgu oraz następstwa chorób naczyniowych mózgu, wg klasyfikacji ICD-10 są to kody: I60-I69.

Choroby naczyń mózgowych, a w szczególności udar mózgu, stanowią coraz istotniejszy problem zarówno medyczny, społeczny jak i ekonomiczny. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zdefiniowała udar mózgu jako nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego utrzymujących się dłużej niż 24 godziny lub prowadzących wcześniej do śmierci; objawy występują wyłącznie na skutek zaburzeń naczyniowych: zawału mózgu (ok. 80% wszystkich udarów), pierwotnego krwotoku śródmózgowego (ok. 10%), krwotoku podpajęczynówkowego (ok. 5%), innej przyczyny (ok. 5%). Jego typowe objawy to: nagłe wystąpienie jednostronnego niedowładu lub porażenia kończyn i twarzy, jednostronne nagłe drętwienie lub zaburzenie czucia, trudności w wypowiedaniu słów lub rozumieniu mowy, zaburzenia widzenia, niemożność utrzymania stojącej postawy ciała oraz bardzo silny ból głowy. Jeżeli objawy ogniskowego uszkodzenia mózgu trwają krócej niż 24 godziny, stan taki określa się mianem przemijającego niedokrwienia mózgu (ang. TIA – Transient Ischemic Attack). Obraz kliniczny udaru mózgu zależy od lokalizacji miejsca uszkodzenia w ośrodkowym układzie nerwowym. Udar jest chorobą rozpoczynającą się nagle i w krótkim czasie może doprowadzić do głębokiej niesprawności i całkowitej niesamodzielności w czynnościach codziennych.

Wśród dobrze udokumentowanych czynników ryzyka udarów mózgu wymienia się czynniki niemodyfikowalne, takie jak: wiek, płeć, rasa, czynniki genetyczne, lokalizacja geograficzna miejsca zamieszkania oraz czynniki modyfikowalne, których eliminacja może redukować ryzyko wystąpienia udaru. Zaliczamy do nich przede wszystkim: nadciśnienie tętnicze, choroby serca (m.in. migotanie przedsionków, zapalenie wsierdza, świeży zawał mięśnia serca, sztuczne zastawki), palenie tytoniu, podwyższony poziom cholesterolu i lipidów w surowicy krwi, bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych, przebyte przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, cukrzyca, hiperinsulinemia i oporność na insulinę. Do innych udokumentowanych czynników ryzyka udaru zaliczamy także: hiperhomocysteinemię, otyłość, brak aktywności fizycznej, stany nadmiernej krzepliwości krwi, nadużywanie alkoholu, uzależnienie od narkotyków, niewłaściwą dietę. Zgodnie z wynikami badania INTERSTROKE¹ za 90,7% ryzyka populacyjnego wystąpienia udaru (91,5% dla udaru niedokrwienego i 87,1% dla udaru krwotocznego) odpowiadają: nadciśnienie tętnicze,

¹O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S. i wsp.: Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet 2016 Jul 15. pii: S0140-6736(16)30506-2. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2. [Epub ahead of print]

przyczyny sercowe (głównie migotanie przedsionków), aktywne palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, otyłość brzuszna, dieta (nadmierne spożycie soli, małe spożycie ryb i owoców), brak aktywności fizycznej, cukrzyca, czynniki psychospołeczne (stres, depresja) i stosunek apolipoprotein B do A1.

Podstawą rozpoznania udaru mózgu jest badanie neurologiczne oraz badanie neuroobrazujące. W leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu tromboliza dożylna jest aktualnie podstawową metodą terapii o udokumentowanej skuteczności². Na przestrzeni ostatnich 10 lat częstość stosowania tej metody leczenia istotnie i systematycznie wzrasta. Ograniczeniem tej metody terapii jest wąskie okno terapeutyczne – pacjent musi otrzymać leczenie w ciągu 4.5 godziny od momentu zachorowania. Efekt leczenia jest tym lepszy im wcześniej zostało ono wdrożone. Chory leczony w ciągu pierwszych 90 minut od momentu zachorowania ma 3 krotnie większą szansę na odzyskanie pełnej sprawności w porównaniu do chorego, który jest leczony pomiędzy 180-tą a 270-tą minutą.

Tromboliza dożylna jest bardzo efektywną metodą leczenia, nie zawsze jednak jest skuteczna. U chorych z niedrożnością proksymalnych odcinków dużych tętnic wewnątrzmoźgowych, szansą na skuteczne leczenie jest endowaskularne udrożnienie tętnic z zastosowaniem mechanicznej trombektomii. Mechaniczna trombektomia jest nową, skuteczną metodą stosowaną w leczeniu ostrego udaru niedokrwiennego mózgu³.

Wpływ udarów mózgu na zdrowie całych populacji wzrasta systematycznie wraz ze stopniowymi zmianami wskaźników demograficznych, tj. wydłużaniem się życia ludzi i wzrostem odsetka osób powyżej 65 roku życia. Zgodnie z „Prognozą ludności na lata 2008–2035” opublikowaną przez GUS⁴ w 2009 roku struktura ludności Polski w okresie najbliższych 20 lat istotnie się zmieni. Polacy żyją coraz dłużej, a jednocześnie od wielu lat w naszym kraju rodzi się coraz mniej dzieci. Na skutek tych zjawisk w najbliższych dwóch dekadach liczba ludności Polski będzie się zmniejszać, a społeczeństwo w szybkim tempie starzeć. Udział osób w wieku 60+/65+ w strukturze ludności ogółem wzrośnie z 16,8% do 26,7%, przy czym w miastach z 17,6% do 27,8%, a na wsi z 15,6% do 25,2%⁵. Udar mózgu jest jedną z głównych przyczyn chorobowości, umieralności i długotrwałej niesprawności na całym świecie⁶. Udary mózgu występują we wszystkich grupach wiekowych i na wszystkich kontynentach, często mają charakter nieodwracalny i dlatego są najczęstszą przyczyną inwalidztwa w populacji osób powyżej 45 r.ż. Wśród osób, które przeżyły powyżej 6 miesięcy od wystąpienia udaru:

²Błażejewska-Hyżorek B., Czernuszenko A., Członkowska A. i wsp.: Postępowanie w udarze mózgu. Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. NeurolNeurochir Pol 2012; 46 (suppl 1): S1-S114.

³Powers W.J., Derdeyn C.P., Biller J. i wsp. on behalf of the American Heart Association Stroke Council: 2015 AHA/ASA Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2015; 46: 00-00. DOI: 10.1161/STR.0000000000000074, <http://stroke.ahajournals.org>

⁴Prognoza ludności na lata 2008-2035. GUS, 2009

⁵Truelsen T., Piechowski-Jóźwiak B., Bonita R. i wsp.: Stroke incidence and prevalence in Europe: a review of available data. Eur J Neurol 2006; 13: 581-598

⁶Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M. i wsp.: Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006; 367: 1747-1757

48% ma utrzymujący się niedowład połowiczy, 22% nie jest w stanie chodzić, 24–53% jest częściowo lub całkowicie zależna od innych osób, wymaga pomocy przy podstawowych czynnościach codziennych, 12–18% ma afatyczne zaburzenia mowy. Udar jest ponadto drugą pod względem częstości przyczyną otępienia, najczęstszą przyczyną padaczki u osób w podeszłym wieku oraz istotną przyczyną depresji.

Choroby naczyniowe mózgu (udary, przemijające i inne zaburzenia krążenia mózgowego) stanowią przyczynę ok. 40% wszystkich hospitalizacji w oddziałach neurologicznych w Polsce, i 3,8% wszystkich hospitalizacji w kraju⁷. Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego prognozują istotny wzrost liczby hospitalizacji na oddziałach neurologii (w tym udarowych) z 296 530 w 2016 roku do 332 160 w 2029 roku⁸. Udary są częstym powikłaniem migotania przedsionków, a ich czynniki ryzyka – palenie tytoniu, otyłość/nadwaga, nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, cukrzyca oraz brak aktywności fizycznej – pokrywają się z czynnikami ryzyka zawału serca. Z badania INTERSTROKE wynika, że 10 modyfikowalnych czynników odpowiada za więcej niż 90% ryzyka udaru mózgu⁹.

Na przestrzeni lat 1990–2010 udar mózgu stał się trzecią pod względem częstości przyczyną utraty lat życia w pełnej sprawności (DALYs – *Disability Adjusted Life Years Lost*) (w 1990 roku była to piąta przyczyna). Wskaźnik DALYs – wskaźnik długości życia skorygowany niesprawnością oceniany m.in. przez WHO jest najwyższy w tzw. grupie chorób mózgu (do której zaliczono choroby neurologiczne i zaburzenia psychiczne) – wyższy niż w chorobie niedokrwiennej serca oraz w chorobach nowotworowych (ryc.1)¹⁰. W zakresie chorób neurologicznych, udary mózgu mają szczególny wpływ na jego wysokość (55%) (ryc.2)¹¹.

Ryc. 1. Wartość procentowa wskaźnika DALYs w wybranych zespołach chorobowych

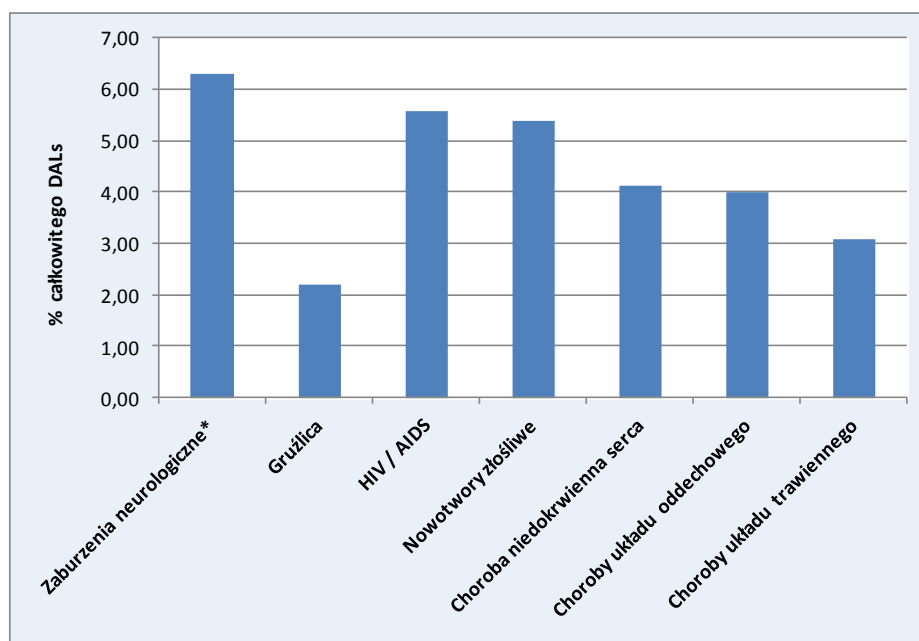
⁷ Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej, Rocznik statystyczny 2010, Część II, Lecznictwo neurologiczne, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Zakład Zdrowia Publicznego, Warszawa, 2011

⁸ Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski, Ministerstwo Zdrowia. <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-leczenie-szpitalne/>, dostęp z dnia 20.06.2016 r.

