



INSTYTUT CZŁOWIEKA ŚWIADOMEGO

Kluczowe ryzyka zdrowotne w Polsce stan na styczeń 2024

Dokument programowy
Instytutu Człowieka
Świadomego

Warszawa, styczeń 2024 r.

Opracowanie merytoryczne dokumentu:

Dr Jerzy Gryglewicz
Dr Janusz Krupa

Komentarze ekspertów:

Dr Janusz Krupa
Dr n. o zdr. Paweł Koczkodaj
Mgr Magdalena Cedzyńska

Wydawca:

Stowarzyszenie Instytut Człowieka Świadomego

Wydanie I:

styczeń 2024 r.



DR JERZY GRYGLEWICZ

Absolwent Akademii Medycznej w Warszawie, studiów podyplomowych z zarządzania jednostkami służby zdrowia na Uniwersytecie im. Mikołaja Kopernika w Toruniu oraz aplikacji Najwyższej Izby Kontroli. Obecnie Wykładowca i Lider Projektu MBA – Uczelnia Łazarskiego w Warszawie oraz ekspert Center of Value Based Healthcare. Były Zastępca Dyrektora ds. klinicznych Instytutu Reumatologii w Warszawie, Zastępca Dyrektora Biura Polityki Zdrowotnej Miasta Stołecznego Warszawy, Główny Specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Departamencie Kontroli Centrali NFZ. Autor wielu raportów i analiz dotyczących systemu opieki zdrowotnej, rynku medycznego i zdrowia publicznego.

SPIS TREŚCI

01.	Wstęp.	4
02.	Kluczowe wnioski.	6
03.	Czynniki ryzyka a kształtowanie polityk zdrowotnych.	10
04.	Kluczowe dokumenty strategiczne w sektorze zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem Krajowego Planu Transformacji.	13
	<ul style="list-style-type: none">• Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030• Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025• Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)• Krajowy Plan Transformacji (KPT)	
05.	Główne czynniki ryzyka i ich wpływ na zdrowie publiczne.	20
06.	Komentarze ekspertów.	37
	dr Janusz Krupa	
	dr n. o zdr. Paweł Koczkodaj	
	mgr Magdalena Cedzyńska	

01

WSTĘP

Szanowni Państwo,

Przekazujemy na Państwa ręce dokument programowy Stowarzyszenia Instytut Człowieka Świadomego, który będzie drogowskazem dla naszych działań w najbliższych miesiącach i kolejnych latach.

W przeszłości Instytut inicjował i prowadził liczne kampanie dotyczące istotnych problemów zdrowotnych. Chcemy, aby działania, które będziemy podejmować w przyszłości, nie tylko były kontynuacją poprzednich projektów, ale w pełni odzwierciedlały aktualne potrzeby zdrowotne Polaków. Z tego właśnie powodu obecny dokument otwarcia jest zbieżny z wizją działań i priorytetami zdrowotnymi przedstawionymi w Krajowym Planie Transformacji (KPT), przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia w 2021 roku. Krajowy Plan Transformacji, który powstał na bazie rekomendacji Komisji Europejskiej, opisuje kierunki rozwoju polskiego systemu ochrony zdrowia na lata 2022 – 2026, w tym także profilaktyki zdrowotnej.

Zidentyfikowane w KPT najważniejsze czynniki ryzyka utraty lat życia w zdrowiu to:

1. Tytoń
2. Wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie tętnicze)
3. Wysokie BMI (nadwaga i otyłość)
4. Ryzyka żywieniowe
5. Wysokie stężenie glukozy we krwi (stan przedcukrzycowy i cukrzyca)

dr Janusz Krupa

Prezes Zarządu
Instytut Człowieka Świadomego

6. Alkohol
7. Wysoki poziom cholesterolu LDL
8. Zanieczyszczenie powietrza

Jako lekarz rodzinny widzę te problemy na co dzień i dobrze wiem, jak trudno jest pacjentom poradzić sobie z nimi we własnym zakresie. Medycyna rodzinna jest wręcz stworzona do działań profilaktycznych, jednakże w zderzeniu z twarżą rzeczywistością – nadmierną i ciągle rosnącą ilością obowiązków, koniecznością prowadzenia rozbudowanej dokumentacji medycznej, mnogością zadań nakładanych przez system na lekarzy rodzinnych, okazuje się, że tu, gdzie moglibyśmy dokonać znaczącej zmiany w życiu naszych pacjentów, nie mamy już ani czasu, ani wystarczających środków na właściwe interwencje. Z drugiej strony, mając na co dzień kontakt ze studentami wydziału lekarskiego i rezydentami medycyny rodzinnej wiem, że marzeniem wielu z nich jest taka praca z pacjentami, aby poprzez eliminację zagrożeń zminimalizować ryzyko wystąpienia poważnych schorzeń, nie tylko obniżających jakość życia, ale przede wszystkim skracających jego długość.

Jako Stowarzyszenie będziemy więc wspierać pacjentów i lekarzy w ich zmaganiach z największymi wyzwaniami zdrowotnymi naszych czasów. Nie będzie to łatwe zadanie, ale wspólnie z ekspertami będziemy tworzyć programy i kampanie wspomagające mądre, świadome wybory. Będziemy poszukiwać skutecznych rozwiązań poprzez budowanie koalicji z przedstawicielami władzy państwowej, towarzystw medycznych i naukowych oraz innych organizacji wspierających ideę zdrowego życia.

Nasz zespół już dzisiaj posiada duży potencjał tworzenia takich rozwiązań. Oprócz medycyny, posiadamy ekspertyzę w zakresie zdrowia publicznego oraz działań medialnych, a więc w tych obszarach, które wspólnie się uzupełniają i tworzą fundament skutecznych działań prozdrowotnych.

Naszą misją jest skuteczna odpowiedź na wyzwania zdrowotne, zwłaszcza w zakresie profilaktyki. Z każdym rokiem zwiększa się skuteczność tzw. medycyny naprawczej, wprowadzane są nowe,

zaawansowane, jednak z reguły bardzo kosztowne technologie i procedury medyczne, ale my nie mamy żadnych wątpliwości, że:

Lepiej jest zapobiegać (czyli nie psuć) niż naprawiać.

Wg. danych CBOS nadmierna masa ciała dotyczy 34% mężczyzn w przedziale wiekowym 18-24 lata, ale już 61% w grupie 25-34 i aż 81% w grupie 45-54 lata (dla kobiet te same wskaźniki są niższe o 30%!). Jeśli na te dane nałożymy statystyki dotyczące palenia papierosów i spożycia alkoholu (ciągle znacząco wyższe dla mężczyzn niż wśród kobiet), czy może dziwić 8 lat różnicy w przeciętnej długości życia między mężczyznami a kobietami w Polsce?

Suche dane statystyczne nie są w stanie jednak oddać indywidualnych tragedii umierających przedwcześnie osób lub pacjentów spędzających wiele lat swojego życia unieruchomionych na wózku inwalidzkim lub przykutych do łóżka. Wielu z tych tragedii można było zapobiec...

Profilaktyka jest potencjalnie najskuteczniejszym i realnie najtańszym sposobem na długie życie w dobrym zdrowiu. Wykształcenie zdrowych nawyków to zadanie nie tylko dla medycyny – znaczącą rolę powinien odgrywać m.in. system edukacji, aktywizacja ruchowa dzieci i młodzieży, wsparcie pracowników firm i instytucji w aktywnym spędzaniu wolnego czasu, skuteczne programy walki z nałogami, wreszcie mądre rozwiązania legislacyjne wspierające zachowania prozdrowotne.

Takie podejście to nie tylko korzyść dla poszczególnych osób, to także wymierna korzyść w skali całego kraju, gospodarki, poczucia szczęścia społecznego i korzystania z dobrodziejstw współczesnego świata. Jako Instytut Człowieka Świadomego będziemy kontynuować naszą misję, a wszystkich, którym bliskie są idee profilaktyki, zapraszamy do współpracy.

Zachęcam do zapoznania się z dokumentem programowym szerzej opisującym problemy zdrowotne Polaków.

02

KLUCZOWE WNIOSKI



PONIŻEJ ZNAJDĄ PAŃSTWO KLUCZOWE ZAGADNIENIA I WNIOSKI ZAWARTE W NINIEJSZYM RAPORCIE:

> Istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa ma prowadzenie spójnej i efektywnej polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego, której celem powinno być wydłużanie i poprawa jakości życia obywateli. Dlatego, **zmniejszenie oddziaływania głównych czynników ryzyka, wczesne wykrywanie stanów chorobowych, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych oraz kreowanie warunków umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia, powinno być głównym celem polityki zdrowotnej państwa.**

> Czynnik ryzyka to cecha, stan lub zachowanie, które zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania.

> Behawioralne czynniki ryzyka miały większy wpływ na DALY (z ang. disability adjusted life years – lata życia skorygowane niesprawnością) w Polsce niż w Unii Europejskiej – o 26% większy niż średnia Europejska.

> W Polsce, grupa czynników behawioralnych odpowiadała za utratę ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz za ok. 44% zgonów. Mając na uwadze tak istotny ich wpływ na zdrowie, konieczne jest zadbanie o edukację zdrowotną i profilaktykę oraz nadanie priorytetu zdrowiu publicznemu w polityce państwa.

> Średnia długość życia Polaków w 2018 r. była krótsza o kilka lat niż w UE: w przypadku mężczyzn o 4,6 lata, natomiast w przypadku kobiet o 1,9 lata.

> Zagadnienia dotyczące zapobiegania chorobom, w szczególności cywilizacyjnym, opisane są w dokumentach strategicznych państwa. **Kluczowym dokumentem jest strategiczny Krajowy Plan Transformacji (KPT), który wyznacza priorytety polityki zdrowotnej i określa 20 czynników ryzyka mających kluczowy wpływ na długość i jakość życia obywateli w Polsce.**

> Do najważniejszych zmian demograficznych mających wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej należą: starzenie się społeczeństwa, brak zastępowalności pokoleń oraz nadumieralność mężczyzn.

> Najważniejszym czynnikiem ryzyka powodującym wiele chorób w Polsce jest **palenie tytoniu**. W 2022 roku codziennie paliło tytoń 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet). Kolejne zagrożenia zdrowotne to **wysokie ciśnienie krwi i wysokie BMI**.



> **W**ysokie ciśnienie krwi stwierdza się u około 30–45% dorosłej populacji. Podwyższone ciśnienie tętnicze jest najważniejszym czynnikiem ryzyka przedwczesnej śmierci z powodu choroby niedokrwiennej serca, udaru mózgu oraz głównym czynnikiem ryzyka niewydolności serca, migotania przedsionków, przewlekłej choroby nerek, choroby tętnic obwodowych i pogorszenia funkcji poznawczych.

> **N**a otyłość choruje 21% Polaków, a 38% ma nadwagę. Otyłość potencjalnie ma wpływ na wystąpienie ponad 200 powikłań, w tym w szczególności cukrzycy typu 2, choroby układu: sercowo-naczyniowego, oddechowego, wydzielania wewnętrznego, pokarmowego, moczowo-płciowego, a także narządu ruchu i skóry oraz niektórych nowotworów złośliwych.

> **N**admierne spożywanie alkoholu znajduje się na trzecim miejscu w Europie wśród czynników ryzyka zdrowotnego populacji (po papierosach i nadciśnieniu). Spożywanie alkoholu jest przyczyną 12% (u mężczyzn) i 2% (u kobiet) przedwczesnych zgonów oraz niesprawności.

