



Opinia
Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych
nr 109/2013 z dnia 22 kwietnia 2013r.
o projekcie programu „Program zdrowotny w zakresie profilaktyki
wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych – pilotaż”
województwa mazowieckiego

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości, wydaję pozytywną opinię o projekcie programu „Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych – pilotaż” województwa mazowieckiego.

Uzasadnienie

Wtórna prewencja po przebyłym ostrym zespole wieńcowym należy do najbardziej kosztowo efektywnych interwencji w całej medycynie. Niestety po miesiącu od OZW zalecane leki przyjmuje około 80% chorych, po pół roku mniej niż 50%. Podejmowane są różne działania mające na celu zwiększenie stosowania się do zaleceń chorych po OZW, należą do nich: pełne finansowanie terapii oraz różne działania edukacyjne, jakie stanowią element tego projektu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu zdrowotnego województwa mazowieckiego z zakresu edukacji pacjentów po przebytych ostrych zespołach wieńcowych. Projekt programu obejmuje odpowiednią populację mieszkańców województwa mazowieckiego. Populacja została oszacowana i stanowi 3000-3500 chorych oraz 3000-3500 bliskich chorych. Program ma być realizowany w okresie II-IV kwartał 2013 roku. Planowane interwencje polegają na edukacji pacjentów na temat zaleceń, co do postępowania, znaczenia leków, diety i trybu życia.

Województwo mazowieckie na realizację programu chce przeznaczyć 3 469 600 zł.

Problem zdrowotny

Jednym z zasadniczych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa są choroby sercowo-naczyniowe obejmujące chorobę niedokrwinną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca (uszkodzenie mięśnia serca i zastawek serca z gorączką reumatyczną, spowodowane przez paciorkowce), wrodzone wady serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną.

Zawały serca i udary są zazwyczaj incydentami ostrymi. Najczęstszą przyczyną tych incydentów jest miażdżyca naczyń tętniczych (odkładanie się złogów tłuszczowych na wewnętrznych ściankach naczyń krwionośnych). Jej rozwój następuje powoli i skrycie. Zlokalizowana w ścianie naczynia, powiększająca się blaszka miażdżycowa powoduje stopniowe zmniejszanie się światła tętnicy z czasem prowadząc do istotnego utrudnienia przepływu krwi.



Choroby sercowo-naczyniowe są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet; stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Poznano wiele czynników odpowiedzialnych za rozwój miażdżycy.

Badania epidemiologiczne i socjomedyczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odgrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia. Są to: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu, stres. Wzorce te powtarzane przez dłuższy okres czasu mogą prowadzić do zaburzeń biochemicznych i fizjologicznych u człowieka, m.in. do dyslipidemii, otyłości, cukrzycy, nadciśnienia tętniczego krwi.

Do czynników ryzyka sercowo-naczyniowego podlegających modyfikacji należą:

- nieprawidłowe żywienie,
- palenie tytoniu,
- mała aktywność fizyczna,
- podwyższone ciśnienie tętnicze,
- zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, trójglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu),
- upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca,
- nadwaga, otyłość.

Do czynników ryzyka sercowo naczyniowego niepodlegających modyfikacji należą natomiast:

- wiek: mężczyźni ≥ 45 lat, kobiety ≥ 55 lat,
- wczesne (u mężczyzn < 55 . r.ż., u kobiet < 65 . r.ż.) występowanie w rodzinie choroby niedokrwiennej serca (ChNS) lub chorób innych tętnic na podłożu miażdżycy,
- już rozwinięta choroba niedokrwiennej serca (ChNS) lub choroba innych tętnic na podłożu miażdżycy.

Do nowszych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego należą zwiększone stężenia w osoczu białka C-reaktywnego (CRP), homocysteiny, lipoproteiny (a) i fibrynogenu.

Alternatywne świadczenia

Świadczenia oferowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, obejmują rehabilitację kardiologiczną w ośrodku lub oddziale dziennym.