⁹ A. Członkowska, Udar mózgu - epidemiologia, leczenie, profilaktyka, w: M. Gałązka-Sobotka, M. Bogucki, J. Gierczyński, J. Gryglewicz, E. Karczewicz, H. Zalewska, Udary mózgu. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne, Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, 2013

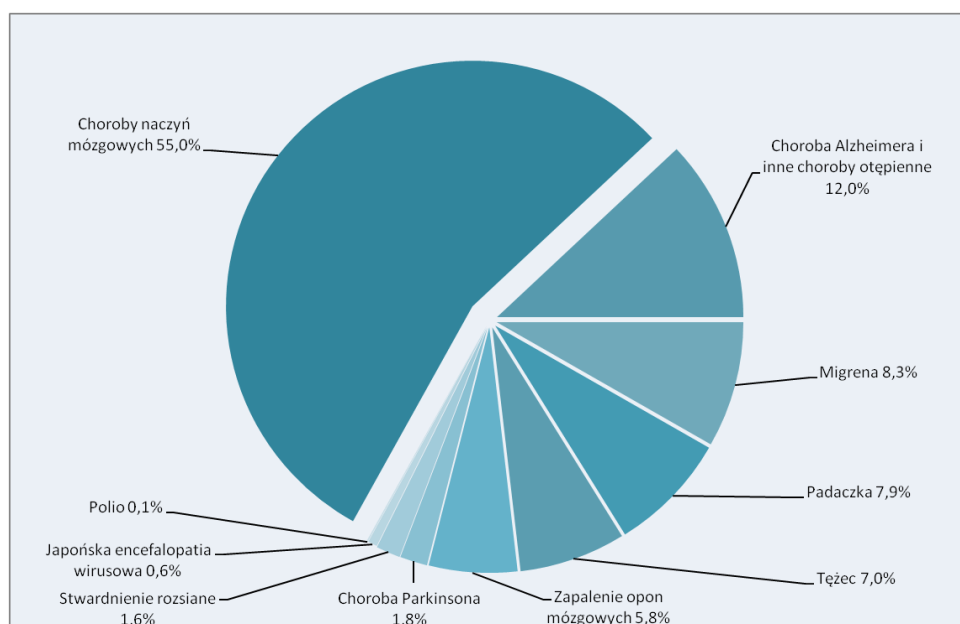
¹⁰ WHO 2006. Neurological Disorders: Public Health Challenges. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2006; http://www.who.int/mental_health/neurology/neurodiso/en/

¹¹ Ibidem



* Zaburzenia neurologiczne obejmują ogółem grupę chorób mózgu (choroby neurologiczne i zaburzenia psychiczne)

Ryc. 2. Wartość procentowa wskaźnika DALYs w wybranych chorobach neurologicznych względem wartości wskaźnika DALYs w grupie zaburzeń neurologicznych



1. Epidemiologia

Struktura ludności Polski w latach 2014-2029 będzie coraz starsza. Oczekuje się, że nastąpi istotne zmniejszenie udziału ludności w wieku 20-44 oraz znaczny wzrost udziału osób w wieku 65 lat i więcej. Osób w wieku co najmniej 65 lat będzie 8,5 mln i będą stanowiły 23% ogółu populacji wobec 15,3% w 2014 r.¹² Rozpowszechnienie udarów mózgu jak wynika z analiz prowadzonych przez ekspertów WHO jest bardzo wysokie i ponieważ wiek jest głównym niemodyfikowalnym czynnikiem ryzyka udaru mózgu wraz ze starzeniem się społeczeństwa będzie, pomimo wprowadzania nowych metod terapii, nadal wzrastać¹³. W Polsce sytuacja chorych z udarem mózgu jest szczególnie niekorzystna. Prowadzone w latach dziewięćdziesiątych XX w. prospektywne, populacyjne badania epidemiologiczne chorych z udarem mózgu (Warszawski Rejestr Udarów, PolMonica) wykazywały, że współczynniki zapadalności 177/100 000 u mężczyzn i 125/100 000 u kobiet były bardzo wysokie, należały do jednych z najwyższych w Europie, podobnie jak współczynniki umieralności (106/100 000 u mężczyzn i 71/100 000 u kobiet) co spowodowane było bardzo wysokim odsetkiem zgonów w okresie pierwszych 30 dni trwania choroby. Ogółem w tym okresie umierało 43% chorych, w tym 50% z powodu powikłań pozamózgowych. Wysokie wskaźniki umieralności i wczesnej śmiertelności w Polsce w przeciwieństwie do innych krajów Europejskich wówczas nie malały, ale miały tendencje wzrostowe^{14, 15}. Ten niekorzystny trend epidemiologiczny został zatrzymany na początku XXI w., co przede wszystkim było związane ze stopniowym tworzeniem na terenie kraju sieci oddziałów udarowych, które powstawały w ramach realizacji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udarów Mózgu oraz Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Powstająca stopniowo sieć oddziałów udarowych gwarantowała coraz lepszy dostęp do nowoczesnej diagnostyki, poprawę stanu klinicznego chorych oraz skrócenia czasu hospitalizacji¹⁶. Pozytywne efekty wprowadzonych zmian potwierdziły badania porównawcze wybranych wskaźników epidemiologicznych oszacowanych w latach 1991-1992 (Warszawski Rejestr Udarów, PolMonica) z wynikami badań prowadzonych w latach 2006-2007 (Europejski Rejestr Udarów Mózgu), które pokazał, że wprawdzie współczynniki zapadalności na udar mózgu nie zmieniły się i wciąż były wyższe w porównaniu z Anglią, Francją, Włochami, to jednak śmiertelność wczesna – 30-dniowa na podstawie badań z rejonu Warszawy zmalała z 43% do 14,9%, a śmiertelność roczna zmalała z 59,7% do 33,1%^{17,18}. Poprawa rokowania dotyczyła wszystkich grup wiekowych. Niestety od roku 2008 sytuacja epidemiologiczna w Polsce uległa stabilizacji w przeciwieństwie do innych krajów europejskich, w których stwierdzano dalszy systematyczny spadek umieralności i

¹² Mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit. 8

¹³ Prognoza ludności na lata 2008-2035. GUS, 2009

¹⁴ Asplund K., Bonita R., Kuulasamaa K. i wsp.: Multinational comparisons of stroke epidemiology. Evaluation of case ascertainment in the WHO MONICA Stroke Study. *Stroke* 1995; 26: 355-360

¹⁵ Członkowska A., Ryglewicz D., Weissbein T. i wsp.: A prospective community-based study of stroke in Warsaw, Poland.: *Stroke* 1994; 25: 547-551

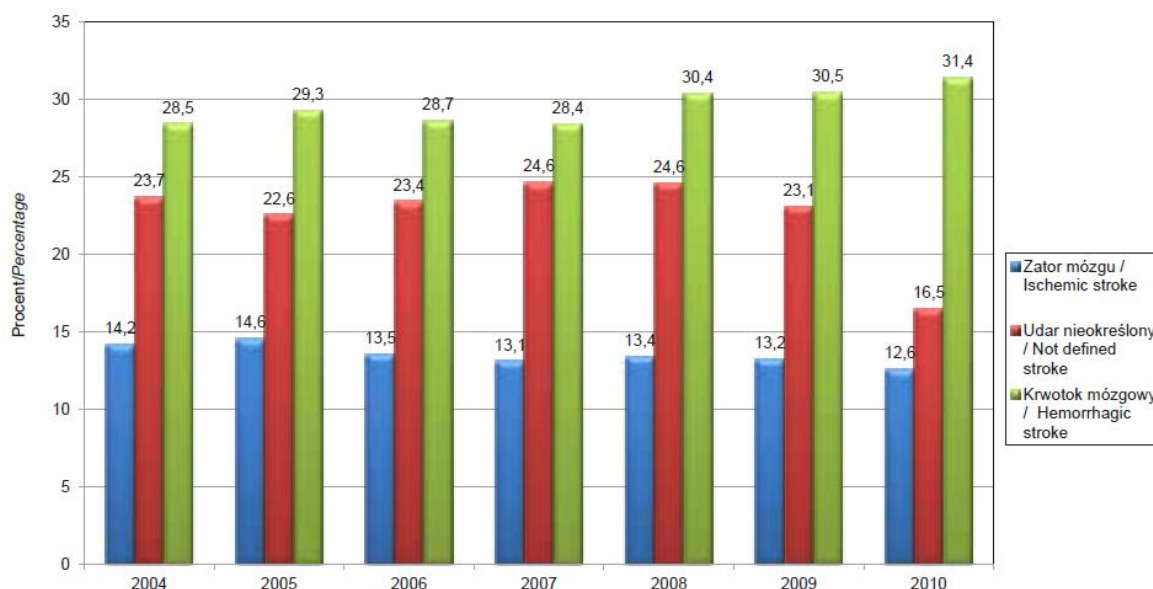
¹⁶ Członkowska A., Milewska D., Ryglewicz D. The Polish Experience In Early Stroke Care. *Cerebrovasc Dis.* 2003; 15 (supl 1): 14-15

¹⁷ The European Registers of Stroke (EROS) Investigators.: Incidence of Stroke in Europe at the Beginning of the 21st Century. *Stroke* 2009; 40: 1557-1563

¹⁸ Sienkiewicz-Jarosz H., Głuszkiewicz M., Pniowski J. i wsp.: Incidence and case fatality rates of first-ever stroke – comparison of data from two prospective population-based studies conducted in Warsaw. *Neurol Neurochir Pol* 2011; 45: 207-212

śmiertelności. Powoduje to, że Polska nadal zaliczana jest do grupy krajów o wysokich wskaźnikach zapadalności na udar oraz wysokich wskaźnikach umieralności (ryc.3).

Ryc. 3. Śmiertelność szpitalna w okresie 30 dni, osób hospitalizowanych z powodu zatoru mózgu i krwotoku mózgowego w Polsce, 2004- 2010¹⁹



2. Populacja podlegająca i kwalifikująca się do włączenia do programu

Do włączenia do programu w ciągu całego okresu jego trwania kwalifikuje się populacja w zakresie od 2 783 684 do 3 299 180 osób (populacja z grupy wiekowej 40-65 lat - 10 309 939 osób, wg danych GUS 2015), co wyliczono na podstawie odsetka osób palących kobiet i mężczyzn. Palenie jest istotnym czynnikiem ryzyka chorób naczyń mózgowych zależnym od stylu życia a nadciśnienie tętnicze jest najczęściej stwierdzanym czynnikiem ryzyka u osób chorujących na udar mózgu. Biorąc pod uwagę fakt, że w 2013 roku w Polsce paliło ok. 27% dorosłej populacji (wyniki przeprowadzonych w 2013 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 31%, zaś w populacji kobiet – 23%²⁰), oraz uwzględniając, że ok. 32% osób dorosłych choruje na nadciśnienie²¹ - możliwe jest oszacowanie zakresu populacji potencjalnie kwalifikującej się do włączenia do programu.

¹⁹B. Wojtyński, P. Goryński, B. Moskaiewicz, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, NIZP - PZH 2012

²⁰ Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

²¹Zdrojewski T. Diagnoza stanu zdrowia Polaków według NATPOL 2011. <http://www.biznesnafali.pl> (dostęp: 12.08.2016r.)

Zgodnie z najnowszymi wynikami badania INTERSTROKE ²² do najważniejszych modyfikowalnych czynników ryzyka udaru poza paleniem tytoniu zaliczamy także: nadciśnienie tętnicze, przyczyny sercowe (głównie migotanie przedsionków), nadużywanie alkoholu, otyłość brzuszna, niewłaściwą dietę (nadmierne spożycie soli, małe spożycie ryb i owoców), brak aktywności fizycznej, cukrzycę oraz czynniki psychospołeczne (stres, depresja).

Grupą docelową programu, a więc jego odbiorcami będą:

- osoby w wieku 40-65 lat z grup ryzyka wystąpienia udaru mózgu - najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych. W szczególności będą to osoby palące papierosy, nadużywające alkoholu oraz osoby z otyłością brzuszna, a także osoby, u których stwierdzono: nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, migotanie przedsionków, bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych czy zaburzenia gospodarki lipidowej.

- personel medyczny (lekarze, pracownicy/współpracownicy) podmiotów świadczących usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zgodnie z założeniami Programu, jeden realizator jest zobowiązany podpisać umowy dot. współpracy w ramach projektu z co najmniej 60 świadczeniodawcami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z terenu co najmniej 3 województw w zakresie działań profilaktycznych. W zależności od liczby realizatorów programu tylu pracowników ochrony zdrowia, w szczególności lekarzy POZ będzie uczestniczyło w programie.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (zaprezentowanych w raporcie „Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie) w Polsce praktykuje ponad 32 000 lekarzy POZ, w ponad 6200 podmiotach, mając pod opieką 34 720 753 osoby. Liczba lekarzy znacząco różni się w poszczególnych województwach i wynosi od 655 w lubuskim do 4.184 w mazowieckim²³. Natomiast liczba pielęgniarek w Polsce zgłoszonych do realizacji umów zawartych w 2015 r. na realizację świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej wynosiła ponad 19 000. Program będzie skierowany do wszystkich lekarzy i pielęgniarek POZ w Polsce. W ramach Programu zakłada się przeszkolenie **co najmniej 815 osób** współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

3. Obecne postępowanie

W Polsce działania zmierzające w kierunku ograniczania skutków chorób naczyń mózgowych podejmowane są od lat 90 ubiegłego wieku. Sytuacja epidemiologiczna oraz wynikające z niej potrzeby zdrowotne spowodowały, że w latach 1997-2002 Ministerstwo Zdrowia

²²O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S. i wsp.: Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. Lancet 2016 Jul 15. pii: S0140-6736(16)30506-2. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2. [Epub ahead of print]

²³ Podstawowa Opieka Zdrowotna potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa styczeń-luty 2016.

umożliwiło realizację Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (NPPiLUM), natomiast od 2003 działania zmierzające do poprawy sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób naczyń mózgowych podejmowano w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD (4 edycje - 2003-2005, 2006-2008, 2009, 2010-2012) oraz obecnie jest realizowany Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016.

Dotychczas prowadzone programy polityki zdrowotnej ukierunkowane były na rozwój sieci oddziałów udarowych oraz oddziałów wczesnej rehabilitacji neurologicznej i koncentrowały się głównie na wyrównywaniu dysproporcji uwarunkowanych bazą sprzętową w dostępie do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Programy te miały na celu także wdrożyć i upowszechnić dostęp do nowoczesnej terapii – tromboliza w udarze niedokrwiennym mózgu, kompleksowa rehabilitacja neurologiczna, stentowanie tętnic szyjnych.

