

RAPORT KOŃCOWY

Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Data wpływu :
Sygn. akt:
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Samorząd Województwa Mazowieckiego	<h3 style="margin: 0;">Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</h3>
oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	
Program zdrowotny w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespólach wieńcowych	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: w latach 2012-2016	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2013-2017
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej: ¹⁾	
<p><u>Cel główny:</u> zapobieganie chorobom sercowo – naczyniowym oraz nawrotom incydentów wieńcowych poprzez zmianę czynników ryzyka w populacji województwa mazowieckiego.</p> <p><u>Cele szczegółowe:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) identyfikacja osób zagrożonych progresją chorób sercowo-naczyniowych oraz incydentów wieńcowych, identyfikacja czynników i grup ryzyka, 2) przekazanie informacji oraz wyuczenie odpowiednich wzorców zachowań skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych a w szczególności: <ol style="list-style-type: none"> a) przekazanie informacji o znaczeniu odpowiedniej diety w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych oraz roli otyłości jako jednego z głównych czynników ryzyka, b) przekazanie informacji o znaczeniu ruchu we wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych, c) wyuczenie nawyków regularnego monitorowania ciśnienia tętniczego, przyjmowania leków. <p><u>Oczekiwane efekty:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) wzrost wiedzy o znaczeniu ruchu, odpowiedniej diety, 2) przyswojenie nawyków prozdrowotnego stylu życia, w tym, przyjmowania leków. 	
Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej: ²⁾	
<p>Grupą docelową programu są osoby po przebytych zawałach mięśnia sercowego, zamieszkałe na terenie województwa mazowieckiego. Oczekiwanym efektem programu jest wzrost u pacjentów wiedzy o znaczeniu ruchu oraz odpowiedniej diety, a także przyswojenie nawyków prozdrowotnego stylu życia, w tym przyjmowania leków. Miernikiem efektywności odpowiadającym celom programu jest odsetek pacjentów, u których wystąpił kolejny zawał.</p>	
Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej: ³⁾	

¹⁾ Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

²⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej.

³⁾ W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej.

W latach 2013-2015 program realizowany był przez 4 podmioty, w 2014 r. – przez 5, w latach 2016 – 2017 r. - przez 6 podmiotów. Program posiada pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W 2016 r. program otrzymał wyróżnienie w konkursie „Samorząd od serca”.

Region Ciechanowski, realizator Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie - ewaluacja działań za lata 2014 – 2017.

Ewaluacja dotyczy analizy danych w celu oceny skuteczności, efektywności i użyteczności programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych zwanego dalej Programem.

Jako cel główny Programu określono:

- zapobieganie chorobom sercowo – naczyniowym oraz nawrotom incydentów wieńcowych poprzez zmianę czynników ryzyka w populacji.

Celami szczegółowymi były:

- identyfikacja osób zagrożonych progresją chorób sercowo – naczyniowych oraz incydentów wieńcowych (identyfikacja czynników i grup ryzyka)

- przekazywanie informacji oraz wyuczenie odpowiednich wzorców zachowań skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych a w szczególności :

- Przekazywanie informacji o znaczeniu odpowiedniej diety w profilaktyce chorób sercowo – naczyniowych oraz roli otyłości jako jednego z głównych czynników ryzyka ,
- Przekazywanie informacji o znaczeniu ruchu we wtórnej prewencji chorób sercowo – naczyniowych
- Wyuczenie nawyków regularnego monitorowania ciśnienia tętniczego , przyjmowania leków.

Adresatami Programu byli pacjenci Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie hospitalizowani w Oddziale Kardiologicznym po przebyciu ostrego zespołu wieńcowym. Każdy z pacjentów zaproszony przez pielęgniarkę lub lekarza Oddziału do udziału w programie wypełniał Ankietę przy wypisie oraz Ankietę po wypisie.

Głównymi działaniami skierowanymi do pacjentów były rozmowy edukacyjne z pielęgniarką Oddziału Kardiologicznego i lekarzem kardiologiem. Rozmowy edukacyjne dotyczyły: wyjaśnienia konieczności regularnego stosowania leków, rzucenia palenia, kontroli ciśnienia tętniczego, stosowania zasad racjonalnego odżywiania, redukcji masy ciała, aktywności fizycznej i kontroli stężenia lipidów we krwi. Uczestnicy Programu otrzymali materiały edukacyjne do zapoznania i utrwalenia przekazanych treści w domu. Wszyscy uczestnicy sposób przekazywania informacji uznali za zrozumiałe i wyczerpujące.

W latach 2014 - 2017 w Oddziale Kardiologicznym w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie z powodu Ostrego Zespołu Wieńcowych hospitalizowano 2023 pacjentów.

Tabela nr 1. Liczba uczestników programu

Rok	Liczba pacjentów hospitalizowanych z OZW	Liczba pacjentów w programie	%	Kobiety	Mężczyźni
2014	519	14	3	6	8
2015	475	27	6	8	19
2016	521	67	13	17	50
2017	508	47	9	12	35
Razem	2023	155	30	43	112

Udział w programie zadeklarowało 155 pacjentów, co stanowi 30 % hospitalizowanych z powodu OZW. Zdecydowanie częściej byli to mężczyźni.