> **W** Polsce rozpoznano cukrzycę u ponad 3,4 mln osób. Jest ona przyczyną wielu powikłań zdrowotnych – u jednej trzeciej chorych dochodzi do retinopatii cukrzycowej, tyle samo zapada na choroby układu krążenia.

> **C**zęstość występowania hipercholesterolemii w Polsce szacowana jest na 60–80% osób w populacji powyżej 18 r.ż. i jest ona odpowiedzialna za takie schorzenia jak: choroba niedokrwienne serca, udar mózgu i choroba tętnic obwodowych.

> **O**steoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn. Brak odpowiedniej diagnozy i leczenia tej choroby często prowadzi do złamań, między innymi, kości udowej i kręgosłupa, które są przyczyną nadmiernych hospitalizacji, niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów w populacji po 65 r.ż.

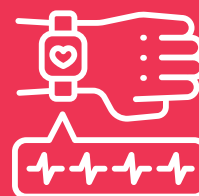
> **P**olska w stosunku do średniej dla krajów OECD ma gorsze wskaźniki dotyczące oczekiwanej długości życia wynoszącej 75,5 roku (średnia OECD wynosi 80,3 roku) oraz śmiertelności możliwej do uniknięcia (w Polsce 344 zgony na 100 tys., średnia OECD to 237 zgonów na 100 tys.).

> **P**olska ma wyraźnie niższy wskaźnik populacji objętej podstawową opieką zdrowotną – 94% przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 97,9%. W Polsce odnotowano także wysoką liczbę hospitalizacji możliwych do uniknięcia – 663 na 100 tys. osób (średnia dla krajów OECD to 463 hospitalizacje na 100 tys. osób).



> **W** obszarze profilaktyki zdrowotnej Polska charakteryzuje się również gorszymi wskaźnikami niż średnia w krajach OECD. Przykładowo, liczba wykonywanych mammografii: według danych za 2021 r. w ciągu ostatnich 2 lat objęła tylko 33,2% Polek w wieku 50–69 lat, przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 55,1%.

> **W** związku z powyższym, jednym z kluczowych elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom jest ocena wpływu czynników ryzyka. Możliwość eliminacji lub zmniejszenia narażenia na czynnik związany z wystąpieniem danego problemu zdrowotnego powoduje obniżenie zachorowalności i w rezultacie wpływa na długość i jakość życia obywateli. Analiza danych dotyczących czynników ryzyka pomaga kierować polityką zdrowotną w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej poprzez identyfikację narażonych jednostek i grup oraz pozwala na podjęcie skutecznej interwencji na możliwie najwcześniejszym etapie.



03

CZYNNIKI RYZYKA A KSZTAŁTOWANIE POLITYKI ZDROWOTNEJ W POLSCE



Istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa ma prowadzenie spójnej i efektywnej polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego, której celem powinno być wydłużanie i poprawa jakości życia obywateli. Dlatego, zmniejszenie oddziaływania głównych czynników ryzyka, wczesne wykrywanie stanów chorobowych, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych oraz kreowanie warunków umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia, powinno być głównym celem polityki zdrowotnej państwa.

W opublikowanym przez Ministerstwo Zdrowia w 2021 roku dokumencie „Wyzwania i rekomendowane kierunki działań na podstawie map potrzeb zdrowotnych”¹ oceniono, że w 2019 r. **behavioralne czynniki ryzyka miały większy wpływ na DALY** (z ang. disability adjusted life years – lata życia skorygowane niesprawnością) **w Polsce niż w Unii Europejskiej** – 26% większy niż średnia Europejska. W Polsce, bowiem, grupa tych czynników odpowiadała za utratę **ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz za ok. 44% zgonów**. Mając na uwadze tak istotny ich wpływ na zdrowie, konieczne jest zadbanie o edukację zdrowotną i profilaktykę oraz nadanie priorytetu zdrowiu publicznemu w polityce państwa.

W Mapach Potrzeb Zdrowotnych została także przedstawiona analiza demograficzna, z której wynika między innymi, że kobiety w Polsce żyją dłużej, co jest wynikiem zjawiska nadumieralności mężczyzn. W 2019 r. przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia wynosiło ogółem 77,79 lat (74,07 dla mężczyzn i 81,75 dla kobiet). W porównaniu z 1990 r. Polacy żyli dłużej o 7,8 lat, a Polki o 6,5 lat, zatem dynamika wzrostu długości życia jest szybsza wśród mężczyzn.

W ujęciu regionalnym najdłuższą oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia osiągnęły kobiety w województwie podkarpackim (83,2 lat), najkrótszą w śląskim (80,8 lat). W przypadku mężczyzn najdłuższa oczekiwana długość życia występowała również w województwie podkarpackim (75,4 lat), a najkrótsza w łódzkim (72,5 lat).

Na przestrzeni lat 2010–2018 obserwowano wzrost długości życia w przypadku obu płci, zarówno w Polsce, jak i w krajach UE. W 2019 roku jednak doszło do niewielkiego spadku oczekiwanej długości życia. Jednocześnie warto podkreślić, że długość życia Polaków była krótsza o kilka lat niż średnia dla Unii Europejskiej: w przypadku mężczyzn o 4,6 roku, natomiast w przypadku kobiet o 1,9 roku.



¹ https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf

Czynnik ryzyka to cecha, stan lub zachowanie, które zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania lub odniesienia obrażeń. Choć, czynniki ryzyka są często omawiane pojedynczo, to w rzeczywistości nie występują oddzielnie, najczęściej współistnieją i oddziałują na siebie nawzajem np. wysokie stężenie cholesterolu, otyłość, wysoki poziom glukozy we krwi.



W opublikowanym w 2023 r. przez OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju) raporcie „Health at a Glance”, porównano kluczowe wskaźniki dotyczące zdrowia populacji i wydajności systemów ochrony zdrowia w 38 krajach członkowskich.

Polska w stosunku do średniej dla krajów OECD ma gorsze wskaźniki dotyczące oczekiwanej długości życia wynoszącej 75,5 roku (średnia wynosi 80,3 roku) oraz śmiertelności możliwej do uniknięcia (w Polsce 344 zgony na 100 tys., średnia OECD to 237 zgonów na 100 tys.).

W raporcie zaznaczono także, że Polska ma wyraźnie niższy wskaźnik populacji objętej podstawową opieką zdrowotną – 94% przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 97,9%. Dostępność i jakość opieki zdrowotnej pozytywnie ocenia tylko 51% obywateli Polski, przy średniej 66,8% osób zadowolonych w krajach OECD. W Polsce odnotowano także wysoką liczbę hospitalizacji możliwych do uniknięcia – 663 na 100 tys. osób (średnia dla krajów OECD to 463 hospitalizacje na 100 tys. osób).

W obszarze profilaktyki zdrowotnej Polska charakteryzuje się również gorszymi wskaźnikami niż średnia w krajach OECD. Przykładowo, liczba wykonywanych mammografii: według danych za 2021 r. w ciągu ostatnich 2 lat objęła tylko 33,2% Polek w wieku 50–69 lat, przy średniej dla krajów OECD wynoszącej 55,1%.

W związku z powyższym, jednym z kluczowych elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom jest ocena wpływu czynników ryzyka. Możliwość eliminacji lub zmniejszenia narażenia na czynnik związany z wystąpieniem danego problemu zdrowotnego powoduje obniżenie zachorowalności i w rezultacie wpływa na długość i jakość życia obywateli. Analiza danych dotyczących czynników ryzyka pomaga kierować polityką zdrowotną w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej poprzez identyfikację narażonych jednostek i grup oraz umożliwia podjęcie skutecznej interwencji na możliwie najwcześniejszym etapie.



04

KLUCZOWE DOKUMENTY STRATEGICZNE W SEKTORZE ZDROWIA ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM KRAJOWEGO PLANU TRANSFORMACJI



Zagadnienia dotyczące zapobiegania chorobom, w szczególności cywilizacyjnym, opisane są w dokumentach strategicznych państwa, które omówiono poniżej.

Dokument strategiczny **„Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne dla systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”**² stanowi politykę publiczną w rozumieniu koncepcji systemu zarządzania rozwojem Rzeczypospolitej Polskiej, realizowanego na podstawie ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju. Celem opracowania i wdrożenia tego dokumentu strategicznego są zobowiązania Rzeczypospolitej Polskiej jako członka Unii Europejskiej. W związku z możliwością korzystania ze środków unijnych na realizację określonych działań w ramach funduszy polityki spójności, wszystkie kraje członkowskie są zobowiązane do spełniania warunków podstawowych dla perspektywy 2021–2027 w poszczególnych obszarach.

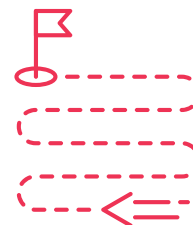
Celem strategicznym **Narodowego Programu Zdrowia** na lata 2021–2025³, jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. W ramach tego programu realizowane są następujące cele operacyjne: profilaktyka nadwagi i otyłości, profilaktyka uzależnień, promocja zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe, wyzwania demograficzne.

Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO)⁴ jest dokumentem programowym określającym cele związane z odbudową i tworzeniem odporności społeczno-gospodarczej Polski po kryzysie wywołanym pandemią COVID-19 oraz służące ich realizacji reformy strukturalne i inwestycje. Dokument stanowi podstawę ubiegania się o wsparcie z Europejskiego Instrumentu na rzecz Odbudowy i Zwiększania Odporności (Recovery and Resilience Facility – RRF). Horyzont czasowy realizacji zadań projektowych zawartych w dokumencie zamyka się z końcem sierpnia 2026 r. Oznacza to, że środki finansowe, pochodzące z tego instrumentu, muszą być wydatkowane w ciągu najbliższych 3 lat. W ramach

KPO w obszarze ochrony zdrowia przewidziano realizację zadania pod nazwą „Efektywność, dostępność i jakość systemu ochrony zdrowia”.

Krajowy Plan Transformacji (KPT)⁵ został opublikowany przez Ministerstwo Zdrowia 15 października 2021 roku. Jego celem jest wzmocnienie zasobów i procesów ochrony zdrowia oraz poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej i na inwestycje w sektorze ochrony zdrowia, na poziomie krajowym i regionalnym, uwzględniając potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Pierwszy Krajowy Plan Transformacji został ustalony przez Ministra Zdrowia na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. Krajowy Plan Transformacji jest dokumentem wdrożeniowym, który określa konkretne działania jakie należy podjąć, aby zapewnić obywatelom i mieszkańcom kraju dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Działania te wynikają z rekomendacji płynących z Map Potrzeb Zdrowotnych oraz innych dokumentów strategicznych w sektorze zdrowia, w szczególności Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). W dokumencie tym zwraca się uwagę na istotne wyzwania demograficzne, epidemiologiczne i organizacyjne, które determinują zabezpieczenie zdrowia w populacji. Podniesione są kluczowe problemy zdrowotne, których skuteczna profilaktyka już od wczesnych lat życia będzie definiowała zdolność do poprawy kondycji zdrowotnej polskiego społeczeństwa w kolejnych dekadach.