W prowadzonych działaniach na rzecz zmniejszania skutków chorób naczyń mózgowych nie było dotychczas zorganizowanych interwencji edukacyjnych i informacyjnych skierowanych do społeczeństwa oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ani działań zmierzających do zapewnienia skoordynowanej opieki nad osobami z chorobami naczyń mózgowych (z uwzględnieniem placówek POZ, jako docelowych koordynatorów opieki nad pacjentami).

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Choroby naczyniowe mózgu są jedną z istotnych przyczyn zgonów w Polsce oraz ważną przyczyną niesprawności w populacji osób dorosłych. Badania epidemiologiczne wykazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia m.in. udaru mózgu odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań, składające się na współczesny styl życia. Są to: palenie papierosów, picie alkoholu, niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, stres. Właściwe wczesne postępowanie profilaktyczne ma udowodnioną skuteczność i jest zalecane przez towarzystwa naukowe i grupy ekspertów^{24,25}. Problem niedostatecznego poziomu wiedzy społeczeństwa odnośnie czynników ryzyka udaru mózgu w połączeniu z ogólną, dozwoloną i korzystną dla Państwa ze względu na dochody z akcyzy dostępnością do alkoholu oraz wyrobów tytoniowych, powoduje, iż stanowią one częsty czynnik ryzyka zachorowania na choroby naczyń mózgowych. Dlatego też podwyższenie świadomości społecznej oraz

²⁴Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B. i wsp. on behalf of American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45: 3754-832. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.

²⁵ Windak A., Godycki-Ćwirko M., Podolec P. i wsp. Wytyczne Grupy Roboczej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące badań przesiewowych w profilaktyce chorób układu krążenia. <http://www.pfp.edu.pl/index.php?id=wytprzesiew> (dostęp: 30.08.2016r.)

poprawa wiedzy pracowników podstawowej opieki zdrowotnej w tym zakresie jest konieczna.

Palenie tytoniu

Opublikowany w roku 2013 raport WHO M-POWER wskazuje, że epidemia tytoniowa zabija każdego roku na świecie ok. 6 mln osób. Dane z 2000 roku wskazują, że w Polsce palenie tytoniu było przyczyną około 69 tys. zgonów, z czego około 43 tys. stanowiły zgony przedwczesne (w wieku 35–69 lat).

Wyniki ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2013 roku przez Główny Inspektorat Sanitarny pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 31%, zaś w populacji kobiet – 23%²⁶. Stanowi to około 9 mln osób. W ciągu minionych 30 lat obserwowano w Polsce stopniowe ograniczenie częstości palenia tytoniu. W ostatnich latach zanotowano zmniejszenie się tempa spadku częstości palenia u mężczyzn oraz zahamowanie trendu spadkowego u młodych dorosłych kobiet. Najbiedniejsi, niewykształceni Polacy palą znacznie częściej niż osoby bogatsze z wyższym wykształceniem.

Otyłość

Otyłość jest obecnie uznawana za chorobę cywilizacyjną o światowym zasięgu²⁷, prawie 1/3 populacji osób dorosłych na świecie wykazuje nadwagę lub otyłość i liczba osób otyłych stale wzrasta – także w Polsce. Występowanie otyłości przyczynia się do zwiększonego ryzyka zachorowania na udar mózgu [OR – 1,44] (OR – Odds Ratio – iloraz szans, tj. stosunek szans wystąpienia danego zdarzenia w jednej grupie do szansy jego wystąpienia w innej grupie)²⁸.

Migotanie przedsionków

Zatory pochodzenia sercowego są istotną przyczyną udaru niedokrwionnego mózgu. Najważniejszą rolę odgrywa migotanie przedsionków, które stanowi 45-60% przyczyn udaru niedokrwionnego mózgu występującego na podłożu zatoru pochodzenia sercowego²⁹. Najnowsze doniesienia potwierdzają, że choroby serca (głównie migotanie przedsionków) istotnie zwiększają ryzyko wystąpienia udaru mózgu (OR - 3,17)³⁰.

²⁶ Raport z ogólnopolskiego badania ... op. cit. 20

²⁷ Szymocha M., Bryła M., Maniecka-Bryła I.: Epidemia otyłości XXI wieku. *Zdrowie Publiczne* 2009, 199: 207-212.

²⁸ O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S. i wsp.: Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* 2016 Jul 15. pii: S0140-6736(16)30506-2. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30506-2. [Epub ahead of print]

²⁹ Becker E.I., Jung A., Voller H. i wsp.: Cardiogenic embolism as the main cause of ischemic stroke in a city hospital: an interdisciplinary study. *Vasa* 2001; 30: 43-52.

³⁰ O'Donnell M.J. i wsp. op. cit. 28

Nadciśnienie tętnicze

W 2011 roku w Polsce na nadciśnienie tętnicze chorowało ok. 10,5 mln dorosłych osób (32%) i aż 3 mln nie zdaje sobie sprawy z tego, że mają nadciśnienie tętnicze. Odsetek osób chorujących wzrósł w latach 2002-2011 o 2%³¹. Nadciśnienie tętnicze, a także jego składowe definiowane jak skurczowe ciśnienie tętnicze, rozkurczowe ciśnienie tętnicze, średnie ciśnienie tętnicze są dobrze udokumentowanymi czynnikami ryzyka udaru mózgu (OR 2,98)³².

Spożywanie alkoholu

Zjawisko nadużywania alkoholu w Polsce wciąż stanowi istotny problem społeczny. Szacunkowo w roku 1993 mężczyźni pili prawie pięciokrotnie więcej alkoholu niż kobiety. W roku 1998 różnica między mężczyznami a kobietami zmalała – mężczyźni pili już tylko trzy razy więcej. Choroba alkoholowa oraz nadmierne spożycie alkoholu przestało być domeną mężczyzn. Szczególnie niepokojącym jest fakt, iż obecnie coraz częściej alkoholu nadużywają młode kobiety.

W roku 2014 struktura spożycia alkoholu w Polsce kształtowała się następująco:

- wyroby spirytusowe – 34%,
- wino i miody pitne – 8%,
- piwo – 58%.

Powyższe dane wskazują, że wyroby spirytusowe, które charakteryzują się wysoką zawartością etanolu stanowią aż 1/3 spośród wszystkich spożywanych wyrobów alkoholowych.

Proponowany Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych podobnie jak dotychczas prowadzone narodowe programy polityki zdrowotnej NPPiLUM i POLKARD jako program ogólnokrajowy, jest ściśle związany z priorytetami rządu w zakresie polityki zdrowotnej i demograficznej, a także z celami strategicznymi i operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Biorąc pod uwagę dotychczasowe działania mające na celu rozwiązanie tego problemu zdrowotnego, jak również w kontekście analizy epidemiologiczno-demograficznej realizacja proponowanego Programu jest konieczna i uzasadniona. Powyższe wynika także z potrzeby wprowadzenia do systemu opieki zdrowotnej rozwiązań skoncentrowanych na zapobieganiu chorobom naczyń mózgowych, jak również wdrożeniu usprawnień organizacji procesu opieki nad pacjentami, u których w ramach badań profilaktycznych wykryto dane schorzenie. Ponadto, opracowanie strategii profilaktyki chorób naczyń mózgowych i jej wdrożenie poprzez usystematyzowany cykl szkoleń dla personelu medycznego, jak również

³¹ Zdrojewski T. : op. cit. 21

³² O'Donnell M.J. i wsp.: op. cit. 28.

dalsze wsparcie w postaci aktualizowanej strony internetowej wydaje się być stosunkowo mało kosztownym przedsięwzięciem w odniesieniu do spodziewanych korzyści.

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny

Profilaktyka i wczesne rozpoznanie objawów chorób naczyń mózgowych, w szczególności udarów mózgu i przemijającego ataku niedokrwienego (TIA), u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat) w okresie realizacji i na terenie realizacji programu.

2. Cele szczegółowe

- A. Zwiększenie wczesnego wykrywania osób z grup ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych u osób w wieku aktywności zawodowej (40-65 lat) w okresie realizacji i na terenie realizacji programu. Powyższe zostanie osiągnięte dzięki:
 - 1. wdrożeniu przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ankiety tzw. checklisty (stanowiącej załącznik nr 1) służącej do analizy i identyfikacji czynników ryzyka, które w największym stopniu zagrażają wystąpieniem udaru mózgu oraz
 - 2. przeprowadzeniu wystandaryzowanego badania fizykalnego.
- B. Identyfikacja potrzeb edukacyjnych pacjentów POZ w zakresie wiedzy dotyczącej: wzorców zdrowego stylu życia, czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych i objawów udaru mózgu
- C. Zwiększenie oddziaływania profilaktyki pierwotnej i wtórnej w okresie realizacji i na terenie realizacji programu wśród osób w wieku 40-65 lat z grup ryzyka poprzez wczesną diagnozę i realizację badań ogólnie-internistycznych, upowszechnienie wiedzy i zwiększenie świadomości dotyczącej czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych i objawów udaru mózgu wśród pacjentów POZ poprzez opracowanie i przeprowadzenie działań informacyjno- i szkoleniowo-edukacyjnych związanych z chorobami naczyń mózgowych na terenie realizacji projektu
- D. Identyfikacja potencjalnych potrzeb edukacyjnych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy i pielęgniarki) w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych
- E. Zaspokojenie potrzeb edukacyjnych pracowników ochrony zdrowia (lekarzy i pielęgniarki) w zakresie wiedzy dotyczącej profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyniowych mózgu poprzez opracowanie i wdrożenie oferty edukacyjnej mającej na celu poprawę profilaktyki pierwotnej i wtórnej oraz opracowanie strony internetowej z materiałami wspomagającymi prowadzenie profilaktyki.

- F. Wdrożenie etapu pogłębionej diagnostyki chorób naczyń mózgowych odbywającej się w warunkach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej u osób ze stwierdzonymi objawami przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (TIA) – pilotaż.

Ponadto, do celów monitoringu badań zaliczamy przeprowadzenie badań kliniczno-kontrolnych poprzez: opracowanie metodologii i założeń, przeprowadzenie epidemiologicznych badań kliniczno-kontrolnych, prowadzenie badań porównawczych.

3. Oczekiwane efekty

Schemat przedstawionego programu polityki zdrowotnej zakłada zarówno elementy badawcze (badania ankietowe dotyczące posiadanej wiedzy), edukacyjne, jak i wspierające współpracę pomiędzy ośrodkami wysokospecjalistycznymi a lekarzami POZ – dzięki temu ma docelowo przeciwdziałać zjawisku fragmentacji opieki i przyczyniać się do wdrożenia skoordynowanej opieki nad pacjentami z chorobami naczyń mózgowych z uwzględnieniem placówek POZ, jako docelowych koordynatorów opieki nad pacjentami.

Wczesne wykrywanie osób z grup ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych oraz poprawa świadomości społecznej oraz efektywności prowadzonej profilaktyki pierwotnej i wtórnej wpłynie na zwiększenie częstości zachowań prozdrowotnych oraz zmniejszenie liczby nowych zachorowań na udar, jak również zwiększy odsetek chorych ze świeżym udarem wcześniej trafiających do oddziałów udarowych. Wpłynie to na zwiększenie skuteczności interwencji leczniczych, których efektywność jest tym większa im wcześniej są zastosowane od momentu zachorowania. Wszystkie te działania będą miały długofalowy wpływ na zmniejszenie nie tylko umieralności, ale przede wszystkim liczby osób niepełnosprawnych wymagających stałej opieki sprawowanej przez członków rodziny lub przez osoby trzecie. Realizacja programu będzie również miała istotny wpływ na zmniejszenie ryzyka występowania kolejnych udarów, których wystąpienie zawsze wpływa na gorsze rokowanie.

Dzięki programowi zostanie podkreślona rola lekarzy POZ jako docelowych koordynatorów opieki nad chorymi z ryzykiem chorób naczyń mózgowych oraz zostanie stworzony system skoordynowanej opieki nad chorymi z chorobami naczyń mózgowych począwszy od stwierdzenia czynników ryzyka, wczesnego rozpoznania, właściwego leczenia oraz wdrożenia i kontynuowania profilaktyki wtórnej.

W ramach badań naukowych efektem będzie wzrost wiedzy na temat świadomości społecznej dotyczącej czynników ryzyka oraz objawów chorób naczyniowych mózgu oraz opublikowanie danych na temat skuteczności przeprowadzonej interwencji w recenzowanym czasopiśmie naukowym.

Dodatkowym rezultatem ma być udokumentowanie skuteczności nowej usługi medycznej w postaci kompleksowej diagnostyki przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (TIA)

w warunkach ambulatoryjnych, która to usługa będzie ponad czterokrotnie tańsza³³ niż koszt takiej diagnostyki obecnie prowadzony w ramach hospitalizacji (świadczenia w ramach NFZ).