Tabela nr 2. Wiek pacjentów

Wiek pacjentów podczas wystąpienia OZW	Razem	%	2014	2015	2016	2017
31-40	8	5	3	2	0	3
41-50	18	12	1	7	4	6
51-60	67	43	6	11	35	15
61+	62	40	4	7	28	23
Razem	155	100	14	27	67	47

Największy odsetek tj. 43 % uczestników Programu stanowili pacjenci u których incydent OZW wystąpił w przedziale wiekowym 51 - 60 lat. Najmniejszą grupą byli pacjenci w przedziale wiekowym 31 - 40 lat. Najmłodszy pacjent uczestniczący w programie miał 35 lat.

W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji.

W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawić rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (krótko- i długoterminowe).

Tabela nr 3. Poziom wykształcenia

Wykształcenie	2014	2015	2016	2017	razem	%
Wyższe	2	3	4	8	17	11
Średnie	5	13	22	13	53	34
Zawodowe	4	7	8	9	28	18
Podstawowe	3	4	33	17	57	37
Razem	14	27	67	47	155	100

Najczęściej udział w Programie deklarowali pacjenci z wykształceniem podstawowym (którzy stanowili 37 % ogółu). Pacjenci z wykształceniem wyższym stanowili najmniejszą grupę uczestników programu, tj. 11 %.

Tabela nr 4. Warunki socjalne

Warunki socjalne	2014	2015	2016	2017	Razem	%
Stała praca	6	18	26	23	73	47
Bezrobotny	1	2	11	3	7	11
Renta/emerytura	7	7	30	21	65	42
Razem	14	27	67	47	155	100

Uczestnicy Programu w 47% deklarowali posiadanie stałej pracy. 42% uczestników to emeryci lub renciści. 11% - bezrobotni.

Tabela nr 5. Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka	2014	2015	2016	2017	razem
Nadciśnienie tętnicze	8	13	42	28	91
Palenie tytoniu	8	16	43	22	89
Nadwaga/otyłość	5	14	35	18	72
Hipercholesterolemia	10	21	49	44	114
Cukrzyca	3	5	15	7	30

Z analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu wynika, że najczęściej występującymi czynnikami ryzyka predysponującymi do wystąpienia OZW były: wysoki poziom cholesterolu (u 114 pacjentów), następnie nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu i nadwaga/otyłość. Należy podkreślić, że u większości pacjentów występowały 2 - 3 czynniki ryzyka jednocześnie.

Tabela nr 6. Efekty edukacyjne w redukcji czynników ryzyka

Zachowania prozdrowotne	Tak	%	Nie	%	Nie dotyczy	%
Rzucanie palenia	49	55	40	45	66	74
Redukcja masy ciała	52	34	103	66	0	0
Kontrola poziomu lipidów	70	45	85	55	0	0
Kontrola ciśnienia tętniczego	155	100	0	0	0	0
Stosowanie diety	155	100	0	0	0	0
Aktywność fizyczna	155	100	0	0	0	0
Stosowanie leków	155	100	0	0	0	0

W wyniku podjętych działań edukacyjnych 55% pacjentów palących rzuciło palenie. 100% uczestników programu deklarowało stosowanie aktywności fizycznej i diety zmniejszającej ryzyko wystąpienia OZW, a 34% zredukowało masę ciała. wśród stosowanych form aktywności fizycznej wymieniano: spacer, jazdę na rowerze, pływanie, przebywanie na świeżym powietrzu przy korzystnych warunkach atmosferycznych tj, unikając słońca, silnego wiatru i ostrego zimnego powietrza. Dobór aktywności uzależniano od wydolności organizmu, sprawności i wieku. 100% biorących udział w Programie wtórnej profilaktyki OZW utrzymuje, że systematycznie stosuje leki zapobiegające występowaniu OZW.

Tabela nr 7. Wizyty w poradni kardiologicznej

Wizyty w poradni kardiologicznej	2014		2015		2016		2017		Razem			
	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	nie	tak	%	nie	%
	5	9	16	11	24	43	24	23	69	44,5	86	55,5

Uczestników programu informowano o możliwości regularnych kontroli stanu zdrowia w Poradni

Kardiologicznej. Analiza wizyt ambulatoryjnych pokazuje, że 44,5% biorących udział w Programie skorzystało co najmniej raz po pobycie w szpitalu z porady lekarskiej w Poradni Kardiologicznej Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie. Tylko jedna pacjentka była powtórnie hospitalizowana z powodu OZW w Oddziale Kardiologicznym Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie.

Odczucia pacjentów dotyczące udziału w programie związane były z zadowoleniem z powodu pozyskanej wiedzy, która pomaga w: zmianie stylu życia, odżywiania, poznania mechanizmów powstawania ozw, uwrażliwieniu na troskę o własne zdrowie, uświadomieniu odpowiedzialności za własne zdrowie i życie przejawiającej się w systematycznym stosowaniu leków, kontroli ciśnienia tętniczego, kontroli masy ciała, kontroli poziomu lipidów, wizytach u specjalisty, rezygnacji z używek.

Trudnościami, na które zwracali uwagę pacjenci biorący Programie wtórnej profilaktyki Ostrych Zespołów Wieńcowych były: niechęć do wypełniania ankiet i innej dokumentacji związanej z udziałem w programie, duża odległość od miejsca zamieszkania do placówki realizującej program - brak pieniędzy na bilet lub brak środka transportu w celu dotarcia na spotkanie.

Podsumowując, działania edukacyjne skierowane do pacjentów w ramach programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych pozwoliły na osiągnięcie założonych celów.

Region Ostrołęcki, realizator Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr J. Psarskiego w Ostrołęce - ewaluacja działań za lata 2014 – 2017.