² <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc-ramy-strategiczne-rozwoju-systemu-ochrony-zdrowia-na-lata-2021-2027-z-perspektywa-do-2030>

³ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/npz-2021-2025>

⁴ <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/krajowy-plan-odbudowy-i-zwiekszenia-odpornosci>

⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/strategie/plany-transformacji/>



Krajowy Plan Transformacji jest najważniejszym dokumentem strategicznym państwa w zakresie ochrony zdrowia wskazującym cele polityki zdrowotnej, które wcześniej były określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych. Wojewódzkie Plany Transformacji zastąpiły natomiast opracowywane wcześniej przez wojewodów Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej.

Ze względu na rangę dokumentu oraz precyzyjną analizę ryzyk zdrowotnych opracowanych na podstawie Map Potrzeb Zdrowotnych poniżej przedstawiono kluczowe zagadnienia zawarte w Krajowym Planie Transformacji:

A | DEMOGRAFIA

Do najważniejszych zmian demograficznych mających wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej należą: starzenie się społeczeństwa, brak zastępowalności pokoleń oraz nadumieralność mężczyzn. Rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko – w 2019 r. wyniosła 28,2 lata i wzrosła o 1,6 roku w ciągu ostatnich 9 lat. Przyrost naturalny w 2019 r. był ujemny i najniższy od 30 lat. Współczynnik przyrostu naturalnego zmniejszył się, dla miast osiągnął wartość ujemną, dla wsi w okolicach zera.

B | EPIDEMIOLOGIA I PROGNOZA EPIDEMIOLOGICZNA

Choroby układu krążenia oraz nowotwory odpowiadają za prawie 75% wszystkich zgonów oraz ponad 40% DALY (disability-adjusted life years - lata życia skorygowane niesprawnością) w Polsce. Spośród chorób układu krążenia, choroba niedokrwienna serca odpowiada za niemal połowę wszystkich zgonów i stanowi 30% DALY. Prognozuje się, że w kolejnych latach liczba chorych i liczba zgonów spowodowanych przez ten problem zdrowotny będzie dalej wzrastać. Podobnie, liczba zgonów, chorobowość i zapadalność na nowotwory w Polsce będą rosnąć do 2028 r. Tymczasem, w UE, poza liczbą zgonów, prognozuje się, że wskaźniki te będą miały tendencję spadkową.



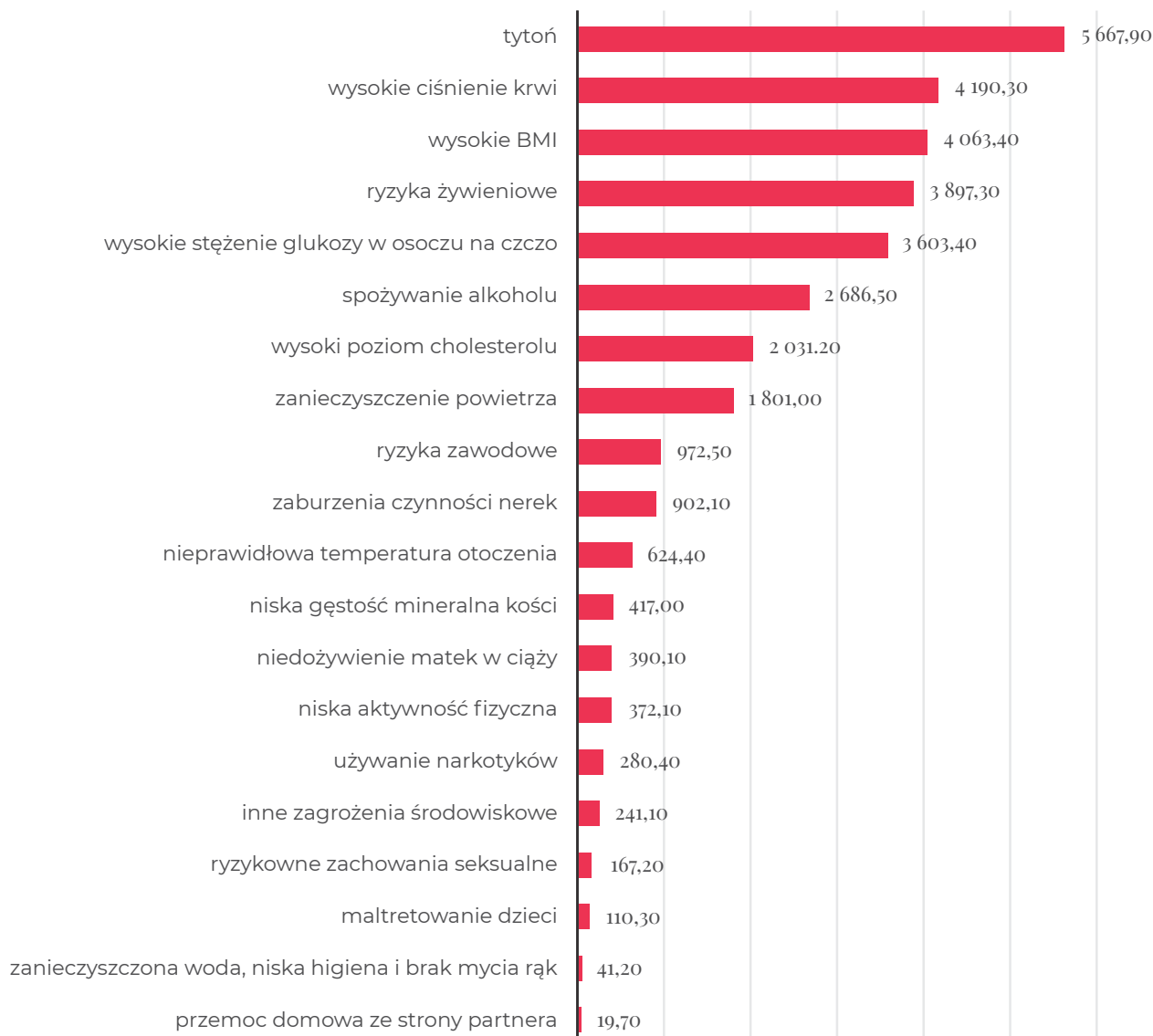
C

CZNNIKI RYZYKA I PROFILAKTYKA

W Polsce w 2019 r. dominującą grupą czynników ryzyka, wpływającą na utratę DALY i zgony, były czynniki behawioralne, czyli związane ze stylem życia. Odpowiadały one za utratę ok. 49% lat przeżytych w zdrowiu oraz za ok. 44% zgonów. Wpływ behawioralnych czynników ryzyka na utratę DALY w UE był o ok. 26% niższy niż w Polsce.

Czynnikami ryzyka odpowiadającymi za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu dla kobiet i mężczyzn łącznie są odpowiednio: **palenie tytoniu** (ok. 5,7 tys. DALY na 100 tys. ludności), **wysokie ciśnienie krwi** (ok. 4,2 tys. DALY na 100 tys. ludności) oraz **wysoki indeks BMI** (ok. 4,1 tys. DALY na 100 tys. ludności). Dosyć istotnym problemem były również ryzyka żywieniowe – to trzeci czynnik najbardziej wpływający na zgony oraz czwarty najbardziej wpływający na DALY.

Udział czynników ryzyka w Polsce dla kobiet i mężczyzn łącznie (DALY na 100 tys. ludności) wg. Krajowego Planu Transformacji



Źródło: https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/80/akt.pdf

W KPT zwrócono uwagę, że jednym z istotnych działań z zakresu zdrowia publicznego są działania profilaktyki zdrowotnej. Tymczasem, na poziomie lokalnym widoczne są w tym zakresie braki, które ograniczają możliwości zapewnienia równego dostępu do profilaktyki. Niektóre województwa nie zostały objęte działaniami profilaktycznymi, które byłyby odpowiedzią na regionalne potrzeby zdrowotne.



Wśród najważniejszych potrzeb zdrowotnych i wyzwań w organizacji systemu opieki zdrowotnej wskazano:

- > Prowadzenie działań opartych na dowodach naukowych w zakresie promowania zdrowego trybu życia i budowania kompetencji zdrowotnych w celu ograniczenia wpływu behawioralnych czynników ryzyka oraz pozostałych grup czynników ryzyka wpływających na utratę lat życia w zdrowiu i zgony. Dążenie do osiągnięcia w kraju niższych wartości wpływu behawioralnych czynników ryzyka na utratę DALY (do średniego poziomu UE).
- > Podejmowanie skutecznych działań z zakresu:
 - o profilaktyki palenia tytoniu (ze szczególnym zwróceniem uwagi na programy skierowane do młodzieży oraz kobiet, u których problem ten narasta),
 - o profilaktyki nadmiernego spożywania alkoholu (w szczególności wśród grup społecznych najbardziej zagrożonych tym problemem),
 - o promowania prawidłowego sposobu odżywiania i zapobiegania nadwadze i otyłości (szczególnie wśród mężczyzn oraz dzieci i młodzieży).
- > Wzmocnienie skuteczności działań prozdrowotnych podejmowanych przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Jednostki Samorządu Terytorialnego przez tworzenie jednostek koordynujących lub mechanizmów systemowych pozwalających na lepszą koordynację działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin.

D | DZIAŁANIA

W Krajowym Planie Transformacji, między innymi, zarekomendowano następujące działania w obszarze szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej:

- **Wzmocnienie rozwoju działań badawczych i projektowanie nowych rozwiązań w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności w zakresie zmiany nawyków i postaw zdrowotnych Polaków.**

Działania związane będą z realizacją założeń Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) oraz zespołu dedykowanemu opracowaniu badań epidemiologicznych w Agencji Badań Medycznych (ABM).

Oczekiwane rezultaty działania: Realizowanie nowatorskich i wysokiej jakości działań z zakresu zdrowia publicznego.

- **Opracowanie pilotażu i wdrożenie modelu edukacji zdrowotnej w szkołach i przedszkolach np. przez wprowadzenie cyklicznych spotkań edukacyjnych dla uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w zakresie promocji zdrowego stylu życia.**

Działania będą prowadzone w ramach zadania Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO): przeprowadzenie pilotażu w ramach działań edukacyjnych na rzecz profilaktyki przeciwnowotworowej i kształtowania postaw prozdrowotnych w zakresie szkolnej edukacji zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia oraz wdrażania Edukacyjnego Programu dla Zdrowia w Szkołach.

Oczekiwane rezultaty działania: Zwiększenie świadomości wśród dzieci i młodzieży w zakresie poprawy stylu życia oraz zmniejszenie wpływu czynników ryzyka związanych ze stylem życia w młodszych grupach wiekowych.

- **Kampanie społeczne skierowane do mężczyzn, przełamujące bariery przed aktywnym korzystaniem z opieki zdrowotnej oraz kampanie skierowane do ogółu społeczeństwa, zachęcające do poddawania się badaniom i aktywizowania w tym zakresie rodzin.**

Kampanie realizowane będą m.in. w ramach zadań Narodowej Strategii Onkologicznej, tj. kampania „Planuję długie życie”.

Oczekiwane rezultaty działania: Wzrost świadomości profilaktyki zdrowotnej i poprawa zgłaszalności na badania profilaktyczne (rozumiane jako badanie mające na celu ewentualne wykrycie choroby na odpowiednio wczesnym etapie).

- **Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209) w zakresie leczenia i zapobiegania nikotynizmowi.**

Oczekiwane rezultaty działania:

1. sukcesywne obniżanie odsetka osób palących;
2. podnoszenie efektywności i poprawa dostępności do kompleksowego poradnictwa antynikotynowego i leczenia zespołu uzależnienia od nikotyny.