Powyższe, będzie również stanowiło odpowiedź na oczekiwany w ramach Programu efekt w postaci stworzenia innowacyjnego i testującego rozwiązania w zakresie profilaktyki zdrowotnej.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Mierniki efektywności dla pojedynczego realizatora:

- odsetek osób z populacji docelowej programu, którzy podjęli się redukcji czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych – co najmniej 50%
- odsetek osób, które rzuciły palenie, ograniczyły spożywanie alkoholu, zmieniły swoją dietę i zwiększyły poziom aktywności fizycznej – co najmniej 50%
- odsetek osób, które wdrożyły leczenie obniżające ciśnienie tętnicze – co najmniej 50%
- odsetek osób z lepszymi wynikami badań biochemicznych i pomiarów antropometrycznych (porównując do wyników sprzed realizacji programu) na poziomie co najmniej 50%
- odsetek uczestników projektu deklarujących wzrost wiedzy o chorobach naczyń mózgowych w okresie i na terenie realizacji programu – co najmniej 60% (wskaźnik weryfikowany za pomocą ankiety)
- odsetek pracowników ochrony zdrowia deklarujących wzrost wiedzy o chorobach naczyń mózgowych w okresie i na terenie realizacji programu – co najmniej 60% (wskaźnik weryfikowany za pomocą ankiety)
- liczba rozkolportowanych (min. 10 000) materiałów edukacyjnych (broszury, plakaty, ulotki) wśród grupy docelowej
- liczba przeprowadzonych akcji edukacyjnych dla pacjentów przy możliwym współudziale organizacji pozarządowych – min 1 akcja przez każdego realizatora. Edukacja pacjentów w kierunku wczesnego rozpoznawania objawów udaru mózgu czy TIA powinna być prowadzona ze szczególnym uwzględnieniem działań kierowanych do grup podwyższonego ryzyka. Ww. akcja może zostać przeprowadzona na terenie realizacji Programu i objąć swoim zasięgiem co najmniej 3 województwa (zgodnie z warunkiem dostępu: 1 realizator podejmuje współpracę z POZ z terenu co najmniej 3 województw).

³³ Obecnie chorzy z TIA są diagnozowani w warunkach szpitalnych i rozliczani grupą JGP A47 za 74 pkt (koszt 1 pkt to 52 zł) – oznacza to, że taka hospitalizacja jest wyceniona na ok. 3848 zł. – Zarządzenie Nr 55/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dn. 28 czerwca 2016r.

- liczba osób w wieku 40-65 lat zdiagnozowanych za pomocą checklisty celem identyfikacji czynników ryzyka, zagrażających wystąpieniem udaru mózgu – ok. 6 000
- liczba osób przebadanych przez lekarzy POZ i przeszkolonych w zakresie czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych – ok. 1 800
- liczba osób, którym udzielono kompleksowej diagnostyki ambulatoryjnej TIA w trybie pilnym – ok. 120
- liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały przeszkolone z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS - co najmniej 815, w całej Polsce,
- liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS podnieśli swoje kompetencje z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS - co najmniej 692, w całej Polsce,
- liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS - co najmniej 4300 w całej Polsce.

Ponadto, w ramach Programu będzie prowadzony monitoring zgłoszonych incydentów zakwalifikowanych jako negatywne efekty Programu (np. błędna diagnoza, brak skierowania pacjenta do oddziału szpitalnego w przypadku udaru, zmiana sposobu postępowania, brak przeniesienia opieki na poziom AOS etc.). Liczba realizatorów będzie zależna od dostępnej w ramach konkursu alokacji. Zgodnie z założeniami jeden projekt realizowany w ramach programu może mieć wartość od 500 tys. zł do 2,5 mln zł. Alokacja na konkurs została zaplanowana w wysokości 15 mln zł. Przy założeniu, że całość alokacji zostanie wykorzystana realizatorów będzie od 6 do 30.

III. ADRESACI PROGRAMU

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Grupę docelową w projekcie stanowią, oprócz osób zatrudnionych (bez względu na formę zatrudnienia) w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej, osoby w wieku produkcyjnym, będący w grupie podwyższonego ryzyka, którzy zostaną objęci badaniami skriningowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrycia choroby.

Powyżej opisana grupa docelowa została dookreślona do grupy wiekowej 40-65 lat.

Zgodnie z założeniami Programu jeden realizator przeszkoli w ramach programu polityki zdrowotnej co najmniej 120 pracowników (lekarzy lub pielęgniarzy) podmiotów świadczących usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym min. 60 lekarzy POZ pełniących opiekę nad osobami dorosłymi z i bez czynników ryzyka chorób naczyniowych mózgu oraz obejmie wsparciem ok. 1800 pacjentów zgłaszających się do lekarza POZ w wieku 40-65 lat,

u których zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka, uznane zagrażające wystąpieniem chorób naczyniowych mózgu w największym stopniu. Będą to osoby palące papierosy, nadużywające alkoholu oraz osoby z otyłością brzuszną, a także osoby, u których stwierdzono: migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, bezobjawowe zwężenie tętnic szyjnych czy zaburzenia gospodarki lipidowej. Ponadto, ok. 120 pacjentów z objawami przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (TIA) zostanie objętych wsparciem w ramach kompleksowej diagnostyki (pilotaż).

Ostateczna liczba odbiorców będzie zależna od liczby realizatorów Programu.

2. Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do badań będzie się odbywać dwutorowo poprzez:

- a. **Lekarza POZ** – spośród wylosowanych 1 000 lekarzy POZ z całej Polski, po badaniu ankietowym oceniającym potencjalne potrzeby edukacyjne – lekarze z co najmniej 60 ośrodków POZ (dla 1 realizatora), którzy wyrażą zgodę na udział w Programie i podpiszą umowy na realizację Programu – będą włączać do programu pacjentów. Rolą lekarza POZ będzie wytypowanie (z grupy ok. 100 pacjentów ocenionych za pomocą checklisty) spośród pacjentów pozostających pod jego opieką (tzw. listy aktywnej pacjentów) po ok. 30 pacjentów (w wieku 40-65 lat) posiadających czynniki ryzyka zwiększające ryzyko wystąpienia udaru mózgu i osobiste zaproszenie ich do udziału w programie.

Zaproszenie do badań będzie się odbywać, co do zasady, w ścisłej współpracy z personelem POZ. Zadaniem personelu medycznego POZ będzie również udział m. in. w szkoleniach organizowanych przez realizatora Programu na terenie województwa, edukowanie pacjentów, kwalifikowanie i przeprowadzanie u osób z czynnikami ryzyka zwiększającymi wystąpienie udaru mózgu diagnostyki podstawowej oraz kierowanie, w razie potrzeby, na diagnostykę rozszerzoną i pogłębioną.

- b. **Samodzielne zgłoszenie** – poprzez działania edukacyjne skierowane bezpośrednio do grupy docelowej. Działania te to m. in. ulotki wysyłane do gabinetów lekarzy innych specjalności mających kontakt z osobami z grupy ryzyka chorób naczyń mózgowych (m. in. kardiologów, neurologów, diabetologów, hipertensjologów, chirurgów naczyniowi, radiologów, lekarzy medycyny pracy, specjaliści rehabilitacji medycznej etc.), ogłoszenia w prasie lokalnej, stronie internetowej i mediach społecznościowych. W przypadku gdy pacjent zgłosi się na badanie w etapie podstawowym samodzielnie, przy rejestracji na badanie konieczne będzie wypełnienie ankiety – checklisty dotyczącej obecności czynników ryzyka.

Jeden realizator zobowiązany jest podpisać umowy z co najmniej 60-cioma świadczeniodawcami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej z terenu co najmniej 3 województw.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Zgodnie z rekomendacjami NICE, w ramach Programu sugeruje się następujące standardy postępowania w ramach poniższego schematu opieki (interwencji):

Do Programu będą kwalifikowane osoby zgłaszające się do lekarzy POZ w wieku 40-65 lat, u których na podstawie „checklisty”, wywiadu lekarskiego oraz wystandaryzowanego badania fizykalnego zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka będące największą przyczyną udarów mózgu. Biorąc powyższe pod uwagę utworzona „checklista” będzie stanowić główne narzędzie przesiewowe populacji w ww. grupie wiekowej, niezależnie od sposobu zgłoszenia się pacjenta do udziału w programie. Następnie osoba z potwierdzonym przez lekarza ryzykiem wystąpienia udaru/TIA poddana zostanie edukacji zdrowotnej nt. ryzyka chorób naczyniowych mózgu, a następnie zaproszona do kolejnych badań w ramach pakietu rozszerzonego POZ. Ostateczną decyzję, co do dalszych etapów postępowania profilaktycznego podejmuje lekarz.

Kompleksowa diagnostyka TIA w ramach AOS (w trybie pilnym) będzie przeprowadzana u uczestników z wcześniejszymi epizodami TIA zidentyfikowanymi na podstawie checklisty, wywiadu, jak również niewłaściwych wyników badań wykonanych w ramach POZ (w szczególności ze stwierdzonymi epizodami migotania przedsionków). W ramach pogłębionego pakietu świadczeń w AOS będą realizowane: badanie EKG spoczynkowego, pomiar glikemii i lipidogram, morfologia krwi z rozmazem, badanie neurologiczne, Holter EKG, USG tętnic domózgowych, ECHO serca oraz badania neuroobrazujące (tj. tomografia komputerowa bez kontrastu). Świadczenia te będą wykonywane u osób ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w pakiecie rozszerzonym w ramach POZ lub u osób, u których w „checkliście”/wywiadzie stwierdzono przebyte epizody TIA. Należy podkreślić, że zgodnie z wytycznymi NICE 2008 pacjenci Ci powinni być poddani ocenie ryzyka wystąpienia udaru mózgu za pomocą wystandaryzowanej skali ABCD².

Skala ABCD²:

A - wiek (Age), jeśli pacjent ma ≥ 60 lat, przyznajemy 1 pkt

B - ciśnienie tętnicze (Blood pressure) gdy $\geq 140/90$ mmHg = 1 pkt

C - objawy kliniczne (Clinical features): niedowład = 2 pkt., afazja (bez niedowładu) = 1 pkt

D - długość trwania objawów (Duration of the symptoms): ≥ 60 min = 2 pkt., 10-59 min = 1 pkt, < 10 min = 0 pkt

D2 - cukrzyca (Diabetes mellitus) - tak = 1 pkt.

Jeżeli pacjenci zgłoszą się do lekarza z istniejącymi objawami sugerującymi przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) powinni być tak szybko jak to możliwe niezwłocznie hospitalizowani w oddziale udarowym (leczenie poza Programem).

Pacjenci, którzy przebyli TIA, ale w momencie oceny (w ciągu ostatnich 24 godzin) nie mieli objawów neurologicznych sugerujących TIA i osiągnęli w skali ABCD2 4 lub więcej punktów powinni być niezwłocznie ocenieni przez lekarza specjalistę oraz zalecana jest hospitalizacja na oddziale udarowym (poza Programem), gdyż postępowanie diagnostyczne w TIA, w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia udaru, nie powinno trwać dłużej niż 24 godziny (ISWP 2016, AHA 2013).

Osoby z nawracającymi objawami TIA tj. crescendo TIA (2 lub więcej epizodów TIA w ciągu tygodnia) zawsze powinni być traktowani jako osoby z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia udaru mózgu (niezależnie od wyniku w skali ABCD2) i niezwłocznie hospitalizowani w oddziale udarowym (poza programem).

Pacjenci, którzy przebyli TIA, ale w momencie oceny (w ciągu ostatnich 24 godzin) nie mieli objawów neurologicznych sugerujących TIA i osiągnęli w skali ABCD2 3 lub mniej punktów powinni być niezwłocznie ocenieni przez lekarza specjalistę i powinni mieć przeprowadzone postępowanie diagnostyczne w TIA w ciągu tygodnia.

Pacjenci, którzy przebyli TIA w przeszłości (więcej niż 1 tydzień) powinni być traktowani jako osoby z grupy niskiego ryzyka udaru mózgu - ocena przez lekarza specjalistę i postępowanie diagnostyczne powinna być wykonana w TIA w ciągu tygodnia.

Hospitalizacja i obserwacja w oddziale udarowym powinna być zarezerwowana zwłaszcza dla chorych z powtarzającymi się napadami niedokrwienia (tj. crescendo TIA) oraz dla osób, którzy przebyli TIA w ciągu ostatniego tygodnia i którzy w skali ABCD2 osiągną 4 lub więcej pkt.