W okresie 4 lat MSS im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce łącznie przyjęto w programie 192 osoby. Przy ogólnej liczbie hospitalizowanych w tym czasie pacjentów z OZW daje to średnią **5,6%** wszystkich chorych z ostrym zespołem wieńcowym.

W kolejnych latach odpowiednio:

- 2014r: 37osób w programie z 838 pacjentów z OZW – **4,4%**
- 2015r: 73osoby z 844 pacjentów z OZW-**8,6%**
- 2016r: 45osób z 906 pacjentów z OZW-**4,9%**
- 2017r: 37 osób z 837 pacjentów zOZW-**4,4%**

Rozkład wg płci wyglądał następująco:

Mężczyźni - **80%**

Kobiety - **20%**

Rozkład wg jednostki chorobowej:

zawał serca - **80%**

niestabilna choroba wieńcowa - **20%**

Średnia wieku

Średnia wieku u mężczyzn - **61 lat**

Średnia wieku u kobiet - **60 lat**

Czynniki ryzyka

Cukrzyca – **30%** pacjentów

Otyłość i nadwaga **85%** chorych

Nikotynizm - **70%** pacjentów.

Niewielki odsetek pacjentów korzystających z programu wynikał z kilku kwestii.

Przed wszystkim przyjmowano chorych z pierwszego półrocza, poza rokiem 2015 kiedy przyjęcia obejmowały dłuższy okres. Wynikało to z problemów kadrowych w oddziale, sezonu urlopowego, kiedy niewielka liczba lekarzy mogła przyjmować pacjentów w godzinach pracy.

Część pacjentów rezygnowała z udziału w programie ze względu na konieczność dojazdu do Ostrołęki z okolicznych miejscowości w godzinach pracy. Starsze osoby były uzależnione od rodziny w kwestii dojazdu i nie deklarowały przyjazdu w wyznaczonych terminach.

Część chorych odbyło tylko 1 wizytę, rezygnując z drugiej z różnych przyczyn, głównie socjalnych i problemów z dojazdem – 2% chorych.

Wśród chorych przeprowadzono anonimową ankietę jakościową w której odpowiadali na pytania dotyczące zadowolenia i celowości działań podjętych przy realizacji ww. programu.

98% pacjentów było w pełni zadowolonych z programu, bez żadnych uwag.

2% z uwagami odniosło się do sposobu jego realizacji – głównie krótki czas trwania (oczekiwali większej ilości wizyt innych i godzin przyjęć na wizytach lekarskich)

Jedynie 10% chorych wykazuje zadowalającą świadomość w zakresie wiedzy o chorobie wieńcowej, jej skutkach i zalecanej profilaktyce.

Tylko 20-30% pacjentów podjęło adekwatną zmianę w nawykach żywieniowych i zwiększyło aktywność fizyczną.

Skuteczną próbę rzucenia palenia podjęło 30% palących.

Po okresie roku od hospitalizacji nawiązano kontakt telefoniczny z pacjentami - 155 osób (do roku 2017). Jedynie u 2 pacjentów (1,3%) doszło do ponownej hospitalizacji z powodu OZW (2 zawały serca).

W ocenie realizatora programu istnieje potrzeba prowadzenia takiego programu ponieważ:

1. Pozwala na systematyczną kontrolę pacjentów leczonych interwencyjnie z powodu ostrych zespołów wieńcowych
2. Systematyczna kontrola przyjmowanych leków, objawów zgłaszanych przez pacjentów prowadziła w wielu przypadkach do istotnej modyfikacji leczenia farmakologicznego (50-60% chorych). Zlecenia kontrolnych badań

- laboratoryjnych oraz skierowaniu chorych do oddziałów kardiologicznych (10% pacjentów); w tym do powtórnej koronarografii (2% osób) i angioplastyki wieńcowej (1% osób).
3. Wprowadza u chorych po ostrych zespołach wieńcowych poczucie szczególnego zainteresowania ze strony służby zdrowia, co prowadzi do zmniejszenia poczucia zagrożenia i ograniczenia reakcji lękowych związanych z chorobą serca – pacjenci bardzo chętnie odpowiedzieli na możliwość dodatkowego spotkania z lekarzem, byli pod wrażeniem troskliwości i empatii, jaką system ochrony zdrowia wykazuje w ich kierunku (frekwencja 98% na spotkaniach z lekarzem).
 4. Dzięki wszystkim działaniom bezpośrednio wpłynął on na poprawę zdrowia chorych korzystających z programu zdrowotnego i rozpoznanie nowych jednostek chorobowych. Wielu pacjentom zalecono dodatkowo wizyty w poradniach MSS Szpitala w Ostrołęce, w tym poradni leczenia chorób naczyń obwodowych i poradni gastrologicznej.
 5. Lekarze prowadzący konsultacje w ramach powyższego programu spotkali się z uznaniem ze strony pacjentów zaproszonych do programu.
 6. Pozostaje bardzo duże pole do poprawy edukacji chorych w zakresie choroby wieńcowej, zawału serca i profilaktyki tych schorzeń. Pytania zadane chorym w ankiecie ewaluacyjnej wskazują na zadowalającą jedynie w 10% świadomość ww. zagadnień. Jednocześnie ponad 90% chorych sygnalizuje potrzebę poszerzenia wiedzy w tym temacie.

Region Radomski, realizator Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. w Radomiu - ewaluacja działań za lata 2013 – 2017.

Do programu rekrutowano chorych po przebytych incydencie OZW leczonych zachowawczo lub interwencyjnie, z wykorzystaniem zabiegu PTCA lub CABG.