- rehabilitacja jest udzielana świadczeniobiorcom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych i którzy nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, a w szczególności świadczeniobiorcom po:
 - ostrych zespołach wieńcowych;
 - plastyce naczyń wieńcowych;
 - zabiegach kardiochirurgicznych;
 - zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej;
 - zaostrzeniach niewydolności serca.
- rehabilitacja prowadzona jest w oparciu o indywidualnie dobrany schemat treningowy, przygotowany przez lekarza specjalistę kardiologa lub lekarza rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej, we współpracy z magistrem fizjoterapii. Schemat ustala się na podstawie przeprowadzonego testu

wysiłkowego na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, wyników innych nieinwazyjnych badań kardiologicznych (EKG metodą Holtera, monitorowanie ciśnienia tętniczego metodą Holtera) oraz ogólnego stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

- rehabilitacja obejmuje stosowanie ćwiczeń fizycznych o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości, uwzględniających globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych oraz wynik badania wysiłkowego. Schemat rehabilitacji obejmuje również fizykoterapię, zajęcia edukacyjne, interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.
- tryb kierowania oraz czas trwania rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku lub oddziale dziennym został określony w załączniku Nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji.

Ponadto istnieje możliwość skorzystania z rehabilitacji w ramach ZUS.

Wnioski z oceny przeprowadzonej przez Agencję

Wnioski z oceny problemu zdrowotnego

Wnioski dotyczą rehabilitacji pacjentów po incydentach sercowo-naczyniowych, których jednym z elementów jest edukacja.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna zalecana jest u wszystkich pacjentów po zawale mięśnia sercowego, pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG) czy angioplastyce; pacjentów po rewaskularyzacji wieńcowej, pacjentów ze stabilną dusznicą bolesną oraz przewlekłą niewydolnością serca, jeśli występują ograniczające objawy.

Wszystkie zalecenia są zgodne w kwestii, że ćwiczenia fizyczne odpowiednio dopasowane do potrzeb i możliwości osób, powinny stanowić kluczowy element rehabilitacji kardiologicznej:

- Wszystkim pacjentom (niezależnie od wieku), powinno się udzielić porady, zaoferować program rehabilitacji kardiologicznej z komponentem uwzględniającym ćwiczenia.
- Na podstawie wyników przeglądu systematycznego badań RCT stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna zaraz po ostrym zespole wieńcowym lub wieńcowej rewaskularyzacji jest skuteczna w zwiększeniu wydolności funkcyjnej oraz w obniżaniu ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych. Na tej podstawie wydano rekomendację, zgodnie z którą klinicznie stabilnym, wyrównanym pacjentom po ostatnio przeżytym zawale (MI), niestabilną dusznicą bolesną (UAP), po pomostowaniu aortalno-wieńcowym (CABG) lub przezskórnej interwencji wieńcowej (PCI), powinno oferować się, jeśli to możliwe, uczestnictwo w krótkotrwałej (do 12 tygodni) nadzorowanej rehabilitacji fizycznej.
- Stabilnym pacjentom z dysfunkcją lewej komory można bezpiecznie proponować część ćwiczeniową rehabilitacji.
- Rehabilitacja kardiologiczna powinna uwzględniać element ćwiczeń fizycznych, spełniających potrzeby osób starszych oraz osób z istotnymi chorobami współistniejącymi.
- Rehabilitacja kardiologiczna powinna zapewniać cały zakres opcji, a pacjenci powinni być zachęceni do korzystania ze wszystkich opcji odpowiednich do ich potrzeb klinicznych. Pacjenci nie powinni być wykluczani całkowicie z programu, jeśli nie będą chcieli uczestniczyć w którymś z komponentów.

W odniesieniu do zalecanej aktywności fizycznej, według odnalezionych dowodów:

- Ćwiczenia fizyczne powinny stanowić kluczowy element rehabilitacji kardiologicznej. Komponent ćwiczeniowy rehabilitacji kardiologicznej powinien być oferowany co najmniej 2 razy w tygodniu przez co najmniej 8 tygodni.
- Przed objęciem pacjenta rehabilitacją kardiologiczną należałoby sprawdzić, czy pacjent jest stabilny i nie cierpi na żadną chorobę, ani nie ma żadnego urządzenia, które wykluczałoby zastosowanie opartego na ćwiczeniach programu rehabilitacji.
- Ćwiczenia fizyczne powinny być zindywidualizowane i uwzględniać cechy kliniczne, styl życia, nastawienie, kulturę oraz środowisko.
- Osobom prowadzącym siedzący tryb życia, powinno się zalecać co najmniej 30 minut umiarkowanie intensywnej aktywności fizycznej przez większość dni w tygodniu.
- Aktywność fizyczna dla osób z chorobą wieńcową powinna zaczynać się od niskiej intensywności i stopniowo zwiększać przez okres kilku tygodni.
- Krótkie okresy aktywności fizycznej są korzystne.
- Energiczne ćwiczenia w przypadku osób z chorobą wieńcową nie są zalecane; jeśli tylko jest możliwe, osoby z chorobą wieńcową serca powinny być kierowane na ćwiczenia fizyczne w ramach programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej;
- Należy oferować nadzorowany, program rehabilitacji oparty na ćwiczeniach fizycznych, opracowany odpowiednio do potrzeb pacjentów z niewydolnością serca.
- Intensywność ćwiczeń powinna być monitorowana i dostosowywana do poziomu zmęczenia.
- Dobrą praktyką jest, by w przypadku pacjentów cierpiących na chorobę serca lub inne choroby, których stan może pogorszyć się w czasie ćwiczeń, pacjenci zostali – jeśli to możliwe - wyleczeni przed zaoferowaniem im komponentu rehabilitacji uwzględniającego ćwiczenia. Dla niektórych z pacjentów komponent ćwiczeń może zostać dostosowany przez odpowiednio wykwalifikowany personel medyczny.

Wszystkie zalecenia są zgodne, iż obok zaleceń dotyczących aktywności fizycznej, powinny być stosowane również odpowiednie zalecenia z zakresu profilaktyki wtórnej, dotyczące odżywiania, stosowania alkoholu oraz palenia, mające na celu zmianę złych nawyków, stylu życia. Powinno się również stosować do odpowiednich zaleceń dotyczących farmakoterapii.

Kompleksowy program rehabilitacji kardiologicznej powinien uwzględniać interwencje psychospołeczne (edukację pacjenta, doradztwo, techniki behawioralno-poznawcze). Element edukacyjny programu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej powinien być indywidualnie dostosowany do określonych okoliczności, gotowości do zmiany, tła kulturowego, sytuacji socjoekonomicznej pacjenta.

Wnioski z oceny programu województwa mazowieckiego

Projekt programu zdrowotnego dotyczy istotnego problemu zdrowotnego, jakim jest profilaktyka chorób sercowo-naczyniowych. Jasno określa cele i sposób realizacji, którym jest edukacja pacjentów.

Planowane działania z zakresu edukacji prozdrowotnej oraz prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych są zgodne z celem strategicznym nr 1 Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (NPZ 2007-2015), tj. „zmniejszeniem zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”. Projekt programu realizuje również cele dotyczące czynników ryzyka i działania w zakresie promocji zdrowia (tj. zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, poprawa

sposobu żywienia ludności i jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości, zwiększenie aktywności fizycznej ludności).

Populacja została określona prawidłowo. Planowane interwencje polegają na edukacji pacjenta. Program zawiera ogólnie określone metody monitoringu i ewaluacji. Miernikiem efektywności programu będzie odsetek pacjentów, u których wystąpił drugi zawał. Przeprowadzona zostanie także ankieta dotycząca jakości świadczonych usług oraz ocena zgłaszalności do programu.

Program ma być realizowany w okresie II-IV kwartał 2013 roku. Na jego realizację Samorząd Województwa Mazowieckiego ma zamiar przeznaczyć 346 960 zł. Projekt przewiduje koszt przeznaczony na jednego pacjenta w wysokości 51,5zł. Przedstawiono poszczególne składowe koszty, które obejmują: opracowanie merytoryczne materiałów edukacyjnych, druk materiałów edukacyjnych, zajęcia z zakresu poradnictwa zdrowotnego, patronaż, opracowanie statystyczne danych.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wydaję opinię, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48 ust. 2a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z uwzględnieniem raportu o programie: „Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych – pilotaż” realizowanym przez województwo mazowieckie, nr: AOTM-OT-441-16/2013, Warszawa kwiecień 2013 i aneksu: „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych”, Aneks do raportów szczegółowych, Warszawa, luty 2013.

Inne wykorzystane źródła danych, oprócz wskazanych w ww. raporcie:

1. Nie dotyczy.