Części składowe programu:

a) część logistyczno-administracyjna

- realizatorzy części logistyczno-administracyjnej Programu zostaną wyłonieni w ramach konkursu ogłoszonego przez MZ. Zgodnie z zapisami Rocznego Planu Działań na 2016 r. Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój projektodawcą może być uczelnia medyczna działająca w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym lub medyczny instytut badawczy działający w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych lub szpital kliniczny lub podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie neurologii lub kardiologii

b) część merytoryczna

- **Konsultacja lekarza POZ (tzw. pakiet podstawowy)** - w ramach usługi lekarz POZ typuje wśród pacjentów, w szczególności, ze swojej listy aktywnej, osoby które kwalifikują się do Programu, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej z grupy wiekowej 40-65 lata u których na podstawie badania za pomocą „checklisty” (załącznik nr 1) i przeprowadzonego wywiadu zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka, które w największym stopniu zagrażają wystąpieniem udaru mózgu (m. in. palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nadużywanie alkoholu, cukrzyca, brak aktywności fizycznej). Dodatkowo, pacjent powinien wypełnić ankietę oceniającą wiedzę na temat chorób naczyń mózgowych, w tym udaru mózgu (załącznik nr 3). Ponadto, w ramach badania przedmiotowego lekarz wykonuje następujące badanie fizykalne (standardowe badanie ogólnie-internistyczne): pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu pasa, obwodu bioder, RR na prawej kończynie górnej, RR na lewej kończynie górnej, badanie tętna, osłuchowa ocena obu tętnic szyjnych celem wykrycia ewentualnych szmerów wskazujących na stenozę. Po wypełnieniu deklaracji uczestnictwa w Programie (załącznik nr 2) oraz, o ile wystąpią czynniki ryzyka, pacjent jest kierowany do kolejnego etapu.

W przypadku braku występowania objawów personel POZ powinien:

- poinformować o ryzyku wystąpienia chorób naczyń mózgowych,
 - przeprowadzić rozmowę edukacyjną dot. wystąpienia czynników ryzyka zachorowania na choroby naczyń mózgowych,
 - przekazać materiały edukacyjne dot. chorób naczyń mózgowych.
- **badanie medyczne i konsultacja lekarza POZ (tzw. pakiet rozszerzony)** – usługa wykonywana u osób, u których stwierdzono na etapie podstawowym (checklista, wywiad, standardowe badanie ogólnie-internistyczne) problemy z sercem (np. niemierną pracę serca, migotanie przedsionków, skargi na kołatanie serca), otyłość brzuszną, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, ale też palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu – wystarczy którakolwiek z ww. przesłanek), składająca się z następujących elementów:
 - wykonanie EKG spoczynkowego
 - pomiar glikemii (przygodnej za pomocą glukometru)
 - badanie lipidogramu (pełny lipidogram, który obejmuje stężenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu LDL, cholesterolu HDL oraz trójglicerydów)
 - wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań, edukacja dotycząca czynników ryzyka oraz zalecanych metod modyfikacji postępowania oraz ewentualne skierowanie do dalszej, pogłębionej diagnostyki (w przypadku stwierdzenia nieprawidłowych wyników ww. badań, a w szczególności migotanie przedsionków w EKG spoczynkowym, stwierdzania szmerów podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych)

- **Kompleksowa diagnostyka TIA 1 pacjenta realizowana przez AOS w trybie pilnym (tzw. pakiet pogłębiony)** - usługa wykonywana u:
 - osób, u których stwierdzono nieprawidłowe wyniki ww. badań, a w szczególności migotanie przedsionków w EKG spoczynkowym lub szmery podczas osłuchowej oceny tętnic szyjnych
 - osób, u których w checkliście stwierdzono przebyte epizody przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (odpowieź twierdząca na pytania nr 35 - 40 checklisty)

Usługa ta obejmuje:

- wykonanie EKG spoczynkowego (w przypadkach gdy nie było wykonane w ramach pakietu rozszerzonego POZ)
- pomiar glikemii (w przypadkach gdy nie był wykonany w ramach pakietu rozszerzonego POZ)
- badanie neurologiczne – badanie obejmujące ocenę: stanu świadomości, orientacji auto- i allopsychicznej, obecności objawów oponowych, nerwów czaszkowych, siły i napięcia mięśniowego w kończynach górnych i dolnych, odruchów ścięgniastych i okostnowych, obecności objawów patologicznych, czucia głębokiego i powierzchownego, prób mózdkowych, chodu.
- badanie morfologii krwi (krwi obwodowej z rozmazem)
- badanie lipidogramu (w przypadkach gdy nie był wykonany w ramach pakietu rozszerzonego POZ)
- badanie EKG metodą Holtera
- badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych
- badanie ECHO serca
- badanie neuroobrazujące – TK mózgu (bez „kontrastu”)
- wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki lub leczenia (ze środków publicznych).

Zadania tej części Programu (część merytoryczna) realizowane będą przez:

- realizatorów Programu (tj. projektodawców wyłonionych w ramach konkursu realizowanego w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój)
- poradnie lekarzy POZ w ramach umów podpisanych z realizatorami Programu - co najmniej 60 umów współpracy z POZ z terenu co najmniej 3 województw podpisanych przez każdego realizatora
- poradnie specjalistyczne AOS w ramach umów podpisanych z realizatorem Programu lub na podstawie innej formy współpracy

- realizator może współpracować np. zlecić wykonanie badań w etapie diagnostyki podstawowej lub pogłębionej innym podmiotom spełniającym kryteria do realizacji ww. badań.

c) część oceniająca prowadzone działania

Utworzenie organu jakim jest **Rada ds. Oceny Programu** jest zgodne z rekomendacjami NICE, gdzie wskazuje się, że instytucje ochrony zdrowia powinny organizować komisje na rzecz poprawy jakości wdrażanych działań, powierzając im przegląd i monitorowanie wskaźników opisujących jakość opieki nad pacjentami, stosowanie praktyk postępowania na podstawie wiarygodnych i aktualnych danych naukowych oraz wyniki leczenia (AHA 2013). Ponadto, zgodnie z Intercollegiate Stroke Working Party (ISWP 2016), Rada powinna czuwać nad oceną jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług/ satysfakcji potencjalnych pacjentów i ich najbliższego otoczenia, celem poprawy ewentualnych nieścisłości i dalszego rozwoju działań.

Rada ds. Oceny Programu będzie odpowiadać za monitorowanie jakości świadczeń w Programie.

Powołana przez realizatorów **Rada ds. Oceny Programu**, do której powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora Programu, będzie odpowiedzialna za ocenę realizacji Programu, nadzór merytoryczny nad realizatorami Programu, stworzenie i obsługę edukacyjnej strony internetowej Programu, opracowanie systemu szkoleń dla personelu medycznego, opracowanie ankiety oceniającej wiedzę personelu medycznego, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu, podsumowanie wyników programu w tym przeprowadzenie szczegółowej analizy wyników ankiet oceniających wiedzę pacjenta celem oceny skuteczności przeprowadzonych interwencji edukacyjnych i zachowań prozdrowotnych, jak również przygotowanie raportów i upowszechnienie wyników m.in. w publikacjach naukowych.

Możliwe będzie zapewnienie osoby, która będzie odpowiedzialna za informatyczny system służący do monitorowania uczestników. Nie będzie kwalifikowalny ze środków EFS zakup programu informatycznego lub licencji.

Etapy i działania organizacyjne w ramach Programu:

- wyłonienie realizatorów w ramach konkursu ogłoszonego przez MZ
- powołanie Rady ds. Oceny Programu (min. po 1 osobie od realizatora)
- wybór metodą losowo-kwotową reprezentatywnej grupy 1000 lekarzy z terenu całej Polski
- opracowanie ankiety oceniającej wiedzę personelu medycznego

- przeprowadzenie badania ankietowego personelu medycznego celem identyfikacji potencjalnych potrzeb edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych
- stworzenie i obsługa edukacyjnej strony internetowej programu,
- opracowanie systemu szkoleń dla personelu medycznego oraz materiałów edukacyjnych
- zaproszenie przez realizatorów Programu wylosowanych lekarzy POZ do udziału w programie (min. 60 lekarzy POZ w ramach jednego realizatora z terenu co najmniej 3 województw)
- podpisanie umów z lekarzami POZ wyrażającymi chęć współpracy w dalszych etapach Programu
- przeprowadzenie szkolenia dla personelu medycznego
- identyfikacja potrzeb edukacyjnych pacjentów POZ – badanie ankietowe
- badanie pacjentów przez pracowników podmiotów świadczących usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z użyciem „checklisty”
- badanie fizykalne pacjentów przez lekarzy POZ
- działania edukacyjno-szkoleniowe skierowane na zwiększenie wiedzy pacjentów o chorobach naczyń mózgowych, ze szczególnym uwzględnieniem udarów mózgu (z możliwością upowszechniania stosowania krótkich skali FAST – z ang. Face-Arm Speech Test w pierwotnej ocenie podejrzenia udaru) m. in. podczas wizyt w POZ. Odpowiednia edukacja oraz wskazywanie i promowanie zachowań prozdrowotnych ma kluczowe znaczenie w dążeniu do ograniczenia rozpowszechnienia czynników ryzyka występowania chorób naczyń mózgowych
- badania i diagnostyka pogłębiona w AOS/innych ośrodkach specjalistycznych
- badanie pacjentów celem oceny skuteczności przeprowadzonych interwencji edukacyjnych i zachowań prozdrowotnych – ponowna ocena pacjentów przez pracowników podmiotów świadczących usługi w zakresie POZ z użyciem ankiety oraz wypełnienie Ankiety Satysfakcji Pacjenta Uczestnika Programu
- ocena jakości świadczeń w Programie poprzez wypełnienie Ankiety Satysfakcji Personelu Medycznego - Uczestnika Programu
- stały nadzór merytoryczny nad realizacją Programu sprawowany przez Radę ds. Oceny Programu
- analiza statystyczna i epidemiologiczna wyników Programu
- przygotowanie raportu końcowego i podsumowanie Programu
- upowszechnienie wyników m. in. w publikacjach naukowych

2. Planowane interwencje

W ramach programu zaplanowano:

- A. Badanie przesiewowe osób w wieku 40-65 lat zgłaszających się do lekarza POZ za pomocą „checklisty” oraz przeprowadzenie wywiadu, celem zidentyfikowania grupy osób zagrożonych wystąpieniem chorób naczyń mózgowych
- B. Badanie fizykalne pacjentów POZ polegające na standardowym badaniu ogólnointernistycznym, z wykonaniem rutynowo pomiarów: wzrostu, masy ciała, obwodu pasa, obwodu bioder, RR na prawej kończynie górnej, RR na lewej kończynie górnej, badanie tętna, osłuchowa ocena obu tętnic szyjnych celem wykrycia ewentualnych szmerów wskazujących na stenozę.
- C. Badania dodatkowe wykonane u pacjentów POZ, u których stwierdzono: problemy z sercem (w szczególności - epizody migotania przedsionków), otyłość brzuszna, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, ale też palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu:
 - EKG spoczynkowe
 - pomiar glikemii oraz lipidogramu
 - wizyta konsultacyjna (końcowa, podsumowująca wyniki badań)
- D. Identyfikację potrzeb edukacyjnych pacjentów POZ w zakresie wiedzy dotyczącej: wzorców zdrowego stylu życia, czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych i objawów udaru mózgu oraz potrzeb edukacyjnych lekarzy w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych
- E. Edukację pacjentów w zakresie wiedzy dotyczącej: wzorców zdrowego stylu życia, czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych i objawów udaru mózgu grupy chorych o zwiększonym ryzyku wystąpienia chorób naczyń mózgowych. Zastosowane w ww. zakresie interwencje powinny mieć charakter zindywidualizowany (szczególnie w ramach prewencji wtórnej udarów). Dodatkowo zaleca się wdrażanie technik wpływających na zmianę zachowania, tj. narzędzi motywacyjnych i edukujących (np. poradnictwo). Interwencja odbywa się w ramach wizyty kwalifikacyjnej i wizyty końcowej. Polegać będzie na rozmowie bezpośredniej z pacjentem, omówieniu mechanizmu chorób naczyń mózgowych, możliwej redukcji czynników ryzyka przez zachowanie się pacjenta oraz diagnostykę i leczenie innych problemów zdrowotnych, zasad finansowania diagnostyki i leczenia ze środków publicznych oraz na przekazaniu pacjentom gotowych materiałów edukacyjnych
- F. Edukację lekarzy POZ poprzez prowadzenie szkoleń w każdym województwie, w którym realizowany jest Program oraz opracowanie i uruchomienie strony internetowej służącej lekarzom, zawierającej gotowe materiały edukacyjne dla pacjentów oraz dostępne niekomercyjnie skale do stosowania w codziennej praktyce (np. skale do oceny ciężkości uzależnienia od nikotyny, skalę oceny problemów związanych z piciem alkoholu, skalę ryzyka udaru u osób po incydencie zaburzeń krążenia mózgowego itp.). W założeniu strona internetowa ma ułatwić lekarzom działalność profilaktyczną i leczniczą, zwłaszcza w sytuacji braku czasu na poszukiwanie, czy samodzielne opracowywanie takich materiałów. Jest to podyktowane obserwacjami z innych krajów UE, w których brak niektórych

interwencji profilaktycznych (np. interwencji antynikotynowych) wynika z braku czasu lub niedostatecznej wiedzy lekarzy.