W analizie danych uwzględniono wiek i płeć chorych, miejsce zamieszkania-(miasto/teren wiejski), wykształcenie-(wyższe, średnie, zawodowe, podstawowe).

W rozmowie z chorymi zwrócono uwagę na współistnienie oprócz choroby wieńcowej innych chorób sercowo-naczyniowych, jak: nadciśnienie tętnicze, rozpoznana niewydolność serca, choroby OUN-TIA, przebyty udar, zwężenie tętnic szyjnych, miażdżycy tętnic kończyn dolnych, a także rozpoznane choroby metaboliczne, ze szczególnym uwzględnieniem elementów składowych zespołu metabolicznego: nadciśnienia tętniczego, nietolerancji glikemii/cukrzycy, hipercholesterolemii i otyłości.

Zwrócono uwagę na obecność powikłań po przebytych już incydencie OZW lub inne incydenty/choroby mające wpływ na zdrowie pacjentów.

W analizie statystycznej uwzględniono chorych, u których po pierwszym incydencie OZW doszło do kolejnego epizodu OZW nie zakończonych zgonem, w tym chorych wymagających kolejnego zabiegu PTCA. Zwrócono uwagę na dodatkowe hospitalizacje pacjentów w trybie nagłym z powodu zaostrzenia choroby wieńcowej, gdy nie rozpoznano u chorych kolejnego OZW/zawału serca i nie wykonywano ponownie zabiegów angioplastyki wieńcowej.

Chorych pytano o stopień świadomości/przyswojenia wiedzy na temat choroby wieńcowej, stosunek do problemu choroby, regularne zażywanie leków, z uwzględnieniem nietolerancji, lub efektów ubocznych po stosowanych preparatach, co mogłoby mieć ewentualny wpływ na przerwanie terapii.

W rozmowie z pacjentami zwrócono uwagę na fakt, co udało się chorym zmienić od czasu przebytego epizodu OZW, ze szczególnym uwzględnieniem:

- zmiany sposobu odżywiania, stosowania diety z ograniczeniem soli, tłuszczów i węglowodanów
- zaprzestania stosowania używek: rzucenie palenia papierosów, spożywania alkoholu,
- aktywności: bierny/pasywny tryb życia; aktywny-(częste spacer, bieganie, jazda na rowerze/stacjonarnym, nordic walking, wycieczki, pływanie, praca na działce, ćwiczenia fizyczne, uprawianie sportu, rehabilitacja kardiologiczna), przeciętna aktywność-(prace domowe, praca zawodowa),
- dążenia do redukcji wagi ciała u chorych otyłych lub z rozpoznaną nadwagą,
- okresowej/systematycznej kontroli ciśnienia tętniczego.

W ocenie jakości życia chorych po przebytych OZW uwzględniono fakt, czy istnieje u nich potrzeba okresowego/częstego stosowania nitrogliceryny podjęzykowo z powodu dolegliwości bólowych w klatce piersiowej. Chorych pytano o aktualne samopoczucie w porównaniu do okresu po "świeżo" przebytych incydencie OZW. Samopoczucie polecono chorym ocenić subiektywnie wg skali jako: lepsze, gorsze lub pozostające bez zmian.

W trakcie rozmowy odpowiadano na stawiane przez pacjentów pytania dotyczące ich choroby, wątpliwości odnośnie postępowania i trybu życia po przebytych już epizodzie OZW.

W podsumowaniu poproszono pacjentów o ocenę programu profilaktyki wtórnej OZW, pytając, czy program jest użyteczny, skuteczny, potrzebny, efektywny.

Pacjentów pytano, czy osiągnięto zamierzone cele: zwiększenie świadomości na temat choroby wieńcowej, konieczność kontynuowania leczenia, uzyskanie wiedzy na temat czynników ryzyka choroby, sposobów zapobiegania i profilaktyki wtórnej OZW.

Tabela nr 8. Analiza danych

Pacjenci /rok badania	2013	2014	2016	2017	Łącznie
Liczba pacjentów wstępna / ostateczna	97/70	166/135	78/65	104/96	445/366
Wiek	41-85 r.	46-88 r. ż.	24-91 r. ż.	40-87 r. ż.	24-91 r. ż.
-pacjenci w badaniu	ż.	135	65	96	366
-chorzy wykluczeni	70	31	13	8	79
-zgony	27	1	1	0	4

	2				
Płeć M/K					
-kobiety	22	40	17	27	106
-mężczyźni	48	95	48	69	260
Miejsce zamieszkania					
-miasto	36	91	34	48	199
-wieś	34	44	31	48	167
Wykształcenie					
-wyższe	9	15	13	6	46
-średnie	27	55	16	31	129
-podstawowe	17	26	9	17	69
-zawodowe	17	39	27	42	125
Choroby współistniejące, nalogi					
-nadciśnienie	67	118	53	88	326
-nadwaga/otyłość	30	54	29	36	149
-cukrzyca	25	61	16	23	125
-palacze papierosów	26	57	30	39	152
Samopoczucie					
-lepsze	39	80	47	71	237
-gorsze	4	13	2	8	27
-bez zmian	25	41	15	17	98
-zgony	2	1	1	0	4
Kolejny epizod OZW/PTCA	4	14	4	3	25
Hospitalizacje bez OZW	12	29	6	11	58
Pacjenci nie biorący leków	0	2	0	1	3
Aktywność, osiągnięcia chorych					
a) aktywność ruchowa					
-aktywni	42	93	41	67	243
-pasywni	7	13	7	22	49
-aktywność przeciętna	19	28	16	7	70
b) waga ciała					
-zredukowali wagę	9	22	11	21	63
-przytyli	10	14	8	6	38
-waga stabilna	11	18	10	9	48
c) palenie papierosów					
-rzucili palenie	11	34	10	19	74
-pałą nadal	15	23	20	20	78
Zażywają NTG po OZW/PTCA	4	12	7	7	30
Ocena użyteczności programu					
-zadowoleni	66	132	63	94	355
-niewiele wynieśli z badania	2	2	0	1	5
-niezadowoleni	0	0	1	1	2
-zgony	2	1	1	0	4