- **Tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na koordynowanie działań prozdrowotnych realizowanych na poziomie powiatów i gmin.**

Działania związane będą z opracowaniem założeń zmian systemowych z zakresu zdrowia publicznego w Polsce – zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2021 r. w sprawie powołania zespołu ds. zmian systemowych w zdrowiu publicznym (Dz. Urz. Min. Zdrowia, poz. 53).

Oczekiwane rezultaty działania: Poprawa jakości i adekwatności działań instytucji

publicznych (samorządowych i rządowych) planujących i realizujących polityki prozdrowotne (realizowane na podstawie różnych przepisów i finansowane z różnych źródeł).

- **Wejście w życie i realizacja zadań zapisanych w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia (NPChUK), który identyfikuje główne wyzwania i kierunki zmian oraz rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce w zakresie chorób sercowo-naczyniowych.** NPChUK stanowi wieloletni plan reform polskiej kardiologii, kardiochirurgii, chirurgii naczyniowej, angiologii, i innych dziedzin pokrewnych związanych z chorobami układu krążenia, koncentrujący działania w pięciu głównych obszarach, kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych:
 1. inwestycje w kadry;
 2. inwestycje w edukację, prewencję pierwotną i styl życia;
 3. inwestycje w pacjenta i prewencję wtórną;
 4. inwestycje w naukę i innowacje;
 5. inwestycje w system opieki kardiologicznej.


Oczekiwane rezultaty działania:

1. poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie kardiologii i dziedzinach pokrewnych;
2. ograniczanie zachorowalności na choroby układu krążenia przez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej;
3. poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej;
4. zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych;
5. poprawa organizacji systemu opieki kardiologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”.



05

GŁÓWNE CZYNNIKI RYZYKA I ICH WPŁYW NA ZDROWIE PUBLICZNE



W niniejszym rozdziale omówiono główne czynniki ryzyka, wraz z epidemiologią, aktualnym postępowaniem medycznym oraz oceną problemu wraz z rekomendowanymi kierunkami usprawnień. Poniższe zestawienie oparto o analizę danych zawartych w dokumentach strategicznych (omówionych w rozdziale 4) oraz rekomendacjach towarzystw naukowych i organizacji międzynarodowych działających w obszarze polityki zdrowotnej.



5.1 PALENIE TYTONIU

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wskazała palenie tytoniu jako jeden z głównych problemów zdrowia publicznego i czynników ryzyka odpowiedzialnych za przedwczesną umieralność z powodu chorób niezakaźnych⁶. Global Burden of Disease (GBD) szacuje, że co roku ponad 8 mln. ludzi na świecie umiera z powodu chorób odtytoniowych⁷.

W 2020 r. 22,3% światowej populacji używało tytoniu, w tym 36,7% ogólnej populacji mężczyzn i 7,8% kobiet⁸. **W Polsce do codziennego palenia w 2022 r. przyznało się aż 28,8% dorosłych Polaków (30,8% mężczyzn i 27,1% kobiet)**⁹. W ostatnich latach obserwuje się w naszym kraju tendencję zwyżkową w zakresie liczby osób palących w porównaniu do lat poprzednich. Nałogowi palacze przeważają wśród osób określających swoją sytuację materialną jako złą (25% ogółu). Najwięcej palących jest wśród osób bezrobotnych (34% ogółu) oraz gospodyń domowych (39%)¹⁰.

Co istotne, palenie tytoniu jest najważniejszą przyczyną zgonów polskich mężczyzn (26,6% wszystkich zgonów w 2019 r.) oraz drugą co do częstości przyczyną zgonów kobiet w Polsce (13,7% wszystkich zgonów w 2019 r.)¹¹

Polska, tak jak wiele krajów na świecie (m.in. Nowa Zelandia, Szkocja, Irlandia, Kanada, Szwecja), przyjęła politykę tzw. „strategii końca gry”, której celem jest uzyskanie statusu „kraju wolnego od tytoniu” do 2030 roku, a co za tym idzie papierosy powinny być prawie całkowicie wyeliminowane, a odsetek palących w społeczeństwie powinien spaść do ok. 5%¹². W 2023 roku stało się jasne, że Polska nie zbliżyła się do osiągnięcia zakładanych wskaźników i potrzebna jest aktualizacja polityki antytytoniowej¹³. Niektóre kraje, np. Szwecja, Finlandia, Nowa Zelandia, już osiągnęły ten cel lub się do niego zbliżają.



⁶ WHO. European Health Report 2018: More than numbers – evidence for all. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2018

⁷ Murray Christopher J L i inni. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet, 2020, t. 396, nr 10258, s. 1223-1249.

⁸ www.who.int/news-room/factsheets/detail/tobacco

⁹ Jankowski Mateusz i inni. The prevalence of tobacco, heated tobacco, and e-cigarette use in Poland: a 2022 web-based cross-sectional survey. Int J Environ Res Public Health, 2022, t. 19, nr 8, art. 4904.

¹⁰ www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu—raport-2017

¹¹ Institute of Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2019.

¹² <https://www.gov.pl/web/gis/polska-krajem-wolnym-od-tytoniu-2030>

¹³ <https://medicalpress.pl/system/ronie-liczba-palaczy-w-polsce-wiceminister-zdrowia-nie-udao-si-zrealizowa-celw-resortu-dotyczacych-ograniczenia-palenia-XgR7JXlvZO/>



Szwecja jest wzorcowym krajem w Europie, który dzięki konsekwentnej polityce została już w 2023 roku pierwszym na świecie krajem wolnym od dymu papierosowego. Według raportu Health Diplomats „The Swedish Experience: A roadmap for a smoke free society” w ciągu ostatnich 15 lat liczba palaczy w Szwecji spadła o 60 %. Dzięki temu kraj ten ma najniższy odsetek chorób związanych z paleniem tytoniu w Unii Europejskiej oraz o 41% niższą zachorowalność na nowotwory niż inne kraje europejskie.

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Ministerstwo Zdrowia nie opracowało jednolitych standardów postępowania w celu leczenia osób uzależnionych od palenia papierosów, które obowiązywałyby w Polsce. W 2022 roku jednak panel ekspertów wydał „Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny”.¹⁴

Najważniejsze rekomendacje panelu ekspertów:

- Zaleca się, by w przypadku każdego pacjenta odnotowywać w dokumentacji medycznej informację o używaniu wyrobów tytoniowych. Informację tę należy aktualizować w czasie każdego kontaktu z pacjentem,
- Zaleca się udzielanie przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej porady rekomendującej zaprzestanie palenia wszystkim osobom palącym,
- Zaleca się stosowanie intensywnego poradnictwa indywidualnego dotyczącego zaprzestania palenia u wszystkich osób palących przez wszystkich pracowników opieki zdrowotnej,
- Zaleca się oferowanie poradnictwa grupowego wszystkim osobom palącym z wyjątkiem kobiet w ciąży,
- Zaleca się stosowanie nikotynowej terapii zastępczej (NTZ) u wszystkich palących z wyjątkiem kobiet w ciąży,
- Panel ekspertów rekomenduje także, by pracownicy systemu opieki zdrowotnej regularnie uczestniczyli w szkoleniach z zakresu leczenia uzależnienia od nikotyny.

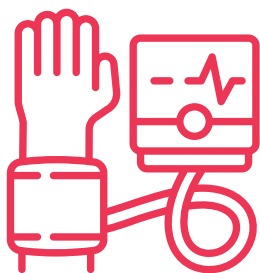
AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

W Polsce nie wprowadzono nowoczesnego programu wychodzenia z uzależnienia od nikotyny, finansowanego ze środków publicznych. Obowiązujący nadal „Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP)” jest realizowany w nielicznych placówkach podstawowej opieki zdrowotnej i w opinii ekspertów wymaga istotnych zmian w organizacji i finansowaniu, zwłaszcza w zakresie wprowadzenia procedur związanych z redukcją szkód spowodowanych paleniem papierosów.

IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

Eksperti wskazują potrzebę zapewnienia powszechnego dostępu dla osób palących (na poziomie opieki lekarza rodzinnego, specjalistycznej opieki i w szpitalach) do interwencji w zakresie wsparcia behawioralnego (indywidualnego i grupowego), porady medycznej oraz refundowanych produktów dopuszczonych do obrotu medycznego, mających potwierdzoną skuteczność w badaniach klinicznych. Obecnie żaden lek pomagający rzucić palenie nie jest objęty w Polsce refundacją. Poradnictwo antytytoniowe powinno być oferowane również w formie zdalnej przy użyciu nowoczesnych technologii. Programowi pomocy bezpośredniej powinien towarzyszyć system aktywnych identyfikacji osób uzależnionych (w lecznictwie otwartym i zamkniętym) oraz aktywnych zaproszeń do udziału w badaniach profilaktycznych oraz w leczeniu. Jednocześnie rekomenduje się prowadzenie stałych działań edukacyjnych np. kampanii w mediach, zachęcającej do skorzystania z pomocy w rzucaniu nałogu palenia tytoniu.

¹⁴ Bała M.M., Cedzyńska M., Balwicki Ł., Czajkowska-Malinowska M., Jankowska-Zduńczyk A., Jassem J., Korycińska D., Lewandowska D., Mejza F., Pazik J., Puścińska E., Szymański J., Zając J., Jankowski P.: Wytyczne leczenia uzależnienia od nikotyny. Med. Prakt., 2022; 7-8: 24–40



5.2

WYSOKIE CIŚNIENIE KRWI

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Nadciśnienie tętnicze definiuje się jako wartość zmierzonego w gabinecie lekarskim ciśnienia skurczowego wynoszącego ≥ 140 mm Hg i/lub DBP ≥ 90 mm Hg (według Rekomendacji Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2018 roku).

Ogólna częstość występowania nadciśnienia tętniczego na świecie wśród osób dorosłych wynosi 30–45% populacji. Ze względu na starzenie się społeczeństwa, prowadzenie mało aktywnego stylu życia oraz wzrost przeciętnej masy ciała, częstość rozpoznawania nadciśnienia tętniczego na świecie będzie rosła. Szacuje się, że liczba osób z nadciśnieniem tętniczym wzrośnie o 15–20% do 2025 roku, osiągając liczbę około 1,5 miliarda.

Podwyższone ciśnienie tętnicze jest najważniejszym czynnikiem ryzyka przedwczesnej śmierci, odpowiadając w 2015 roku za prawie 10 milionów zgonów, 4,9 mln z powodu choroby niedokrwiennej serca i 3,5 mln z powodu udaru mózgu. Nadciśnienie tętnicze jest również głównym czynnikiem ryzyka niewydolności serca, migotania przedsionków, przewlekłej choroby nerek, choroby tętnic obwodowych i pogorszenia funkcji poznawczych.

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Wybór zdrowego stylu życia może zapobiegać lub opóźnić rozwój nadciśnienia tętniczego i zmniej-

szyc ryzyko powikłań secowo-naczyniowych. Skuteczne zmiany stylu życia mogą być w części przypadków wystarczające do opóźnienia lub zapobieżenia konieczności rozpoczęcia farmakoterapii u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym.

Do zalecanych zmian stylu życia, w przypadku których wykazano skuteczność w obniżaniu ciśnienia tętniczego, należą redukcja spożycia soli, ograniczenie spożycia alkoholu, zwiększenie spożycia warzyw i owoców, zmniejszenie i utrzymywanie pożądanej masy ciała oraz regularna aktywność fizyczna. Ponadto, palenie tytoniu ma istotny wpływ na wzrost ciśnienia tętniczego, a jego zaprzestanie oraz inne zmiany stylu życia mają również korzystny wpływ, poza obniżaniem ciśnienia tętniczego, w szczególności, zmniejszając ryzyko wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych i chorób nowotworowych.

AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

U osób, u których zmiana stylu życia nie osiągnęła celów terapeutycznych stosuje się leczenie farmakologiczne pod kontrolą lekarzy rodzinnych, specjalistów chorób wewnętrznych, kardiologów i hipertensjologów. Standardy postępowania klinicznego określają wytyczne towarzystw naukowych takich jak: Polskie Towarzystwo Kardiologiczne oraz Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego.



IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

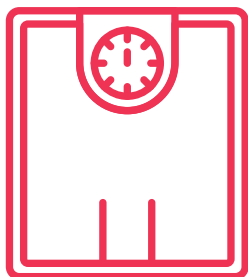
Wytyczne¹⁵ wskazują, że system opieki zdrowotnej, za pośrednictwem lekarzy i pielęgniarek, powinien zapewnić pacjentowi informacje na temat ryzyka związanego z nadciśnieniem tętniczym oraz korzyści z leczenia (materiały informacyjne, programy edukacyjne), jak również ustalić strategię terapii w celu osiągnięcia i utrzymania kontroli ciśnienia tętniczego przy wykorzystaniu modyfikacji stylu życia oraz, jeśli to tylko możliwe, farmakoterapii opartej na jednym leku złożonym. Ponadto:

- Należy edukować pacjenta w zakresie samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego,
- Należy wprowadzać dla pacjentów łatwo przyswajalne instrukcje i strategie motywacyjne,

- Należy wprowadzić elementy samoleczenia na podstawie prostych schematów podejmowania decyzji przez pacjentów,
- Należy dążyć do wsparcia pacjentów przez rodziny, środowisko i pielęgniarki,
- Należy zapewnić zaopatrzenie w leki w miejscu pracy.

¹⁵ Wytyczne ESC/ESH dotyczące postępowania w nadciśnieniu tętniczym (2018) Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego (ESH) do spraw postępowania w nadciśnieniu tętniczym: https://journals.viamedica.pl/nadciśnienie_tetnicze_w_praktyce/article/download/63255/47620





5.3

WYSOKIE BMI (NADWAGA, OTYŁOŚĆ)

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje nadwagę i otyłość jako nieprawidłowe, nadmierne nagromadzenie tkanki tłuszczowej w organizmie człowieka, które jest efektem utrzymującego się przez dłuższy czas dodatniego bilansu energetycznego, tzn. stanu, w którym podaż energii przewyższa wydatek energetyczny.

Zwiększone spożycie węglowodanów prostych i tłuszczu, nieregularne odżywianie oraz niewielka aktywność fizyczna skutkują przewlekłym dodatnim bilansem energetycznym i w konsekwencji zwiększeniem ryzyka wystąpienia choroby otyłościowej.

Dane Eurostatu z lat 2008–2019 wskazują na zwiększenie częstości występowania nadwagi z 37,6% do 39,1% oraz otyłości z 16,4% do 19% wśród osób dorosłych w Polsce. Zgodnie z tymi danymi **nadwaga i otyłość w 2019 roku występowały łącznie u 58,1% dorosłych Polaków**¹⁶.

Podobnie, wyniki badania CBOS z 2019 roku wskazują, że 59% dorosłych Polaków ma nadmierną masę ciała (co w większym stopniu dotyczy mężczyzn, szczególnie <45. rż.) i odsetek ten zwiększył się w ciągu ostatnich 10 lat aż o 13%. Według tych danych na otyłość choruje 21% Polaków, a 38% ma nadwagę¹⁷.

Otyłość potencjalnie ma wpływ na wystąpienie ponad 200 powikłań. Należą do nich w szczególności cukrzyca typu 2, choroby układów: sercowo-naczyniowego, oddechowego, wydzielania

wewnętrznego, pokarmowego, moczowo-płciowego, a także narządu ruchu i skóry oraz niektóre nowotwory złośliwe.

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Kluczowym postępowaniem powinno być wdrożenie działań z zakresu profilaktyki pierwotnej otyłości obejmujących całą populację, które pozwoliłaby istotnie zmniejszyć częstość występowania wielu chorób przewlekłych związanych z nadwagą i otyłością. Obecnie w Polsce brakuje ogólnopolskiego programu w tym zakresie.

Podstawę leczenia otyłości zawsze stanowią odpowiednie żywienie i prozdrowotny styl życia. Istotnym elementem w zapobieganiu otyłości powinno być unikanie w diecie tak zwanej żywności ultraprzetworzonej (UPF), której spożycie przyczynia się także do zwiększonego ryzyka zachorowania na nowotwory i choroby serca¹⁸.

Farmakoterapia otyłości jest leczeniem wspomagającym, które należy proponować chorym, jeśli



¹⁶ https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics

¹⁷ Publikacja CBOS „Czy Polacy mają problem z nadwagą?” ISBN ISSN 2353-5822)

¹⁸ Social, clinical, and policy implications of ultra-processed food addiction, BMJ Journals, 2023: <https://www.bmj.com/content/383/bmj.p2679>

nie osiągają oczekiwanych efektów postępowania niefarmakologicznego, a redukcja masy ciała może im przynieść istotne korzyści zdrowotne. W przypadku chorych z otyłością olbrzymią należy rozważyć chirurgiczne leczenie otyłości tzw. leczenie bariatryczne.

AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

Obecnie w Polsce nie funkcjonuje efektywny, zarówno pod względem klinicznym, jak i ekonomicznym, model leczenia otyłości.

Lekarz rodzinny powinien być pierwszym specjalistą, który rozpoznaje otyłość i jej powikłania, a w razie potrzeby – jeśli stwierdza lub podejrzewa choroby współistniejące, które wymagają specjalistycznej oceny – kieruje pacjenta do specjalisty, a po konsultacji i wdrożeniu leczenia kontynuuje opiekę nad chorym.



Od 2021 roku w Polsce realizowany jest program pilotażowy Kompleksowa Opieka Specjalistyczna nad Pacjentami Chorymi na Otyłość Olbrzymią (KOS-BAR) leczoną chirurgicznie, lecz dotyczy on wyłącznie niewielkiej liczby pacjentów spełniających określone kryteria. Planowane jest uruchomienie przez Ministerstwo Zdrowia kolejnego programu pilotażowego w zakresie leczenia zachowawczego pacjentów ze wskaźnikiem BMI powyżej 30.

IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

Zgodnie z Rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na otyłość 2022) należy:

- Zorganizować finansowany ze środków publicznych skoordynowany system leczenia nadwagi i otyłości oraz zdefiniować rolę poszczególnych dostawców świadczeń zdrowotnych, w tym lekarzy rodzinnych oraz przedstawicieli innych zawodów medycznych, reprezentujących takie dziedziny jak: dietetyka, fizjoterapia, psychologia i inne.
- Stworzyć sieć ośrodków wyspecjalizowanych w zachowawczym i chirurgicznym leczeniu otyłości, które będą oferowały chorym kompleksowe leczenie, dostosowane do ich indywidualnych potrzeb, co pomoże istotnie poprawić jakość opieki nad chorymi na otyłość w Polsce.





5.4

SPOŻYWANIE ALKOHOLU

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Według Światowej Organizacji Zdrowia alkohol plasuje się w Europie na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka zdrowotnego populacji (po papierosach i nadciśnieniu). Spożywanie alkoholu jest przyczyną 12% (u mężczyzn) i 2% (u kobiet) przedwczesnych zgonów oraz niesprawności¹⁹.

Związek ze spożywaniem alkoholu ma ponad 60 chorób i urazów (w tym zaburzenia psychiczne, choroby przewodu pokarmowego, nowotwory, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia odporności, choroby płuc, choroby układu kostnego i mięśniowego, szkody prenatalne i in.). WHO podaje, że ok. 10% pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej trafia do placówki POZ w związku z nadużywaniem alkoholu. Szczególnie częste są zaburzenia funkcjonowania psychicznego spowodowane przez alkohol tj.: bezsenność, depresja, niepokój, zaburzenia psychiczne, zaburzenia funkcji poznawczych²⁰.

Według danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (na podstawie GUS) w 2019 roku przeciętny mieszkaniec Polski wypił 9,78 litrów czystego alkoholu²¹.

Dane Eurostatu za 2019 rok wskazują, że codzienne picie deklarowało 1,6% Polaków (w porównaniu do średniej w UE – 8,4%, czy przodujących w tym zestawieniu Portugalczyków – 20,7%). Co najmniej raz w tygodniu po alkohol sięgało 16,8% mieszkańców Polski (28,8% średnia dla UE-27, 47,3% Holendrów).



¹⁹ Raport WHO, „Zagrożenia dla zdrowia światowego. Śmiertelność i obciążenie chorobami powodowane wybranymi najpoważniejszymi zagrożeniami”, 2009

²⁰ Anderson i Baumberg, Alkohol w Europie – perspektywa zdrowia publicznego, 2006

²¹ Statystyki PARPA: <https://www.parpa.pl/index.php/badania-i-informacje-statystyczne/statystyki>



Konsumpcję alkoholu co najmniej raz w miesiącu deklarowało 30,2% Polaków (średnia unijna to 22,8%). Odsetek abstynentów, w tym osób, które nie piły alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, wyniósł wówczas blisko 26% dla Polski, co daje wynik niemal równy średniej dla UE-27 – 26,2%²².

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Celem zdecydowanej większości programów terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu jest nauczenie pacjenta życia w abstynencji. Ponieważ uzależnienie jest przewlekłą chorobą mózgu, należy uznać trwałą abstynencję za cel optymalny (najlepszy dla pacjenta) w leczeniu osób uzależnionych. Problem stanowi brak akceptacji tego celu przez część osób uzależnionych oraz trudności w jego osiągnięciu. Wówczas powinno rozważać wdrożenie programu w zakresie poprawy funkcjonowania pacjenta i redukcji szkód wynikających ze spożywania alkoholu.

Programy nakierowane na redukcję szkód oparte na psychoterapii i farmakoterapii są bardzo pomocne w przypadku osób wielokrotnie, nieskutecznie leczonych w programach nastawionych na abstynencję oraz osób niekwalifikujących się do dominujących w leczeniu uzależnień programów behawioralno-poznawczych.

Należy podkreślić jak dużym wyzwaniem w Polsce jest spożywanie alkoholu przez dzieci i młodzież – dotyczy to 92% polskich 15- i 16-latków oraz 96% 17- i 18-latków²³. Najczęściej wybieranym przez dzieci i młodzież produktem zawierającym alkohol jest piwo²⁴.

AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

Osoba uzależniona może się leczyć w ambulatoryjnych (poradnie lub przychodnie), dziennych lub całodobowych placówkach leczenia uzależnień. Różnią się one rodzajem i intensywnością oddziaływań leczniczych. W Polsce działa blisko 500 poradni leczenia uzależnień (zwanymi odwykowymi), są one więc dostępne dla większości

potrzebujących pomocy. Osoba mająca problemy z nadużywaniem alkoholu może się umówić telefonicznie na konsultację diagnostyczną i oczekiwać oferty leczenia adekwatnego do rozpoznania. Przed przyjściem do poradni osoba uzależniona powinna powstrzymać się od spożywania alkoholu.

IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

W opublikowanym w 2021 r. raporcie WHO „Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol”²⁵, przedstawiono następujące rekomendacje:

- Ograniczenie dostępności alkoholu;
- Rozwijanie i egzekwowanie środków zaradczych związanych z prowadzeniem pojazdów pod wpływem alkoholu;
- Ułatwienie dostępu do badań przesiewowych, krótkich interwencji i leczenia;
- Egzekwowanie zakazów lub kompleksowe ograniczenia dotyczące reklamowania alkoholu;
- Podniesienie cen alkoholu poprzez podatki akcyzowe i inną politykę cenową.



²² https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_ehis_al1i/default/bar?lang=en

²³ Analiza Centrum Badania Opinii Społecznej pt. „Postawy młodzieży wobec alkoholu”: https://pap-mediroom.pl/sites/default/files/attachments/201607/DOC.20160707.24705185.Postawy%20młodzieży%20wobec%20alkoholu_wyniki%20badan%20CBOS.pdf

²⁴ Europejski Program Badań Ankietowych W Szkołach ESPAD 2019: <https://www.parpa.pl/images/file/Raport%20ESPAD%202019%20POLSKA-rev.pdf>

²⁵ https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global_alcohol_action_plan_first-draft_july_2021.pdf



5.5 CUKRZYCA

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Cukrzyca to grupa chorób metabolicznych charakteryzująca się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania i/lub działania insuliny. Przewlekła hiperglikemia wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów, zwłaszcza oczu, nerek, nerwów, serca i naczyń krwionośnych²⁶.

Cukrzyca jest przyczyną wielu powikłań zdrowotnych – u jednej trzeciej chorych dochodzi do retinopatii cukrzycowej oraz rozwoju chorób układu krążenia. Cztery piąte osób ze schyłkową niewydolnością nerek to chorzy z cukrzycą typu 2 lub nadciśnieniem. Cukrzyca jest przyczyną wcześniejszej śmierci i niepełnosprawności²⁷. Na podstawie danych epidemiologicznych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych liczba pacjentów chorujących na cukrzycę w Polsce wyniosła w 2019 roku 3,4 mln osób.

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Celem leczenia cukrzycy jest uzyskanie wartości docelowych w zakresie: glikemii, ciśnienia tętniczego, lipidogramu i masy ciała oraz zapobieganie wystąpieniu poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych.

Należy jednak zaznaczyć, że zgodnie z Zaleceniami Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego obowiązuje zasada daleko posuniętej indywidualizacji celów i intensyfikacji terapii. U każdej osoby z cukrzycą, zwłaszcza cukrzycą typu 2,

określając cele i dokonując wyboru strategii terapeutycznej, należy uwzględnić postawę pacjenta i spodziewane zaangażowanie w leczenie (także osób z jego otoczenia), stopień ryzyka wystąpienia hipoglikemii i jej ewentualne konsekwencje (poważniejsze u osób w starszym wieku, z uszkodzonym układem krążenia i/lub nerwowym), czas trwania cukrzycy, oczekiwaną długość życia, występowanie poważnych powikłań naczyniowych cukrzycy i istotnych chorób towarzyszących, stopień edukacji osoby z cukrzycą oraz relacje korzyści i ryzyka uzyskania określonych wartości docelowych terapii.

W terapii cukrzycy oprócz leczenia farmakologicznego istotną rolę odgrywa leczenie żywieniowe, rehabilitacja lecznicza oraz wsparcie psychologiczne.

AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

Badania diagnostyczne wykorzystywane jako testy przesiewowe przy wykrywaniu cukrzycy i stanów przedcukrzycowych (oznaczenie stężenia glukozy i odsetka HbA_{1c}, test obciążenia



²⁶ Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2023” Polskie Towarzystwo Diabetologiczne
²⁷ Rezolucja Parlamentu Europejskiego z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie zapobiegania cukrzycy oraz leczenia i lepszej opieki dla osób z cukrzycą w związku ze Światowym Dniem Cukrzycy (2022/2901(RSP))

glukozą) znajdują się w katalogu świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że od 15 września 2022 r. obowiązuje rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w którym wprowadzono nowe świadczenia opieki koordynowanej i określono warunki ich realizacji. Wśród czterech zakresów wymieniono „diagnostykę i leczenie cukrzycy”.

Opieka nad osobami z już zdiagnozowaną cukrzycą odbywa się także w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie poradni diabetologicznej oraz w ramach kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (KAOS).

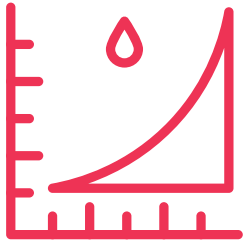
Aktualne wytyczne postępowania klinicznego określają „Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u osób z cukrzycą 2023 - Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego”²⁸.

²⁸ <https://ptdiab.pl/zalecenia-ptd/zalecania-aktywni-cz-lonkowie-2023>



IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

Parlament Europejski w Rezolucji z dnia 23 listopada 2022 r. w sprawie zapobiegania cukrzycy oraz leczenia i lepszej opieki dla osób z cukrzycą w związku ze Światowym Dniem Cukrzycy (2022/2901(RSP)) postuluje między innymi wdrożenie działań dotyczących opieki nad osobami z cukrzycą do 2030 r., zgodnie, z którymi **80% osób z cukrzycą powinno być zdiagnozowanych, 80% – uzyskiwać dobrą kontrolę glikemii, 80% osób ze zdiagnozowaną cukrzycą – mieć dobrze kontrolowane ciśnienie krwi.**



5.6

WYSOKI CHOLESTEROL

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Hipercholesterolemią nazywamy zwiększenie stężenia cholesterolu we krwi (w osoczu). Ten nieprawidłowy stan może towarzyszyć lub sprzyjać występowaniu różnych chorób.

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Główne metody leczenia to stosowanie zasad zdrowej diety, codzienna aktywność fizyczna, eliminacja czynników ryzyka (takich jak np. palenie tytoniu) oraz leczenie farmakologiczne³¹.

Zaburzenia lipidowe, zwłaszcza hipercholesterolemia, oprócz nałogu palenia tytoniu, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, nieprawidłowych nawyków żywieniowych i niewystarczającej aktywności fizycznej oraz wynikającymi z nich nadwagi i otyłości, **należą do głównych, modyfikowalnych czynników ryzyka miażdżycy i jej głównych powikłań, takich jak choroba niedokrwienna serca, udar mózgu i choroba tętnic obwodowych**²⁹. Częstość występowania hipercholesterolemii w Polsce szacowana jest na 60-80% osób w populacji powyżej 18 r.ż³⁰.



²⁹ Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020; 41(1)

³⁰ Józwiak J: Dyslipidemie [w:] Windak A, Mastalerz-Migas A, Chlabicz S (red.): Medycyna rodzinna. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Termedia, 2015

³¹ prof. dr hab. med. Wojciech Wojakowski, lek. Eugeniusz Hrycek Hipercholesterolemia 2023 Medycyna Praktyczna



AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

Główny ciężar profilaktyki oraz diagnozowania i leczenia zaburzeń lipidowych spoczywa na lekarzach rodzinnych. W postępowaniu profilaktycznym i terapeutycznym każdorazowo należy uwzględniać zmianę nieprawidłowego stylu życia oraz niezdrowych nawyków żywieniowych, co może się wiązać z koniecznością współpracy z dietetykiem. Leczenie zaburzeń lipidowych wymaga współpracy lekarzy POZ i lekarzy opieki specjalistycznej (przede wszystkim kardiologów, diabetologów).

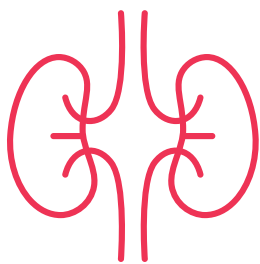
IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

Zgodnie z „Wytycznymi PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021”³² najważniejszą rekomendacją jest regularne oznaczenia profilu lipidowego, w szczególności u osób:

- z rozpoznaną chorobą sercowo-naczyniową,
- z rozpoznaną hipercholesterolemią rodzinną,

- z rodzinnym obciążeniem przedwczesnymi chorobami sercowo-naczyniowymi,
- z rozpoznaną cukrzycą,
- z przewlekłą chorobą nerek,
- z rozpoznanymi chorobami o podłożu autoimmunologicznym, reumatologicznym i zapalnym,
- przewlekle palących papierosy.

³² Wytyczne PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych w Polsce 2021: <https://www.nadcisnienietetnicze.pl/sites/scm/files/2022-01/Wytyczne%20PTL%20KLRWP%20PTK%20PTDL%20PTD%20diagnostyki%20i%20leczenia%20zaburze%C5%84%20lipidowych%20w%20Polsce%202021.pdf>



5.7

ZABURZENIA CZYNNOŚCI NEREK

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Przewlekłą chorobą nerek nazywane jest każde uszkodzenie nerek, które utrzymuje się dłużej niż 3 miesiące. O uszkodzeniu nerek świadczy obecność nieprawidłowości takich jak białkomocz lub krwiomocz, zmiany w badaniach obrazowych nerek, upośledzenie czynności nerek, na które wskazuje zmniejszenie przesączania kłębuszkowego.

Przewlekła choroba nerek jest częstym zaburzeniem, co wynika z dużego rozpowszechnienia głównych jej przyczyn, przede wszystkim cukrzycy, nadciśnienia tętniczego i miażdżycy.

Ogólnie można przyjąć, że każdego roku przewlekła choroba nerek wystąpi u minimum 150 osób na milion, jednak w starszym wieku jest ona znacznie częstsza i występuje nawet u 30% populacji powyżej 65. roku życia. Szacuje się, że w nadchodzących latach częstość przewlekłej choroby nerek zwiększy się nawet dwukrotnie³³.

Obecnie dotyka ona ponad 4 mln Polaków, niestety u 90% chorych pozostaje nierozpoznana.

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Postępowanie terapeutyczne przewlekłej choroby nerek polega na leczeniu przyczyny, czyli choroby, która doprowadziła do uszkodzenia nerek, oraz na działaniach, których celem jest hamowanie dalszego nasilania się tego uszkodzenia. Należy ponadto, w szczególności: zmniejszyć masę

ciała do prawidłowej, zaprzestać palenia tytoniu, skutecznie zmniejszyć stężenie cholesterolu do poziomu zalecanego dla osób z chorobą wieńcową, regularnie wykonywać ćwiczenia fizyczne. Dieta ma szczególne znaczenie w leczeniu przewlekłej choroby nerek, gdyż żywność jest źródłem substancji, które stanowią obciążenie dla niesprawnych nerek (jak białko), lub nie mogą być skutecznie wydalane z organizmu (fosfor, potas, sód).

AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

Wstępna diagnostyka chorób nerek odbywa się na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (badanie krwi, badanie ogólne moczu, USG). Pogłębiona diagnostyka z ustaleniem planu leczenia powinna być realizowana w poradni nefrologicznej.

Pacjenci z zaawansowaną niewydolnością nerek wymagają leczenia w ramach programu dializoterapii lub transplantacji. Należy zaznaczyć, że 1 listopada 2023 r. wprowadzono do opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej nowe świadczenie „Diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek”.