- G. Pogłębiona diagnostyka pacjentów zgłaszających objawy przemijających zaburzeń krążenia mózgowego (TIA) w trybie pilnym w AOS: badanie neurologiczne, badania laboratoryjne (morfologia krwi, lipidogram - jeśli dotyczy, glikemia - jeśli dotyczy), badanie neuroobrazujące – TK mózgu, wykonanie EKG spoczynkowego – jeśli dotyczy oraz EKG metodą Holtera, USG tętnic domózgowych oraz ECHO serca, wizyta konsultacyjna (końcowa, podsumowująca wyniki badań).

Przy realizacji programu wykorzystywane będą następujące metody diagnostyczne:

1. Badania laboratoryjne – morfologia krwi, badanie glikemii, lipidogram
2. Badanie EKG – standardowe oraz metodą Holtera
3. Badanie ultrasonograficzne (obrazowe) – tętnic szyjnych i ECHO serca
4. Badanie neuroobrazujące – tomografia komputerowa

Wdrożenie programu będzie poprzedzone konkursem Ministerstwa Zdrowia, w którym zostaną wybrani realizatorzy niniejszego programu. Zakłada się, że jeden projekt realizowany w ramach programu może mieć wartość od 500 tys. zł do 2,5 mln zł. Alokacja na konkurs została zaplanowana w wysokości 15 mln zł. Przy założeniu, że całość alokacji zostanie wykorzystana realizatorów będzie od 6 do 30.

Projektodawcą może być uczelnia medyczna działająca w oparciu o *ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym* lub medyczny instytut badawczy działający w oparciu o *ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych* lub szpital kliniczny lub podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie neurologii lub kardiologii.

Projektodawca zobowiąże się we wniosku o dofinansowanie, iż podpisze minimum 60 umów dot. współpracy w ramach projektu z podmiotami świadczącymi usługi w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej z terenu co najmniej 3 województw w zakresie działań profilaktycznych oraz, że przeszkoli co najmniej po dwie osoby (lekarzy lub pielęgniarki) z każdego podmiotu, z którym podpisze ww. umowę współpracy w zakresie profilaktyki, diagnostyki oraz strategii leczenia chorób naczyń mózgowych, z uwzględnieniem kluczowych elementów wiedzy medycznej jaką powinien posiadać lekarz POZ, tj.:

- a. prowadzenia działań edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych,
- b. znajomości metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru,

- c. umiejętności leczenia oraz terapii i profilaktyki wtórnej u chorych z chorobami naczyń mózgowych,
- d. umiejętności prowadzenia procesu rehabilitacji osób z chorobami naczyń mózgowych
- e. właściwej komunikacji z chorym.

Działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców tychże programów, prowadzone wyłącznie przez absolwentów kierunków medycznych oraz absolwentów kierunku zdrowie publiczne.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do Programu

Do Programu badań profilaktycznych kwalifikowani będą, w szczególności, pacjenci zgłaszający się do lekarzy POZ w wieku 40-65 lat, u których na podstawie badania za pomocą "checklisty" (załącznik nr 1) zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka, które w największym stopniu zagrażają wystąpieniem udaru mózgu (m.in. palenie tytoniu, otyłość, nadciśnienie tętnicze, nadużywanie alkoholu, cukrzyca, brak aktywności fizycznej). Po podpisaniu deklaracji uczestnictwa w Programie (załącznik nr 2) chory zostanie włączony do Programu i zostanie poproszony o wypełnienie ankiety oceniającej wiedzę na temat chorób naczyń mózgowych, w tym udaru mózgu (załącznik nr 3). Ankieta oceniająca wiedzę pacjenta będzie przeprowadzona dwukrotnie, na początku i na zakończenie udziału uczestnika w Programie.

Ankieta ma na celu z jednej strony identyfikację potrzeb edukacyjnych w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych pacjentów POZ, zgłaszających się i kwalifikujących do Programu, jak również ocenę skuteczności przeprowadzonych interwencji edukacyjnych i zachowań prozdrowotnych po zakończeniu udziału uczestnika w Programie. Ankieta będzie wręczana uczestnikom przez pracowników podmiotów świadczących usługi w zakresie POZ na początku i na zakończeniu udziału w Programie.

W przypadku jednego realizatora Programu:

- co najmniej 60 umów współpracy z POZ z terenu co najmniej 3 województw – kryterium kwalifikacji do Programu będzie wyrażenie zgody na udział w Programie i podpisanie umowy na jego realizację. W przypadku kilku lub więcej realizatorów wskaźnik proporcjonalnie wzrośnie.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu

Realizacja programu profilaktyki pierwotnej prowadzona będzie przez realizatora we współpracy z lekarzami POZ/medycyny pracy, organizacjami pozarządowymi.

Realizacja programu diagnostyki pogłębionej będzie prowadzona w poradniach AOS.

Świadczenia powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8.00 – 18.00, liczone w skali tygodnia. Dodatkowo sugeruje się, aby realizatorzy przewidzieli w miarę możliwości dostęp do świadczeń w soboty i w godzinach wieczornych.

Szkolenia dotyczące zasad prowadzenia profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyń mózgowych odbywające się na terenie każdego województwa, w którym będzie realizowany Program będą bezpłatne dla personelu medycznego oraz będą zakończone uzyskaniem certyfikatu i punktów edukacyjnych wymaganych do realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy.

Świadczenia informacyjno- i szkoleniowo-edukacyjne związane z chorobami naczyń mózgowych będą udzielane pacjentom bezpłatnie i dobrowolnie.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program zakłada szerokie włączenie lekarzy POZ zarówno w prowadzenie wczesnej identyfikacji czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych występujących u pacjenta jak i w proces zwiększenia świadomości społecznej nt. wzorców zdrowego stylu życia, czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych i objawów udaru mózgu.

Działania zaproponowane w ramach Programu będą komplementarne do świadczeń oferowanych obecnie dla danej populacji. Aktualnie system nie zakłada tak kompleksowego podejścia do pacjentów z grupy ryzyka chorób naczyń mózgowych.

Program będzie w pełni powiązany ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi przez NFZ, a działania zaproponowane w ramach Programu będą istotnym uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych realizowanych obecnie w ramach POZ/AOS w obszarze nie przewidzianym przez regulacje NFZ. Działania te mają za zadanie przeciwdziałanie dezaktywizacji zawodowej poprzez zmniejszenie zachorowalności, śmiertelności i niepełnosprawności z powodu chorób naczyń mózgowych u osób w wieku 40-65 lat dzięki wczesnemu wykrywaniu osób z grup ryzyka wystąpienia chorób naczyń mózgowych i poprawę efektywności profilaktyki pierwotnej i wtórnej.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Zaproponowany program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 Nr 210 poz.2135) jest także zgodny z dokumentem „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”³⁴ w zakresie celu operacyjnego A, kierunek interwencji 1, narzędzia implementacji nr 1.

7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

W ramach prowadzonego Programu pacjenci mają możliwość zakończenia udziału na każdym jego etapie.

Pacjenci po zakończeniu udziału w Programie będą mogli korzystać z działań informacyjnych i szkoleniowo-edukacyjnych podczas każdej wizyty u lekarza POZ.

Pacjenci, u których zostaną wykryte czynniki ryzyka wymagające specjalistycznego leczenia, po badaniu u lekarza POZ a następnie w AOS będą kierowani i leczeni w ramach kontraktu z NFZ. Taki schemat kompleksowej opieki medycznej przyniesie pacjentowi korzyść w postaci szybszego i zintegrowanego leczenia.

Nadrzędnym celem koordynacji opieki chorego z chorobami naczyń mózgowych jest przekazywanie pełnych informacji od lekarza rodzinnego do ośrodka specjalistycznego i z powrotem. Cały program profilaktyczno-diagnostyczno-leczniczy powinien charakteryzować się transparentnością i dostępnością informacji na każdym etapie leczenia zarówno dla lekarza POZ, jak i specjalisty.

Całkowite zakończenie działań w Programie nastąpi w przypadku zakończenia okresu trwania Programu lub po zakończeniu interwencji u zaplanowanej liczby osób i po podsumowaniu uzyskanych wyników oraz monitorowania efektów prowadzonych oddziaływań.

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Interwencja informacyjna i szkoleniowo-edukacyjna związana z realizacją Programu nie niesie ze sobą ryzyka zdrowotnego i nie stanowi problemu z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta i personelu medycznego. Za opracowanie merytoryczne materiałów informacyjnych, szkoleniowych i edukacyjnych, odpowiedzialni będą pracownicy

³⁴Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. MZ, Warszawa, 2015.

posiadający co najmniej stopień naukowy doktora oraz udokumentowany dorobek naukowy z dziedziny projektu.

Przy realizacji programu wykorzystywane będą następujące metody diagnostyczne:

1. Badania laboratoryjne
2. Badanie EKG – standardowe oraz metodą Holtera
3. Badanie ultrasonograficzne (obrazowe) – tętnic szyjnych i ECHO serca
4. Badanie neuroobrazujące – tomografia komputerowa

Powyższe metody uznane są za względnie bezpieczne dla pacjentów i personelu, pod warunkiem zastosowania odpowiednich procedur bezpieczeństwa i higieny pracy oraz procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Większość w/w procedur medycznych wykonywana jest przy zastosowaniu wyrobów medycznych jednokrotnego użycia, co znacząco zmniejsza ryzyko szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych. W razie konieczności zastosowania sprzętu medycznego wielokrotnego użycia zalecane jest ich reprocessowanie z uwzględnieniem zagrożenia wystąpienia zakażenia, tj. zgodnie z klasyfikacją Spauldinga:

1. Sprzęt inwazyjny naruszający ciągłość tkanek (pobrania krwi na badania laboratoryjne) – sprzęt jednorazowego użytku
2. Sprzęt kontaktujący się ze zdrową skórą pacjenta (badanie EKG, badanie ultrasonograficzne, badanie neuroobrazujące) – mycie i dezynfekcja.

Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należeć będzie do realizatora, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem informacji oraz będzie pełnił rolę Administratora Bezpieczeństwa Systemów Informatycznych.

Wszystkie dane osobowe pozyskane w trakcie realizacji programu będą przetwarzane zgodnie z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Ośrodki realizujące program (realizatorzy) zostaną wyłonione na podstawie konkursu organizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Projektodawcą (realizatorem) może być uczelnia medyczna działająca w oparciu o *ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym* lub medyczny instytut badawczy działające w oparciu o *ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych* lub szpital kliniczny lub podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie neurologii lub kardiologii.

Ośrodek specjalistyczny realizujący program musi posiadać:

- odpowiednie warunki lokalowe,
- doświadczenie w realizacji programów polityki zdrowotnej,
- wykwalifikowany zespół naukowców posiadających doświadczenie i wiedzę z zakresu chorób naczyniowych mózgu udokumentowane dorobkiem naukowym w formie co najmniej jednej publikacji lub monografii lub wytycznych lub broszur i innych opracowań tematycznych,
- sprzęt medyczny w postaci co najmniej: aparatu USG, aparatów holterowskich EKG, tomografii komputerowej

Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie POZ musi posiadać:

- umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ

Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie AOS:

- jednostka wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- posiada minimum 2 lekarzy ze specjalizacją z neurologii i/lub kardiologii,
- posiada działający sprzęt niezbędny do wykonania badań diagnostycznych (ultrasonograf z możliwością wykonania badań naczyniowych i badania ECHO serca, aparaty do 24-godzinnego monitorowania EKG metodą Holtera, aparat TK).

Podmiot AOS świadczący kompleksowe usługi diagnostyczne TIA powinien być zlokalizowany w pobliżu lub na terenie szpitali posiadających w swojej strukturze oddziały udarowe. W ten sposób umożliwiona zostanie niezwłoczna hospitalizacja pacjenta w oddziale udarowym jeżeli zaistnieje taka konieczność (poza Programem). Personel świadczący usługi diagnostyczne w AOS powinien mieć doświadczenie w diagnostyce i terapii chorych z udarem mózgu.