Do programu w latach 2013-2017 wstępnie włączono łącznie 445 pacjentów, w wieku 24-91 r. ż. W końcowej analizie statystycznej uwzględniono 366 osób. Nie ujęto w niej 79 chorych, z którymi z różnych przyczyn nie udało się ponownie skontaktować telefonicznie i uzyskać informacji o ich aktualnym stanie zdrowia. Odnotowano zgony 4 chorych: 1 chory zmarł najprawdopodobniej z przyczyn sercowo-naczyniowych - chory z wielonaczyniową chorobą wieńcową, który nie zgodził się na proponowany zabieg CABG, 1 chory zmarł z powodu współistniejącej choroby nowotworowej raka płuc, jedna osoba z powodu udaru mózgu i powikłań cukrzycowych, domniemanej przyczyny zgonu ostatniej osoby nie udało się ustalić. W grupie chorych odnotowano 260 mężczyzn oraz 106 kobiet. 199 pacjentów mieszka w mieście, odpowiednio 167 chorych zamieszkuje tereny wiejskie. 43 chorych to pacjenci z wyższym wykształceniem, 129 to osoby z wykształceniem średnim, 69 z podstawowym i 125 z wykształceniem zawodowym. Wśród obecnych w badaniu pacjentów u 326 stwierdzono nadciśnienie tętnicze, u 125 cukrzycę, u 149 nadwagę/otyłość. Wśród badanych u 25 pacjentów doszło do kolejnego epizodu OZW, nie zakończono zgonem lub hospitalizacją w trybie pilnym, w czasie której u chorych wykonano kolejny zabieg PTCA, lub leczono chorych z powodu powikłań po przebytym OZW. 58 pacjentów po pierwszym incydencie OZW było ponownie hospitalizowanych z powodu zaostrzenia choroby wieńcowej-(dusznicza bolesna III wg CCS, nie wymagająca PTCA w trybie pilnym), pozawałowej niewydolności serca, lub epizodów FAP.

Nie rozpoznano jednak wtedy OZW i nie wykonywano ponownie zabiegu PTCA w trybie pilnym.

Z uwagi na możliwość opierania się jedynie na zgłaszanych przez chorych dolegliwościach, a braku dowodów rozpoznania chorób nie zdecydowano się ująć w analizie statystycznej powikłań po przebytym OZW-(pozawałowa niewydolność serca, pozawałowe zapalenie osierdzia), jak również współistniejących chorób takich jak: niewydolność serca, choroby OUN,

miażdżyca tętnic szyjnych oraz miażdżyca tętnic kończyn dolnych.

Za miarę użyteczności programu uznano ocenę stosunku chorych do kwestii konieczności zmiany sposobu postępowania, zerwania z nałogami i negatywnymi przyzwyczajeniami. Większość chorych potwierdziło wprowadzenie zmian w sposobie odżywiania, z ograniczeniem spożywania soli, wyłączeniem z diety pokarmów tłustych oraz słodczy. Spośród 149 pacjentów otyłych/z nadwagą 63 osobom udało się zredukować wagę, 48 chorych utrzymało wagę na dotychczasowym poziomie, 38 pacjentów otyłych/z nadwagą dodatkowo przytyło.

152 chorych to osoby palące papierosy w okresie przed hospitalizacją z powodu OZW. Wśród badanych 74 pacjentom udało się zerwać z nałogiem, 78 pacjentów pali nadal papierosy. Wśród osób palących tytoń, wszystkie osoby, które zerwały z nałogiem uczyniły to w trakcie hospitalizacji z powodu OZW, w czym pomogła chorym rozmowa z lekarzem i uświadomienie ryzyka progresji choroby wieńcowej, możliwość wystąpienia powikłań sercowo-naczyniowych, z wystąpieniem kolejnego epizodu OZW lub koniecznością re-PTCA w przypadku kontynuowania palenia. Osoby, którym nie udało się zerwać z nałogiem w dużej części ograniczyły ilość wypalanych papierosów lub deklarowały chęć rzucenia palenia i wdrożenia działań, które zmierzałyby do zerwania z nałogiem. Nieliczne osoby nie wykazały chęci rzucenia palenia, nie dostrzegając płynących za tym konsekwencji zagrożeń i ryzyka pogorszenia swojego stanu zdrowia.

Po przebytych epizodach OZW 243 osoby wykazują większą aktywność fizyczną, którą zdefiniowano jako włączenie do swoich zajęć co najmniej 1 z wymienionych: częste spacerowanie, bieganie, jazda na rowerze/rowerze stacjonarnym, nordic walking, piesze wycieczki, pływanie, praca na działce, ćwiczenia fizyczne, uprawianie sportu.

Wielu chorych skorzystało z możliwości wczesnopozawalowej rehabilitacji kardiologicznej i była hospitalizowana w ośrodkach sanatoryjnych/uzdrowiskowych.