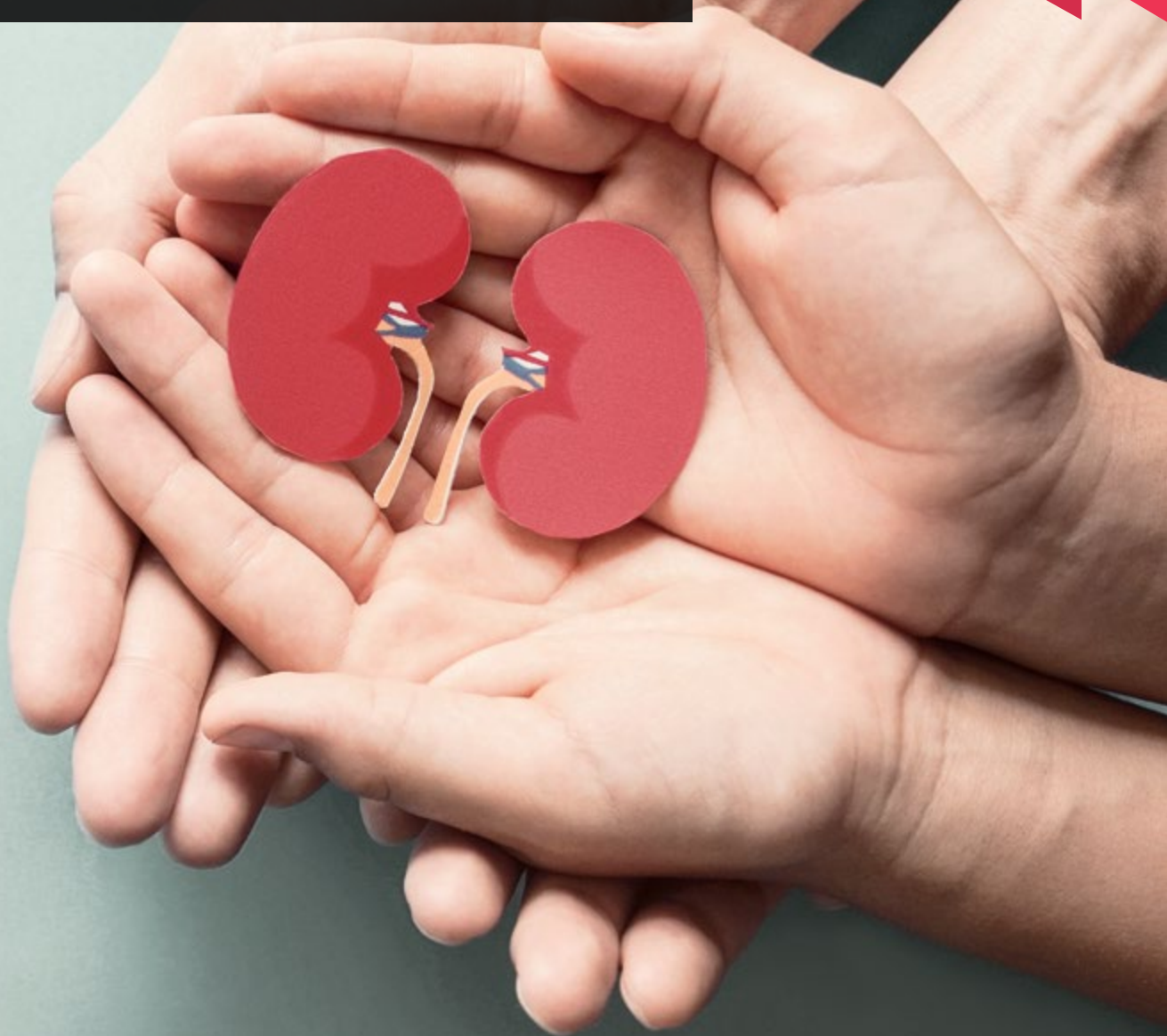


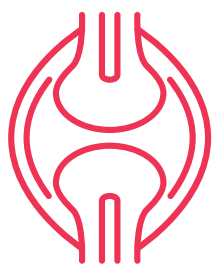
³³ Prof. dr hab. Michał Myśliwiec, dr n. med. Robert Drabczyk, prof. dr hab. Ryszard Grenda „Przewlekła niewydolność nerek” 2018



IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

Ministerstwo Zdrowia we wnioskach i rekomendacjach z Map Potrzeb Zdrowotnych zaleca, ze względu na charakter choroby oraz terapii, w celu wczesnego rozpoznawania pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek, wprowadzenie oceny funkcji nerek (klirens kreatyniny) na poziomie POZ dla pacjentów, którzy w przeszłości mieli stwierdzone rozpoznania: samoistne (pierwotne) nadciśnienie, cukrzycę insulinozależną, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca.





5.8 OSTEOPOROZA

PROBLEM ZDROWOTNY WRAZ Z EPIDEMIOLOGIĄ

Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Osteoporoza może być skutkiem występowania wielu innych chorób, w tym: zaburzeń hormonalnych, chorób układu pokarmowego, chorób nerek, chorób reumatycznych, chorób układu oddechowego, chorób szpiku i krwi, hiperwitaminozy A.

Wpływ na powstanie osteoporozy mają także czynniki związane z odżywianiem i stylem życia: mała podaż wapnia, niedobór witaminy D, mała lub nadmierna podaż fosforu, niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa, palenie tytoniu, alkoholizm, nadmierne spożywanie kawy, siedzący tryb życia. Czynniki ryzyka niezależnymi od stylu życia są płeć i wiek. Częściej na osteoporozę chorują kobiety, powyżej 50 r.ż. (ok. 30% populacji oraz 50% populacji w wieku po 80 r.ż.).

Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE w krajach Unii Europejskiej, w populacji w wieku powyżej 50 lat, osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn³⁴. Oznacza to, że teoretyczna liczba chorych w Polsce wynosi ponad 2 mln osób³⁵.

Brak diagnostyki i leczenia osteoporozy często prowadzi do złamań, między innymi, kości udowej i kręgosłupa, które są przyczyną niepełnosprawności i przedwczesnych zgonów. Według opublikowanych przez NFZ danych w 2021 roku odsetek zgonów po złamaniach osteoporotycznych w ciągu roku wyniósł prawie 13 %.³⁶

AKTUALNE POSTĘPOWANIE MEDYCZNE

Wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia zgodnie wskazują, że badanie densytometryczne (DXA) pozostaje złotym standardem służącym wykonaniu pomiaru gęstości kości w rozpoznaniu osteoporozy. Jest ona rekomendowaną metodą w diagnostyce osteoporozy i monitorowaniu efektów terapii.

Wskazuje się na szereg interwencji, które mają zastosowanie w prewencji osteoporozy. Należy przede wszystkim zapewnić odpowiednią podaż wapnia i witaminy D w pożywieniu, zwiększyć aktywność ruchową, wyeliminować alkohol i palenie papierosów. W przypadkach zaawansowanej osteoporozy stosuje się leczenie farmakologiczne.

AKTUALNA ORGANIZACJA LECZENIA

Profilaktyka i wstępna diagnostyka, w szczególności ocena czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy, powinna być realizowana przez lekarzy



³⁴ MPZ 2018, Kanis 2013

³⁵ „Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy”

³⁶ Raport NFZ <https://ezdrowie.gov.pl/pobierz/osteoporoza-2013-2022>

podstawowej opieki zdrowotnej oraz w trakcie realizacji programów polityki zdrowotnej.

Leczenie specjalistyczne jest realizowane, w szczególności, w poradniach leczenia osteoporozy przez lekarzy specjalistów z dziedzin reumatologii, ortopedii, endokrynologii, ginekologii oraz chorób wewnętrznych.

IDENTYFIKACJA PROBLEMÓW I WSTĘPNE REKOMENDACJE

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w rekomendacji z dnia 30 listopada 2020 r. zaleca przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej:

- działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom w populacji osób dorosłych,
- oceny ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku ≥ 65 lat, kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego oraz, po objęciu działaniami całej populacji kobiet, mężczyzn w wieku ≥ 75 lat, wykonywanie pomiaru gęstości mineralnej kości z wykorzystaniem badania densytometrycznego DXA w populacji z ryzykiem poważnych złamań osteoporotycznych $\geq 5\%$ w FRAX,
- prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy, zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dla personelu medycznego.



06

KOMENTARZE EKSPERTÓW



Prezes zarządu Instytutu Człowieka Świadomego, specjalista medycyny rodzinnej, Przychodnia Lekarska ORLIK, Ośrodek Kształcenia Lekarzy Rodzinnych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w Warszawie.

DR JANUSZ KRUPA



Doktor nauk o zdrowiu, specjalista zdrowia publicznego, edukator zdrowotny, Ambasador Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem w Polsce z nominacji Association of European Cancer Leagues w Brukseli, Zakład Epidemiologii i Prewencji Pierwotnej Nowotworów w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie.

**DR N. O ZDR.
PAWEŁ KOCZKODAJ**



Psycholog, psychoterapeuta, kierownik Poradni Pomocy Pałącym przy Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie.

**MGR MAGDALENA
CEDZYŃSKA**

6.1

PERSPEKTYWA LEKARZA RODZINNEGO



Przedstawiony raport w zwięzły sposób odnosi się do największych wyzwań i zagrożeń zdrowotnych polskich pacjentów. W poradniach POZ (Podstawowej Opieki Zdrowotnej) już dzisiaj prowadzimy część programów profilaktycznych opisanych w Krajowym Planie Transformacji. Od 1 listopada 2022 r. przychodnie POZ mogą podpisywać z NFZ umowy na realizację tzw. Opieki Koordynowanej, co w praktyce oznacza nie tylko możliwość lepszej i szybszej diagnostyki czy ułatwionego dostępu do specjalistów czterech dziedzin: kardiologii, endokrynologii, diabetologii i pulmonologii, ale po raz pierwszy od 1989 roku, także działań profilaktycznych w postaci konsul-

tacji dietetycznych oraz porad edukacyjnych dotyczących zdrowego stylu życia. Już od kilku lat włączamy pacjentów 35 + do tzw. Programu ChUK (program profilaktyki chorób układu krążenia), pozwalającego wykrywać niektóre choroby cywilizacyjne na ich wczesnym etapie. Część przychodni POZ, w tym nasza, wykonuje także badania cytologiczne u kobiet. Wysyłamy pacjentów po 50 roku życia na profilaktyczne badanie jelita grubego (kolonoskopię). Aktywności jest więc dużo, dlatego w takim razie ciągle czujemy niedosyt i głośno domagamy się bardziej skutecznych działań?

Odpowiedź jest w miarę prosta: brakuje w przestrzeni publicznej kreowania „mody na zdrowie”. Co więcej, część osób nadal boi się badań profilaktycznych wierząc, że jeśli nie wykryje się choroby, to ona nie wystąpi...

Wydawałoby się, że proste działania prozdrowotne, takie jak ograniczenie jedzenia niezdrowej żywności, rzucenie palenia, ograniczenie konsumpcji alkoholu, założenie dresu i szybki marsz w terenie na świeżym powietrzu, wysypianie się, unikanie stresu, nie powinny nikomu nastęrczać trudności. Jako lekarze apelujemy o to od lat, ale realia są nieubłagane – niewielu pacjentów chce ich przestrzegać w codziennym życiu. Czasami punktem zwrotnym jest zawał serca, czasami diagnoza choroby nowotworowej, szkoda tylko, że następuje to tak późno...

Działania profilaktyczne, aby były skuteczne, powinny trafiać na podatny grunt, dlatego tak ważne będą nasze działania budujące wśród Polaków

świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie (jesteśmy Instytutem Świadomego Człowieka!). Zdrowy styl życia to mniej chorób, mniej kolejek do lekarza, mniej pacjentów wymagających kosztownych terapii, więcej lat w zdrowiu na cieszenie się tym, co każdy z nas uważa za najważniejsze. Cokolwiek by to było.