Rada ds. Oceny Programu

Do Rady powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora Programu. Radzie powinna przewodniczyć osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie, tzn. posiada specjalizację z zakresu neurologii lub kardiologii, przepracowała na kierowniczym stanowisku jako ordynator oddziału lub kierownik kliniki neurologicznej/kardiologicznej co najmniej 3 lata, ma doświadczenie w koordynowaniu programów zdrowotnych/polityki zdrowotnej/badań naukowych, potrafi pracować w zespole.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

Poprawa świadomości pacjentów oraz wczesne interwencje zmierzające do redukcji występowania czynników ryzyka chorób naczyń mózgowych powinny bezpośrednio przełożyć się na zmniejszenie częstości występowania chorób naczyń mózgowych, redukcję kosztów leczenia, poprawę ogólnego stanu zdrowia, redukcją absencji w pracy, zapobieganie śmiertelności i niepełnosprawności z powodu chorób naczyń mózgowych. Wytyczne AHA i ASA dotyczące profilaktyki pierwotnej udarów mózgu³⁵ podkreślają, że istotną rolę w poprawie w zakresie profilaktyki pierwotnej udaru mózgu mają oddziaływania wielokierunkowe obejmujące edukację pacjenta, audyt postępowania oraz używanie „checklisty”.

Grupa Ekspertów Polskiego Forum Profilaktyki (PFP) zaleca prowadzenie badań przesiewowych w profilaktyce chorób układu krążenia, a organizacja, prowadzenie i koordynowanie badań przesiewowych wg PFP powinno odbywać się w ramach odrębnie finansowanych programów profilaktycznych³⁶.

Szybka diagnostyka przemijających zaburzeń krążenia mózgowego jest zalecana przez Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego³⁷.

Proponowany program jest zgodny z zaleceniami National Institute for Health and Care Excellence:

- W zakresie diagnostyki migotania przedsionków:

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg180> (dostęp z dnia: 12.08.2016r.)

- W zakresie postępowania diagnostycznego w przemijających zaburzeniach krążenia mózgowego:

<http://www.nice.org.uk/guidance/cg68> (dostęp z dnia: 12.08.2016r.)

Proponowany program jest więc całkowicie zgodny z zaleceniami ekspertów.

Bezpieczeństwo, skuteczność i efektywność kosztowa diagnostyki przemijających zaburzeń krążenia mózgowego w warunkach ambulatoryjnych w trybie pilnym zostało już udowodnione w wielu krajach^{38,39,40}.

³⁵Meschia J.F., Bushnell C., Boden-Albala B. i wsp. on behalf of American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014; 45: 3754-832. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.

³⁶ Windak A. i wsp. op. cit. 25

³⁷ Błażejewska-Hyżorek B. i wsp. op. cit. 2.

Nie znaleziono informacji aby aktualnie były prowadzone podobne programy polityki zdrowotnej ukierunkowane na działania profilaktyczno-edukacyjne w zakresie chorób naczyniowych mózgu.

V. KOSZTY

Alokacja na program została zaplanowana w wysokości 15 mln zł. Zakłada się, że jeden projekt realizowany w ramach programu może mieć wartość od 500 tys. zł do 2,5 mln zł.

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* oraz *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020*, dostępnych na stronie internetowej: <http://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020>.

Zaleca się rozliczanie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w Wytycznych. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

Propozycje wysokości kosztów zostały wyliczone m. in. na podstawie:

Metodologia wyceny jednostkowej kosztu świadczeń udzielanych w Programie

- Koszty osobowe - koszty wynagrodzenia lekarzy specjalistów oraz możliwości sprostania wymogom dot. przeprowadzania badań w godzinach popołudniowych oraz w dni wolne od pracy, koszty wynagrodzeń zostały skalkulowane na podstawie danych przekazanych przez NFZ (lekarz POZ), cen rynkowych oraz na podstawie rozmów z lekarzami i personelem medycznym świadczących usługi w/w jednostkach Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie.

- Koszty badań medycznych skalkulowano na podstawie cen rynkowych.

- Podział kwot zaproponowanych na działania profilaktyczne został dokonany na podstawie wieloletniego doświadczenia w realizacji programów profilaktyki zdrowotnej oraz szkoleń (min. Program POLKARD) prowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Kwoty przeznaczone na przygotowanie i druk materiałów edukacyjno-szkoleniowych (ulotek, plakatów, broszur itp.), przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń dla lekarzy POZ zapewniają uzyskanie celów programu. Dodatkowo gwarantują odpowiednią jakość, a co za tym idzie skuteczność działań.

³⁸ Lavalley P., Amarenco P.: TIA clinic: a major advance in management of transient ischemic attacks. *Front Neurol Neurosci* 2014; 33: 30-40

³⁹ Dutta D., Bowen E., Foy C.: Four-year follow-up of transient ischemic attacks, strokes, and mimics: a retrospective transient ischemic attack clinic cohort study. *Stroke* 2015; 46: 1227-1232.

⁴⁰ O'Brien E., Priglinger M.L., Bertmar C. i wsp.: Rapid access point of care clinic for transient ischemic attacks and minor strokes. *J Clin Neurosci* 2016; 23: 106-110.

Rok realizacji programu	Środki przeznaczone na program
2017	4 000 000 zł
2018	5 000 000 zł
2019	3 000 000 zł
2020	3 000 000 zł
SUMA	15 000 000 zł

Nie dopuszcza się możliwości finansowania tych samych świadczeń ze środków NFZ i jednocześnie środków EFS. Leczenie pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami naczyń mózgowych, w tym udarami nie będzie finansowane w ramach Programu, a jedynie w ramach NFZ. Powyższe zostanie zapewnione m. in. poprzez wymóg zgodności realizowanych projektów współfinansowanych z EFS z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020.

1. Szacunkowe koszty jednostkowe badań medycznych

Sumaryczny koszt proponowanych w Programie badań w ramach pakietów jest zbliżony z cenami rynkowymi. W ramach badań medycznych w Programie przewidziano możliwość **zastosowania 3 pakietów badań**, tj. pakiet podstawowy, rozszerzony oraz pogłębiony. W skład ww. pakietów wchodzi następujące usługi:

1) konsultacja lekarza POZ (tzw. pakiet podstawowy) –48 zł.

- a. W ramach usługi lekarz POZ powinien wytypować wśród pacjentów ze swojej listy aktywnej, osób które kwalifikują się do Programu (osób z grupy wiekowej 40-65 lat), a u których na podstawie badania za pomocą „checklisty” (załącznik nr 1) i przeprowadzonego wywiadu zostaną zidentyfikowane czynniki ryzyka, które w największym stopniu zagrażają wystąpieniem udaru mózgu (m. in. palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, otyłość, nadużywanie alkoholu, cukrzyca, brak aktywności fizycznej). Dodatkowo, pacjent powinien wypełnić ankietę oceniającą wiedzę na temat chorób naczyń mózgowych, w tym udaru mózgu (załącznik nr 3). Ponadto, w ramach badania przedmiotowego lekarz wykonuje następujące badanie fizykalne (standardowe badanie ogólnie-internistyczne): pomiar wzrostu, masy ciała, obwodu pasa, obwodu bioder, RR na prawej kończynie górnej, RR na lewej

kończynie górnej, badanie tętna, osłuchowa ocena obu tętnic szyjnych celem wykrycia ewentualnych szmerów wskazujących na stenozę.

2) badanie medyczne i konsultacja lekarza POZ (tzw. pakiet rozszerzony) – łącznie 108 zł (wykonywane u osób, u których stwierdzono na etapie podstawowym (checklista, wywiad, standardowe badanie ogólnie-internistyczne) problemy z sercem – w szczególności - epizody migotania przedsionków, otyłość brzuszna, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, lub też palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu – wystarczy którakolwiek z ww. przesłanek).

- a. wykonanie EKG spoczynkowego
- b. pomiar glikemii
- c. badanie lipidogramu
- d. wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań, edukacja dotycząca istniejących czynników ryzyka i wskazań oraz zaleceń modyfikacji stylu życia oraz ewentualne skierowanie do dalszej, pogłębionej diagnostyki

3) Kompleksowa diagnostyka TIA 1 pacjenta realizowana przez AOS w trybie pilnym (tzw. pakiet pogłębiony) – łącznie 864,50/924,50 zł*

- a. badanie neurologiczne
- b. wykonanie EKG spoczynkowego (**jeśli nie wykonywane w POZ*)
- c. pomiar glikemii (**jeśli nie wykonywane w POZ*)
- d. badanie lipidogramu (**jeśli nie wykonywane w POZ*)
- e. badanie morfologii krwi
- f. badanie EKG metodą Holtera
- g. badanie ultrasonograficzne tętnic domózgowych
- h. badanie ECHO serca
- i. badanie neuroobrazujące TK mózgu
- j. wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania i omówienia wyników badań oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia. Dalsze leczenie już w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

Na podstawie wiedzy i rozeznania rynku określono szacunkowe koszty poszczególnych procedur:

- świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – 48 zł
- wykonanie EKG spoczynkowego – 30,5 zł
- badanie lipidogramu – 25 zł
- pomiar glikemii – 4,5 zł
- badanie neurologiczne – 139 zł
- morfologia krwi – 11 zł
- badanie EKG metodą Holtera – 116,5 zł
- badanie USG tętnic domózgowych – 95 zł

- badanie ECHO serca – 126 zł
- badanie TK mózgu – 241 zł
- wizyta konsultacyjna w celu przekazania i omówienia wyników ww. badań – 136 zł

2. Planowane koszty całkowite

Całkowita alokacja na wdrożenie przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wynosi 15 mln zł. W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, którym zostaną wybrani realizatorzy Programu (podmioty, z którymi zostanie podpisana umowa o dofinansowanie projektu).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Projekty, w ramach których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, współfinansowane będą ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przy realizacji projektów wdrażających program możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Zgodnie z zapisami zawartymi w dokumencie strategicznym pn. „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”⁴¹ problemem polskiego systemu opieki zdrowotnej są: niska świadomość zdrowotna społeczeństwa oraz wykrywalność chorób w zaawansowanych stadiach rozwojowych, co znacznie zmniejsza szanse na całkowite wyleczenie. Sytuacja ta wynika m.in. z faktu, że w Polsce odnotowuje się deficyt finansowania działań profilaktycznych, nie tylko służących zwiększeniu dostępu do badań diagnostycznych, ale również mających na celu podniesienie wiedzy społeczeństwa w zakresie chorobotwórczych czynników ryzyka i zdrowego stylu życia. Proponowany Program wypełnia istniejące braki w zakresie dążenia do zwiększania wiedzy i świadomości społecznej w celu zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu (kierunek interwencji dla celu operacyjnego A).

⁴¹Krajowe ramy strategiczne... op. cit.33.

Potrzeba wdrożenia programu profilaktyki chorób naczyń mózgowych wynika także z Mapy Potrzeb Zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, które prognozują istotny wzrost liczby hospitalizacji na oddziałach neurologii (w tym udarowych) z 296 530 w 2016 roku do 332 160 w 2029 roku⁴².

Wdrożenie diagnostyki przemijających zaburzeń krążenia mózgowego w warunkach ambulatoryjnych w trybie pilnym wpłynie na istotne zmniejszenie kosztów. Koszt diagnostyki jednego chorego będzie ponad trzykrotnie niższy niż wynosi aktualnie, gdy proces diagnostyczny jest prowadzony w warunkach szpitalnych. Bezpieczeństwo i skuteczność (zarówno w aspekcie medycznym jak i finansowym) takiego postępowania zostało już udowodnione w wielu krajach^{43,44,45}.

VI. MONITOROWANIE I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności do programu

- a. Liczba pracowników ochrony zdrowia (w podziale na lekarzy i pielęgniarki) uczestniczących w programie
- b. Liczba pacjentów ocenionych za pomocą checklisty
- c. Liczba pacjentów w wieku 40-65 lat z grup ryzyka wystąpienia udaru mózgu włączonych do programu ocenionych w ramach pakietu rozszerzonego POZ
- d. Liczba osób, które skorzystały z działań w ramach diagnostyki pogłębionej w AOS lub innym podmiocie specjalistycznym
- e. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie (należy weryfikować potencjalne powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu).

Zbierane dane będą uwzględniały podział m. in. ze względu na płeć oraz wiek. Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji Programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki. Monitorowaniu podlegać będzie również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie. Badana będzie także ocena zadowolenia osób z uczestnictwa w Programie przy pomocy ankiety.

⁴² Mapy potrzeb zdrowotnych... op. cit. 8

⁴³ Lavalley P., Amarenco P.: TIA clinic: a major advance in management of transient ischemic attacks. *Front Neurol Neurosci* 2014; 33: 30-40

⁴⁴ Dutta D., Bowen E., Foy C.: Four-year follow-up of transient ischemic attacks, strokes, and mimics: a retrospective transient ischemic attack clinic cohort study. *Stroke* 2015; 46: 1227-1232.

⁴⁵ O'Brien E., Priglinger M.L., Bertmar C. i wsp.: Rapid access point of care clinic for transient ischemic attacks and minor strokes. *J Clin Neurosci* 2016; 23: 106-110.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Uczestnicy programu pacjenci i personel medyczny otrzymają Ankietę Satysfakcji oceniającą jakość uzyskanych świadczeń (załącznik nr 4 i załącznik nr 5).