Na uwagę zasługuje w tym miejscu najmłodszy z pacjentów, w wieku 24 lat, który po przebytych zawale serca i zabiegu PTCA włączył do żywienia dietę bogatą w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, preparaty wielowitaminowe, wrócił do aktywności fizycznej, jaką stosował w okresie poprzedzającym epizod OZW i aktywnie uprawia sport, w tym sporty ekstremalne.

Większość osób kontroluje systematycznie ciśnienie tętnicze, pozostaje pod okresową kontrolą u swojego lekarza POZ lub kardiologa i systematycznie zażywa leki. W grupie badanych odnotowano 3 osoby, które zaprzestały leczenia: 1 z nich odstawiła leki z powodu dobrego samopoczucia, nie widząc potrzeby kontynuacji leczenia, 2 osoby nie przyswoiły sobie w najmniejszym stopniu wiedzy na temat ryzyka powikłań choroby, konieczności leczenia, zmiany dotychczasowego trybu życia i postępowania po przebytych OZW. U żadnej z osób nie stwierdzono istotnych objawów ubocznych po stosowanych lekach, mogących być przyczyną zaprzestania leczenia.

237 chorych oceniło subiektywnie swoje samopoczucie po przebytych OZW i włączonym leczeniu jako lepsze, niż w okresie poprzedzającym OZW, 98 chorych oceniło je na podobnym poziomie, 27 pacjentów stwierdziło, że czuje się po przebytych OZW gorzej niż w okresie przed hospitalizacją.

Wśród badanych 30 pacjentów okresowo zażywa nitroglicerynę podjęzykowo z powodu dyskomfortu lub silniejszego bólu w klatce piersiowej. Wśród osób pytanym o potrzebę prowadzenia programu profilaktyki wtórnej po przebytych OZW większość badanych wypowiadała się pozytywnie.

Pacjenci doceniali zainteresowanie i zaangażowanie pracowników służby zdrowia i pomysłodawców programu w poprawę stanu zdrowia chorych po przebytych OZW, podkreślając duży wpływ programu na zwiększenie świadomości pacjentów o ich chorobie, wskazanie konieczności kontynuacji leczenia i uświadomienie ryzyka powikłań w przypadku zaniechania dalszej terapii farmakologicznej. 5 osób oceniło program jako niewiele wnoszący w ich życie i codzienne funkcjonowanie, gdyż niewiele pamiętają z przekazywanej im wiedzy i zaleceń, 2 osoby były z prowadzonego programu niezadowolone.

Region Warszawski (realizatorzy: Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o., Międzyleski Szpital Specjalistyczny, Szpital Kolejowy im. dr. Wł. Roeflera w Pruszkowie Sp. z o.o., Centrum Leczniczko-Rehabilitacyjne i Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o.o.).

Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z o.o. - ewaluacja programu 2013-2017

W czasie trwania realizacji programu od 15.10.2013 roku do 31.12.2017 w Klinice Kardiologii hospitalizowano 2302 pacjentów z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego, którzy zostali skierowani do pracowni hemodynamiki w celu wykonania koronarografii z podejrzeniem zawału serca. Niemal jedna trzecia pacjentów została objęta programem edukacyjnym w zakresie wtórnej profilaktyki u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych, wszyscy oni wyrażali świadomą zgodę na udział w programie. Należy wziąć pod uwagę, że część leczonych przez nas pacjentów zmarła lub była na tyle w ciężkim stanie, że nie była w stanie wziąć udziału w wykładach. Pacjenci w bardzo zaawansowanym wieku metrykalnym lub biologicznym, z zaburzeniami pamięci, z zespołem otępiennym bądź chorobami psychicznymi też nie byli zapraszani na wykłady. Chętnie natomiast w wykładach uczestniczyły ich rodziny, co nie jest odzwierciedlone i nie było ujęte w ogóle w planie tego projektu.

Tabela nr 9. Analiza danych

Rok	Liczba ozd kierowanych na badane inwazyjnie (koronarografia)	Liczba osób przeszkolonych w programie	Liczba kobiet	Liczba mężczyzn	Średnia wieku (lata)	Mieszkańcy województwa mazowieckiego (miasta warszawy)
2013	152	52	14	38	62	100% (82%)
2014	400	159	49	110	66	99% (68%)
2015	660	141	40	101	67	98% (72%)
2016	550	190	60	130	68	97% (75%)
2017	540	204	64	140	67	99% (81%)
Razem:	2302	746	227 (30,4%)	519 (69,6%)		

Łącznie w latach 2013-2017 szpital przeszkolił w pełni 746 pacjentów, w tym 227 kobiet, co stanowiło 30,4% wszystkich szkolonych i 519 mężczyzn, co stanowiło 69,6% wszystkich szkolonych. Zwykle każdej osobie towarzyszyła przynajmniej jedna, dwie osoby z rodziny. Średnia wieku wszystkich uczestników to 66 lat (od 62 do 68 w kolejnych latach trwania programu). Stanowi to niższą średnią wieku ogólnie przyjmowanych do szpitala pacjentów z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego, ale to właśnie najstarsza część tej populacji nie była zainteresowana udziałem w programie. W wykładach najchętniej brały udział osoby mieszkające w Warszawie i blisko szpitala oraz spoza obrębu Warszawy lub z daleka.