Dr Janusz Krupa



6.2

PERSPEKTYWA SPECJALISTY ZDROWIA PUBLICZNEGO



Sektor zdrowia publicznego – zarówno w Polsce, jak i w wielu innych częściach świata – stoi obecnie przed wyzwaniami, które w dużej mierze związane są z występowaniem chorób cywilizacyjnych. Narastająca skala negatywnych skutków zdrowotnych oddziaływania czynników związanych ze zmieniającym się stylem życia poszczególnych populacji stanowi obecnie ogromne wyzwanie. W tym miejscu można przywołać chociażby otyłość, której występowanie na świecie prawie potrojiło się od 1975 roku. Co więcej, podwyższone

ryzyko występowania chorób układu krwionośnego i chorób nowotworowych w znakomitej większości powodowane jest także przez czynniki związane ze stylem naszego życia. Z perspektywy specjalisty zdrowia publicznego, który obserwuje i analizuje zmieniające się trendy epidemiologiczne, ale także prowadzi działalność edukacyjną, dostrzegam konieczność ciągłego aktualizowania wiedzy w zakresie narażenia populacji na poszczególne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, a także poszukiwania nowych, skuteczniejszych narzędzi edukacyjnych. Dokument programowy 2024 Instytutu Człowieka Świadomego w szeroki sposób podejmuje tę tematykę. Raport stanowi swego rodzaju podsumowanie i kompendium najnowszych danych epidemiologicznych oraz danych literaturowych dotyczących narażenia na poszczególne czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, które w znaczący sposób wpływają na długość życia, a także jego jakość.

Z codziennej praktyki edukatora zdrowotnego, wiem jak istotną kwestią jest uświadamianie poszczególnych grup społecznych na temat własnej sprawczości w kontekście utrzymania i poprawy stanu własnego zdrowia. Autorzy niniejszej publikacji w dużej mierze skupiają się na czynnikach modyfikowalnych, których eliminacja, bądź ograniczenie oddziaływania zależne jest od indywidualnych zachowań zdrowotnych podejmowanych w codziennym życiu przez poszczególne osoby. Cecha ta stanowi duży walor raportu, dzięki czemu wpisuje się on w słuszny nurt edu-

kacji zdrowotnej, kładącej nacisk na podnoszenie świadomości obywateli na temat wysokiej istotności brania odpowiedzialności za własne zdrowie. Wśród omówionych czynników szczególną uwagę poświęcono paleniu tytoniu, nadciśnieniu, otyłości, konsumpcji alkoholu czy cukrzycy, ukazując kompleksowy obraz wyzwań stojących przed systemem zdrowia. Autorzy słusznie podkreślają ważną rolę palenia tytoniu, jako czynnika mającego kluczowe znaczenie dla zdrowia populacji i jak wskazują, jego prewencja wymaga skoncentrowanych działań, kampanii edukacyjnych i wsparcia dla osób chcących rzucić palenie. Ponadto, w dokumencie zarekomendowano powszechny dostęp do leczenia Zespołu Uzależnienia od Tytoniu (ICD-10: F 17), a także refundację leków ułatwiających rzucenie palenia i mających potwierdzoną skuteczność kliniczną – co jest wysoce uzasadnionym postulatem, w szczególności w obliczu przedstawionych, wysokich odsetków osób palących papierosy w Polsce. Pomimo faktu, że temat palenia papierosów tradycyjnych może wydawać się już całkowicie poznany, a nawet wyczerpany, stanowi on jedno z najważniejszych zagadnień, które z mojej perspektywy należy nadal podejmować. Obecnie w Polsce użycie tytoniu odpowiada za około ¼ wszystkich zgonów nowotworowych.

Oprócz zaprezentowania danych epidemiologicznych, a także danych literaturowych na temat poszczególnych czynników ryzyka, raport stanowi cenny punkt wyjścia do projektowania i podejmowania działań z zakresu polityki zdrowotnej, m.in.: poprzez przygotowanie szczegółowych rekomendacji dla decydentów. Praktyczne zalecenia, oparte o rzetelne dowody naukowe, a także o wiedzę i doświadczenie, stanowią w mojej ocenie jedno z bardziej pożądaných narzędzi, które mogą wspierać procesy decyzyjne w szeroko rozumianym sektorze zdrowia publicznego. Implementacja zmian systemowych opartych o najlepsze światowe praktyki dotyczące takich zagadnień jak promowanie zdrowego stylu życia, inwestycje w edukację zdrowotną, rozwój infrastruktury zdrowotnej, adaptacja i wprowadzanie najlepszych praktyk oraz wsparcie dla programów prewencyjnych, może przyczynić się w zna-



czący sposób do poprawy kondycji zdrowotnej populacji Polski. Dodatkowo, raport ze względu na swój podsumowujący i zbiorczy charakter ma również potencjał materiału edukacyjnego – jako samodzielny dokument, a także jako podstawa do stworzenia mapy tematycznej dla materiałów edukacyjnych kierowanych do różnych grup docelowych, uwzględniających również inne wyzwania zdrowotne, takie jak m.in.: e-papierosy i tytoń podgrzewany (w szczególności w kontekście dzieci i młodzieży), czy zdrowie psychiczne. Kwestia ta powinna być również przedmiotem dalszych prac nad dokumentem.

Podsumowując, przedstawienie szerokiego obrazu polityki zdrowotnej w Polsce jest istotnym punktem wyjścia do dalszych dyskusji nad efektywnością systemu ochrony zdrowia i koniecznością wprowadzania rozwiązań mających na celu poprawę zdrowia populacji. W mojej ocenie, naturalnym, kolejnym krokiem dla przedstawionej publikacji wydaje się być przygotowanie rozszerzonych rekomendacji opartych o przegląd danych literaturowych i rozpoznanie najpilniejszych potrzeb wymagających zaadresowania zarówno przez pojedynczych obywateli, jak również przez system opieki zdrowotnej i skoordynowane działania polityki zdrowotnej.

**dr n. o zdr.
Paweł Koczkodaj**

6.3

PERSPEKTYWA PSYCHOLOGA



Raport „Dokument programowy 2024 Instytutu Człowieka Świadomego. Kluczowe ryzyka zdrowotne w Polsce” (Dokument) podejmuje istotne problemy zdrowia publicznego wpływające znacząco na zachorowalność i przedwczesną umieralność w Polsce. Większość schorzeń wymienionych w raporcie to choroby tzw. cywilizacyjne, których występowanie jest ściśle związane ze stylem życia tj. paleniem papierosów, niewłaściwą dietą, zbyt małą aktywnością fizyczną czy spożywaniem alkoholu. Skuteczna prewencja chorób cywilizacyjnych oraz ich leczenie wymaga od pacjentów podejmowania zmian nawyków istotnych z punktu widzenia ich codziennego

funkcjonowania. Niestety, wiele z nich to utrwalone przez lata wzorce zachowań takie jak chociażby radzenie sobie ze stresem poprzez jedzenie czy palenie tytoniu. Praktyka kliniczna oraz wyniki badań wskazują, że tylko niewielki odsetek pacjentów jest w stanie wprowadzić na stałe zmiany w swoich nawykach. Sukces w tym obszarze zależy od wielu czynników po stronie zarówno od samego pacjenta jak również od postawy lekarza i oferty systemu opieki zdrowotnej. Najistotniejszy czynnik przedwczesnej umieralności w Polsce czyli palenie tytoniu, choć zaliczane do czynników związanych ze stylem życia, jest jednocześnie chorobą samo w sobie. Jest to choroba przewlekła i nawracająca, której leczenie wymaga często podejmowania wielu prób. Niestety, obecnie istniejący system pomocy osobom uzależnionym jest niewydolny i wymaga gruntownej przebudowy obejmującej m.in. tworzenie poradni specjalistycznych, ale również oferowanie pomocy zawierającej refundowaną farmakoterapię, każdemu pacjentowi hospitalizowanemu podczas jego pobytu w placówce. Zmiany wymaga również samo podejście specjalistów do problematyki czynników behawioralnych. Pacjenci częstokroć, nawet jeśli podejmują wysiłki związane ze zmianą stylu życia, nie są w stanie utrzymać zmiany na stałe, gdyż wymaga to od nich pracy związanej z przebudową ich codziennego stylu życia. Dlatego każdy pacjent powinien usłyszeć od swojego lekarza nie tylko prostą poradę „proszę rzucić palenie” czy „proszę schudnąć”, ale mieć zaoferowane leczenie, które jest prowadzone przez zespół specjalistów (m.in. lekarza, dietetyka, terapeutę, wykwalifikowanego doradcę zdrowia, psychologa czy psychiatrę), tak długo jak tego

wymaga pacjent. Wielodyscyplinarny zespół jest w mojej opinii konieczny ze względu na znaczenie czynników psychologicznych (emocjonalnych, psychospołecznych) w utrzymaniu zmiany. Warto pamiętać, że wiele niekorzystnych nawyków związanych ze stylem życia może być zarówno przyczyną jak i konsekwencją różnych chorób, np. objadanie się może być przyczyną otyłości prowadzącej do wielu chorób, ale również np. efektem zaburzeń psychicznych. Niska aktywność fizyczna jest przyczyną chorób, ale może być też efektem na przykład rozwijającej się lub istniejącej depresji.

Natomiast wielokrotne podejmowanie leczenia jest konsekwencją przyjęcia perspektywy uzależnienia od palenia, alkoholu czy jedzenia jako schorzeń przebiegających z licznymi nawrotami. Nawrotami, których nie należy traktować jako porażki, a jedynie jako etapu w procesie leczenia. Nie można również zapominać, że równie istotnym zadaniem w ograniczaniu szkód zdrowotnych związanych z tzw. czynnikami stylu życia jest prewencja pierwotna i kształtowanie właściwych postaw dzieci i młodzieży. Obecnie w Polsce nie istnieje jedna, spójna strategia prewencji pierwotnej kierowanej do najmłodszych obywateli, co w sytuacji istniejącego już niekorzystnego trendu związanego z używaniem papierosów elektronicznych oraz odsetka dzieci z nadwagą oraz otyłych nie pozwala z optymizmem spojrzeć w przyszłość.

W zawartych w niniejszym Dokumencie rekomendacjach odnośnie poszczególnych strategii wskazano na istotne elementy, które po uszczegółowieniu na dalszym etapie i skutecznym wdrożeniu, mają szansę stać się ważnymi krokami w osiągnięciu postępu w leczeniu chorób cywilizacyjnych. Są to: znaczenie wsparcia śro-

dowiskowego, wprowadzenie nauki właściwych wzorców zachowań prozdrowotnych, włączanie do leczenia przez lekarzy POZ i w opiece specjalistycznej strategii motywacyjnych. Ponadto, ważną zaletą niniejszego Dokumentu jest wszechstronne podejście do rozwiązania problemu tych schorzeń w Polsce - raport uwzględnia zarówno konieczność wprowadzania efektywnych strategii ukierunkowanych na zmiany u pacjentów już zdiagnozowanych, jak również podkreśla znaczenie prewencji pierwotnej wprowadzanej na wczesnym etapie edukacji najmłodszych.

**mgr Magdalena
Cedzyńska**



Instytut Człowieka Świadomego

Al. Jerozolimskie 44
00-024 Warszawa

biuro@instytutczlowiekaswiadomego.pl

www.instytutczlowiekaswiadomego.pl