Rada ds. Oceny Programu będzie na bieżąco monitorować jakość świadczeń w programie.

3. Ocena efektywności programu

Jednym z podstawowych elementów ewaluacji powinna być analiza i ocena efektywności Programu. Ponadto, ewaluacja powinna dostarczyć szczegółowych informacji na temat wpływu zastosowania nowego postępowania diagnostycznego w zakresie zmniejszenia liczby udarów czy też kosztów związanych z hospitalizacją. Wnioski z raportu ewaluacyjnego powinny również mierzyć ewentualne negatywne skutki Programu, które mogą się pojawić w związku z implementacją do systemu ochrony zdrowia nowego rozwiązania (pilotaż TIA). Ocena efektywności programu zostanie dokonana poprzez ewaluację:

- wzrostu stopnia identyfikacji zachowań prozdrowotnych wśród pacjentów na zakończenie programu poprzez weryfikację adekwatnych mierników efektywności
- Zaspokojenia potrzeb edukacyjnych personelu medycznego na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyniowych mózgu na zakończenie programu (ankieta satysfakcji personelu medycznego)
- Liczby pacjentów zadowolonych z uczestnictwa w projekcie (na podstawie wypełnionych ankiet satysfakcji pacjentów).
- Kosztów diagnostyki kompleksowej pacjentów z przemijającymi zaburzeniami mózgowymi
- Identyfikacji ewentualnych negatywnych skutków Programu, które pojawiły się w związku z implementacją do systemu nowego rozwiązania (pogłębiona diagnostyka TIA w AOS).

Proces ewaluacji powinien rozpocząć się w trakcie realizacji Programu i trwać co najmniej 3 lata po zakończeniu Programu.

4. Ocena trwałości efektów programu

Ciągłość i trwałość programu zostanie zachowana. Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014-2020 i/lub ewentualnie innych środków.

ZAŁĄCZNIKI

1. Checklista
2. Deklaracja uczestnictwa
3. Ankieta oceniająca wiedzę pacjenta
4. Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika Programu profilaktycznego
5. Ankieta satysfakcji personelu medycznego – uczestnika Programu profilaktycznego

CHECKLISTA

Imię i nazwisko.....

Data wypełnienia ankiety.....

PESEL:

Wykształcenie:

☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe

Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy

☐ Umysłowa ☐ Fizyczna ☐ Nie pracuje zawodowo

1. Masa ciała

2. Wzrost

3. Obwód pasa

4. Obwód bioder

5. Nadciśnienie tętnicze

☐ Tak ☐ Nie

6. RR na prawej ręce

7. RR na lewej ręce

8. Częstość akcji serca

9. Miarowy rytm serca

☐ Tak ☐ Nie

10. Szmer nad tętnicami szyjnymi?

☐ Tak ☐ Nie

11. Cukrzyca leczona doustnie w wywiadzie

☐ Tak ☐ Nie

12. Cukrzyca leczona insuliną w wywiadzie

☐ Tak ☐ Nie

13. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – przestrzeganie diety cukrzycowej w wywiadzie

☐ Tak ☐ Nie

14. Zaburzenia gospodarki lipidowej – przestrzeganie diety ubogo-tłuszczowej w wywiadzie

☐ Tak ☐ Nie

15. Migotanie przedsionków w wywiadzie

☐ Tak ☐ Nie

16. Czy miewa Pan/Pani uczucie kołatania/nierównego bicia serca ?

☐ Tak ☐ Nie

17. Czy pali Pani/Pan wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara) ?

☐ Tak ☐ Nie

18. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali?

☐ 1-5 papierosów

☐ 6-10 papierosów

☐ 11-15 papierosów

☐ powyżej 16 papierosów

19. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

☐ Tak ☐ Nie

20. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

(proszę wpisać rok).....

21. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

☐ Tak ☐ Nie

22. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

☐ Tak Jakiej mocy/ rodzaj..... ☐ Nie

23. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

.....

24. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

☐ Tak ☐ Nie

25. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

☐ codziennie

☐ 3-4 razy w tygodniu

☐ 1-2 razy w tygodniu

☐ okazjonalnie

26. Jeżeli spożywasz alkohol – to jaki jest to zwykle rodzaj alkoholu i jaka objętość?

.....

27. Jak często spożywa Pan/ Pani ryby?

- ☐ codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie
- ☐ w ogóle

28. Jak często spożywa Pan/ Pani słodkie napoje gazowane?

- ☐ codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie
- ☐ w ogóle

29. Jak często spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa?

- ☐ codziennie
- ☐ 3-4 razy w tygodniu
- ☐ 1-2 razy w tygodniu
- ☐ okazjonalnie
- ☐ w ogóle

30. Jeśli spożywa Pan/ Pani owoce i warzywa codziennie – to ile porcji dziennie?

- ☐ 5
- ☐ 4
- ☐ 3
- ☐ 2
- ☐ 1

31. Czy regularnie uprawia Pan/Pani aktywność fizyczną?

TAK

NIE

32. Jeśli uprawia Pan/Pani regularnie aktywność fizyczną – to ile razy w tygodniu?

- ☐ 1 x
- ☐ 2 x
- ☐ Minimum 3 x
- ☐ 4 x

☐ Minimum 5 x

☐ 6 x

☐ Codziennie

33. Czy zażywa Pan/Pani substancje psychoaktywne?

☐ Tak ☐ Nie

34. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zawroty głowy?

☐ Tak ☐ Nie

35. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagłe zaniewidzenie na jedno oko?

☐ Tak ☐ Nie

36. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani pole widzenia przesłonięte z jednej strony?

☐ Tak ☐ Nie

37. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani osłabienie siły mięśniowej ręki i/lub nogi?

☐ Tak ☐ Nie

38. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia wystawiania się/ kłopoty ze zrozumieniem mowy?

☐ Tak ☐ Nie

39. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani wykrzywioną twarz?

☐ Tak ☐ Nie

40. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani zaburzenia czucia?

☐ Tak ☐ Nie

41. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani nagły bardzo silny ból głowy?

☐ Tak ☐ Nie

42. Czy ktoś w Pan/Pani rodzinie chorował na udar? – jeśli tak to kto?

☐ Tak ☐ Nie

43. Czy osoba, w ciągu ostatniego miesiąca, przeżyła przemijający atak niedokrwienny, tj, epizod ogniskowego ubytku czynności ograniczonego obszaru mózgowia lub siatkówki, spowodowany niedokrwieniem w ramach jednego obszaru unaczynienia ośrodkowego układu nerwowego trwający nie dłużej niż 24 godziny manifestujący się: zaburzeniami mowy o charakterze afazji, niedowładem, zaburzeniami czucia lub też przemijającym zaniewidzeniem jednoocznym (amaurosis fugax)?

☐ Tak ☐ Nie

44. Czy w związku z zaistnieniem sytuacji o której mowa w pkt. 43 osoba była diagnozowana? Jeśli tak to kiedy oraz jaka była diagnoza?

☐ Tak ☐ Nie

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu kontaktowego E-mail

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego:
„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020”.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności uczestniczenia w 2 wizytach lekarskich i wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) – okres realizacji 2017-2020”** przez realizatora,

- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i Umową Nr na realizację w/w programu.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis)

ANKIETA OCENIAJĄCA WIEDZĘ PACJENTA

Imię i nazwisko..... Data wypełnienia ankiety.....

1. Czy udar mózgu jest chorobą stanowiącą zagrożenie życia?
☐ Tak ☐ Nie
2. Czy istnieją skuteczne metody leczenia udaru mózgu?
☐ Tak ☐ Nie
3. Wskaż, które objawy mogą wskazywać, że to udar mózgu?
 - a) wykrzywienie twarzy po jednej stronie – szczególnie widoczne jest opuszczenie kącika ust,
 - b) zaburzenia czucia po jednej stronie ciała lub drętwienie połowy ciała
 - c) osłabienie kończyny lub kończyn po jednej stronie ciała
 - d) zaburzenia mowy – mowa bełkotliwa, utrata zdolności wypowiadania słów, trudności w zrozumieniu mowy,
 - e) niedowidzenie na jedno oko
 - f) niedostrzeganie połowy pola widzenia
 - g) zawroty głowy z zaburzeniami w utrzymaniu równowagi, nagłymi upadkami, czasami z podwójnym widzeniem, kłopotami z orientacją i zaburzeniami świadomości.
 - h) silny ból głowy – najsilniejszy w życiu
 - i) ból brzucha
4. Czy udar jest chorobą, której objawy powoli się nasilają?
☐ Tak ☐ Nie
5. Czy każdy udar to „wylew”?
☐ Tak ☐ Nie
6. Jeżeli podejrzewasz u siebie lub u osoby bliskiej udar co robisz? – zakreśl tylko jedną odpowiedź:
 - a) Mierzę ciśnienie tętnicze
 - b) Czekam aż objawy ustąpią
 - c) Czekam, ale jeżeli objawy nie ustępują następnego dnia zgłaszam się do lekarza rodzinnego
 - d) Dzwonię po kogoś bliskiego i jak do mnie przyjedzie wspólnie podejmujemy decyzję co dalej
 - e) Natychmiast jadę do lekarza rodzinnego
 - f) Natychmiast wzywam karetkę pogotowia
 - g) Umawiam się na wizytę na pilną do lekarza neurologa
7. Czy udar może mieć podłoże genetyczne?
☐ Tak ☐ Nie
8. Czy nadciśnienie tętnicze ma związek z udarem mózgu?

- ☐ Tak ☐ Nie
9. Czy udar mózgu częściej występuje u palaczy tytoniu?
☐ Tak ☐ Nie
10. Czy udar występuje częściej u osób starszych?
☐ Tak ☐ Nie
11. Czy można zachorować na udar przed 40 rokiem życia?
☐ Tak ☐ Nie
12. Czy nadmierne spożywanie alkoholu ma związek z udarem?
☐ Tak, zmniejsza ryzyko udaru ☐ Tak, zwiększa ryzyko udaru ☐ Nie
13. Czy wysoki poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru mózgu?
☐ Tak ☐ Nie
14. Czy niski poziom cholesterolu zwiększa ryzyko udaru mózgu?
☐ Tak ☐ Nie
15. Czy otyłość jest czynnikiem ryzyka zachorowania na udar?
☐ Tak ☐ Nie
16. Czy cukrzyca może zwiększać ryzyko zachorowania na udar?
☐ Tak ☐ Nie
17. Ile razy w tygodniu należy uprawiać aktywność fizyczną aby zapobiegać udarom mózgu?
☐ NIE MA TO ZNACZENIA
☐ 1 x
☐ 2 x
☐ Minimum 3 x
☐ 4 x
☐ Minimum 5 x
☐ 6 x
☐ Codziennie

**ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA - UCZESTNIKA PROGRAMU
PROFILAKTYCZNEGO**
(ankieta jest anonimowa)

	OCENA				
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Niezadowa- lająco	Źle
Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencje osób realizujących program?					
Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o programie?					
Jak oceniają Państwo treść przygotowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych (zrozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?					
Jak oceniają Państwo wartość merytoryczną szkoleń oferowanych w ramach Programu?					
Jak oceniają Państwo swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) odnośnie czynników ryzyka i objawów chorób naczyniowych mózgu po zakończeniu udziału w programie?					
Jak oceniają Państwo jakość opieki lekarskiej?					
Który z czynników ryzyka postanowił Pan/Pani wyeliminować lub zmodyfikować (x-nikotynizm, x-duża masa ciała, x-mała aktywność fizyczna, x-ciśnienie krwi) i jak Pan/Pani ocenia swoje szanse na realizację tych zadań?					
Jak oceniliby Państwo możliwość prowadzenia kolejnych Programów Profilaktycznych z zakresu					

chorób naczyń mózgowych w przyszłości?					
Jak Państwo oceniają poziom obsługi w ramach Programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?					
Jak Państwo całościowo oceniają Program?					

**ANKIETA SATYSFAKCJI PERSONELU MEDYCZNEGO - UCZESTNIKA PROGRAMU
PROFILAKTYCZNEGO**
(ankieta jest anonimowa)

	OCENA				
	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Niezadowa- lająco	Źle
Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencje osób realizujących program?					
Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o programie?					
Jak oceniają Państwo treść przygotowanych materiałów informacyjno-edukacyjnych (zrozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?					
Jak oceniają Państwo wartość merytoryczną szkoleń oferowanych w ramach Programu?					
Jak oceniają Państwo swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) odnośnie profilaktyki pierwotnej i wtórnej chorób naczyniowych mózgu po zakończeniu udziału w programie?					
Jak oceniliby Państwo możliwość prowadzenia kolejnych Programów Profilaktycznych z zakresu chorób naczyń mózgowych w przyszłości?					
Jak Państwo oceniają poziom obsługi w ramach Programu (uprzejmość, dostępność, chęć udzielenia pomocy)?					
Jak Państwo całościowo oceniają Program?					