Wykłady odbywały się cyklicznie, po zebraniu odpowiedniej grupy pacjentów praktycznie co drugi tydzień we środy lub czwartki. Spotkały się z miłym odbiorem i sporym zainteresowaniem ze strony chorych i ich rodzin. Udział rodzin z roku na rok spotkał się z coraz większym zainteresowaniem. Każdy z uczestników wykładów otrzymał materiały edukacyjne promowane i pod patronatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, pod postacią książeczki „NIE zawał! Wybierz życie” oraz poza wykładami każdy chory w trakcie pobytu w Klinice Kardiologii odbył przede wszystkim indywidualną rozmowę najpierw z lekarzem Pododdziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, a następnie – najczęściej już po wykładzie i przy okazji wizyty kontrolnej w Poradni Kardiologicznej - z lekarzem prowadzącym na odcinku zachowawczym, na temat choroby wieńcowej, czynników ryzyka, zabiegów koronarografii i angioplastyki, któremu był poddany chory oraz postępowaniu po zawale serca (rehabilitacja poszpitalna, zmiana stylu życia, dieta, leczenie sanatoryjne). Po osiągnięciu stabilizacji u pacjenta już w kolejnej dobie leczenia i oczywiście za przyzwoleniem oszacowano wyjściowy stan wiedzy chorych na temat choroby wieńcowej za pomocą ankiety wstępnej – wypełnianej przed i po szkoleniu.

W przeprowadzanych obserwacjach nie porównano przeszkolonej grupy z grupą kontrolną, ale na podstawie kilkuletniej obserwacji i rozmów z pacjentami gruntownie i szczegółowo przeszkolonymi, co do istoty choroby i zasad prawidłowego postępowania można śmiało stwierdzić, że chorzy w odczuwalny sposób korygują swoje błędy dietetyczne, dbają o niewracanie do nałogów, prowadzą aktywny tryb życia, szczupleją. Bardzo duży wpływ na poprawę jakości życia naszych pacjentów ma uczestniczenie w programie wykładowym również rodzin i osób towarzyszących. W czasie wykładów one również zapoznają się z zasadami żywienia, leczenia, wykonywania prawidłowo kontroli i pomiarów, choćby naciśnięcia. Po zajęciach wiedzą dokładnie na co powinny zwrócić uwagę, kiedy jest konieczność pójścia do lekarza rodzinnego, kiedy do kardiologa, a kiedy trzeba pilnie wezwać pogotowie. W grupie szkolonej często pokutują różne utarte i głęboko zakorzenione sposoby zachowań, a czasami lęki – choćby przed wezwaniem pogotowia. Chorzy uczą się, że nie należy wypierać problemu dolegliwości w klatce piersiowej i wiedzą, że liczy się czas od początku bólu do momentu leczenia inwazyjnego zawału serca (koronarografii i koronaroplastyki). Po zajęciach często eliminujemy błędy dotyczące, chociażby nieprawidłowo wykonanych pomiarów ciśnienia. W obecnym schemacie działania służby zdrowia nie ma często czasu na rozmowę i szkolenie chorych w gabinecie lekarza POZ czy specjalisty kardiologa. O wielu – wydawałoby się oczywistych i prostych zagadnieniach – pacjenci nie mają pojęcia albo nikt tego dotychczas właściwie nie naświetlił. W leczeniu pacjentów po zawale serca kluczową rolę ma również systematyczność i obowiązkowość w przyjmowaniu leków, chorzy i rodziny często nie zdają sobie sprawy, że odstawienie leku na nawet dwa, trzy dni może być zgubne w skutkach. Podkreślamy konieczność nauczenia się przez osoby z otoczenia chorych zasad udzielania pierwszej pomocy i prowadzenia reanimacji. Często od personelu po raz pierwszy młodszy chorujący na zawał pacjenci dowiadują się, że zawał serca to choroba obciążająca również ich dzieci – otrzymują od nas wskazówki o konieczności wykonania kontroli cholesterolu, ciśnienia, cukru u swojego potomstwa. Chorujący dziadkowie mają uzmysławiane jak często popełniają błędy dietetyczne wobec swoich wnucząt i jak bardzo mogą pomóc, choćby w promowaniu aktywnego trybu życia u małych dzieci, wśród których jest coraz więcej otyłości. Niezwykle miło było słuchać opinii pacjentów, że takie wykłady są bardzo cenne i przydatne. A z kolei z punktu widzenia lekarzy prowadzących i lekarzy rodzinnych – przeszkolony i dobrze uświadomiony pacjent, posiadający podstawową wiedzę na temat swojej choroby i powinności z nią związanych również dużo sprawniej uczestniczy w ambulatoryjnych wizytach lekarskich.

Najtrudniejszym okresem wykładowym był zawsze okres wakacyjny i okołoświąteczny, pacjenci wówczas niechętnie

wracali do szpitala. Frekwencja wówczas była mniejsza i wykłady odbywały się dużo rzadziej. Wykłady były przygotowane bezpośrednio przez kardiologów i specjalistów chorób wewnętrznych.

Pacjenci biorący udział w niniejszym programie byli kierowani po zakończeniu hospitalizacji na rehabilitację dzienną kardiologiczną w tutejszym szpitalu, do przyszpitalnej poradni kardiologicznej (jeżeli chory miał taką wolę) oraz na wczesną poszpitalną rehabilitację w Szpitalach Rehabilitacyjnych. Zawsze też byli informowani, że w razie jakichkolwiek wątpliwości czy problemów związanych z przebyciem zawałem serca, jeszcze raz mogą wrócić na szkolenie i wyjaśnić wątpliwości.

Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie - ewaluacja programu 2016-2017

Z programu łącznie skorzystało tylko 13 osób. Pacjenci uczestniczący w programie byli to w większości kobiety (77%), średnia wieku 66,5 lat, wszyscy byli mieszkańcami Warszawy. Chorzy uczestniczący w programie zastosowali się do zleceń, byli zainteresowani uzyskaną wiedzą w czasie seminarium. Efektywność użyteczność działań była znikoma, gdyż grupa konsultowanych była bardzo nieliczna w stosunku do liczby chorych leczonych z powodu ostrych zespołów wieńcowych. Wydaje się, że zakładane cele nie mogły być osiągnięte w skali populacyjnej, choć indywidualne cele zostały osiągnięte w znacznym stopniu. Po zakończeniu programu żaden z nie był ponownie hospitalizowany z powodu ponownego zawału. Wszyscy zostali przekazani do poradni kardiologicznej i planowali podjąć rehabilitację.

Niepowodzenie w realizacji programu według lekarzy, w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym wynikało z braku zainteresowania pacjentów taką formą aktywności. Program według lekarzy, nie spełniał oczekiwań pacjentów, którzy wolą szybką konsultację w poradni kardiologicznej, a poprawę swojego zdrowia widzą jedynie w ciągłości leczenia ambulatoryjnego.

Centrum Lecznico-Rehabilitacyjne Medycyny Pracy ATTIS Sp. z o.o. w Warszawie - ewaluacja programu 2016-2017

W 2017 r. pacjenci z rozpoznaniem ostrego zespołu wieńcowego byli przekazywani do oddziałów kardiologicznych dysponujących możliwością leczenia inwazyjnego OZW (pracownia hemodynamiczna) związku z czym nie było możliwości włączenia ich do programu w ramach Centrum ATTIS.

W 2016 r. 8 pacjentów wyraziło zgodę na udział w programie (4 kobiety i 4 mężczyzn).

Tabela nr 10. Analiza danych

Lp.	Wiek	Płeć	Miejsce zamieszkania	Udział w programie do zakończenia	Kontakt telefoniczny po roku
1.	68	K	wieś	tak	tak – bez zespołu ostrego wieńcowego w ciągu roku
2.	79	K	miasto	nie	nie
3.	67	K	miasto	nie	nie
4.	78	M	miasto	tak	tak – bez ostrego zespołu wieńcowego
5.	82	M	miasto	tak	tak – bez ostrego zespołu wieńcowego
6.	84	M	miasto	tak	tak – bez ostrego zespołu wieńcowego
7.	72	K	miasto	nie	nie
8.	83	M	miasto	nie	nie

Choroby współistniejące:

- nadciśnienie tętnicze – u 6 osób,
- cukrzyca typu 2 – u 5 osób,
- niewydolność serca – u 5 osób,
- migotanie/trzepotanie przedsionków – u 3 osób,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc – u 2 osób.

W programie zaproponowano udział 8 pacjentom w wieku od 67 do 84 lat, wśród nich były 4 kobiety i 4 mężczyzn. Miejscem zamieszkania większości osób (7 na 8) było miasto. Spośród zakwalifikowanych osób 4 wzięły udział we wszystkich etapach programu (3 mężczyźni, 1 kobieta), pozostałe nie zgłosiły się na zajęcia grupowe zorganizowane po wypisie ze szpitala. U wszystkich chorych biorących udział w programie rozpoznawano również choroby towarzyszące, najczęściej były to: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 oraz niewydolność serca.

Przeprowadzono patronaż telefoniczny u 4 osób, które wzięły udział we wszystkich etapach programu - u żadnej nie wystąpił ostry zespół wieńcowy w okresie roku od włączenia do programu, większość wyraziła chęć ponownego udziału w spotkaniu edukacyjnym.

W opinii realizatora programu zdrowotnego w zakresie profilaktyki wtórnej u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych daje możliwość wypełnienia luki w opiece ambulatoryjnej nad grupą chorych zagrożonych wystąpieniem kolejnego epizodu wieńcowego. Ocena skuteczności programu w przypadku niewielkiej ilości pacjentów objętych działaniami jest

niemożliwa, biorąc pod uwagę pozytywne opinie osób biorących udział w programie, można oczekiwać odległych korzystnych efektów zdrowotnych w wyniku prowadzonej edukacji.		
Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: ⁴⁾		
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: lata 2013-2017		
Źródło finansowania⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
Środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	412 458,00 zł	
Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej		
Źródło finansowania⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
2013 r. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	45 345,00 zł	
2014 r. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	204 228,00 zł	106 228,00 zł
2015 r. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	38 885,00 zł	
2016 r. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	56 650,00 zł	
2017 r. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	67 350,00 zł	
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:⁶⁾		
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:^{5),7)}		Opis podjętych działań modyfikujących:⁸⁾
Problem: Mała grupa docelowa – grupą docelową są osoby po przebytych zawałach mięśnia sercowego.		Działanie modyfikujące: Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie podjął próby włączenia kolejnych podmiotów leczniczych do realizacji programu.
Warszawa Miejscowość	29 czerwca 2018 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej 9 lipca 2018 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Hanna Ajdukiewicz - główny specjalista Biuro Promocji Zdrowia oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾ z up. Marszałka Województwa Elżbieta Lanc -Członek Zarządu oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾

⁴⁾ W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

⁵⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów.

⁶⁾ Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloletowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

⁷⁾ Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

⁸⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”.

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.