

# SPRAWOZDANIE

z wykonania zadania publicznego

## *„Prewencja wtórna dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych”*

w okresie od 20.02.2007 do 31.12.2008

określonego w umowie nr KB/94/0Z/3/W/2007  
zawartej w dniu 20 lutego 2007, pomiędzy  
Gminą Gdynia –Urzędem Miasta Gdyni, z siedzibą w Gdyni  
Al. Marszałka Piłsudskiego 52/54

a Gdyńskim Stowarzyszeniem Promocji Zdrowia „Serca-Sercom”,  
z siedzibą w Gdyni  
ul. Powstania Styczniowego 1

**Koordynator Projektu:**

Michał Szpajer

**Nadzór merytoryczny Projektu:**

Michał Szpajer, Tomasz Zdrojewski

**Realizatorzy projektu (w kolejności alfabetycznej):**

Bautembach-Minkowska Joanna, Borowski Bartosz, Buczkowska Małgorzata, Chwojncki Kamil, Drażkiewicz Zuzanna, Ignaszewska - Wyrzykowska Agata, Kamińska Henryka, Korzon-Burakowska Anna, Krawczyk Michał, Kuczyńska Jolanta, Mogilnaya Irina, Muller Hanna, Nyka Walenty, Pędzikiewicz Aleksandra, Pieszko Magdalena, Rutkowski Marcin, Socha Jolanta, Stecka-Wierzbicka Janina, Szlas Elżbieta, Szpajer Michał, Wierucki Łukasz, Wiśniewska Magdalena, Wyrzykowski Bogdan, Zadrożny Jerzy, Zdrojewski Tomasz.

## Spis treści:

Wprowadzenie.....	3
Geneza programu.....	7
Realizacja Programu w latach 2007-2008.....	12
Badania kardiologiczne osób po przebytych udarach mózgu.....	12
Prowadzenie Poradni Pomocy Palącym.....	17
Prowadzenie szkoleń dietetycznych docelowo dla 300 osób (150 osób rocznie) pacjentów i ich rodzin.....	21
Prowadzenie warsztatów szkoleniowych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (docelowo 100 lekarzy POZ).....	31
Inna działalność w ramach prowadzenia Programu.....	33
Podsumowania i wnioski.....	34

# Wprowadzenie

Celem ogólnym przedmiotowego Projektu była poprawa stanu zdrowia i podniesienie świadomości zdrowotnej osób z grupy bardzo wysokiego ryzyka chorób układu krążenia tj. osób po zawale serca i udarze mózgu oraz dzieci z rodzin wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego. Dążenie do osiągnięcia założonego celu było realizowane, dzięki wdrożeniu następujących elementów:

1. Badania kardiologiczne u osób po przebytych udarze mózgu.
2. Warsztaty szkoleniowe dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej
3. Prowadzenie Poradni Pomocy Palącym
4. Prowadzenie szkoleń dietetycznych dla pacjentów i rodzin osób po zawale serca i udarze mózgu
5. Badania przesiewowe u dzieci rodziców po zawale serca i udarze mózgu (od 2 do 18 roku życia)

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią najczęstszą przyczynę zachorowań i umieralności w Polsce. W 2003 roku odpowiedzialne były za 47% wszystkich zgonów, są one także główną przyczyną zgonów przedwczesnych. Standaryzowane względem wieku wskaźniki umieralności są obecnie w Polsce prawie dwukrotnie wyższe niż w krajach „starej” Unii Europejskiej.

Podstawowymi czynnikami ryzyka zawałów serca i udarów mózgu są między innymi nadciśnienie tętnicze, hipercholesterolemia, zaburzenia węglowodanowe, czy palenie papierosów, które to z uwagi na rozpowszechnienie, częste powikłania oraz koszty leczenia, stanowią jeden z ważniejszych problemów społecznych i ekonomicznych w naszym kraju. Z drugiej strony poprawa wykrywania i skuteczności leczenia czynników ryzyka, a także zwiększanie świadomości zdrowotnej ludności są niezbędnymi elementami służącymi poprawie sytuacji epidemiologicznej w społeczeństwie.

Dane z badania NATPOL PLUS oraz WOBASZ jednoznacznie wskazały na znaczne rozpowszechnienie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji polskiej. Wśród nich na pierwszym miejscu wymienić należy zaburzenia lipidowe. Stwierdzono je u ponad połowy dorosłych Polaków. Także rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego jest znaczne. Prawie 9 milionów dorosłych Polaków choruje na nadciśnienie tętnicze, kolejne 9 milionów mieści się w kategorii ciśnienia wysokiego prawidłowego. Jednocześnie jedna trzecia chorych na nadciśnienie nie jest świadomych występowania u siebie tego zaburzenia. Alarmujące są kolejne dane z badania NATPOL PLUS, według których zaledwie 12% chorych na nadciśnienie tętnicze jest skutecznie leczonych. Równie istotne jest zagadnienie rozpowszechnienia zaburzeń węglowodanowych, szczególnie cukrzycy typu 2, której częstość w populacji polskiej wynosi 6%. Analiza danych światowych pozwala szacować, że rozpowszechnienie cukrzycy typu 2 wzrośnie 2-krotnie w ciągu najbliższych 30 lat.

Problem niedostatecznego wykrywania i kontroli czynników ryzyka jest jedną z głównych przyczyn tak dużej zachorowalności i umieralności przedwczesnej w Polsce. Podstawowym elementem strategii poprawy wykrywania czynników ryzyka powinien być system regularnych badań przesiewowych, obejmujących przede wszystkim osoby w wieku produkcyjnym, ze środowisk najbardziej narażonych na zawały serca i udary mózgu.

Świadomość społeczeństwa w zakresie problematyki chorób układu krążenia jest niewątpliwie czynnikiem istotnie wpływającym na skuteczność programów prewencyjnych. Badanie NATPOL PLUS wykazało, że wiedza Polaków na temat czynników ryzyka zawałów i udarów oraz sposobów ich zwalczania jest niewystarczająca. Na przykład prawidłowe górne granice ciśnienia tętniczego potrafi podać tylko 30% dorosłych, a aż jedna piąta nie potrafi wymienić żadnego powikłania nieleczzonego nadciśnienia. Powyższe dane z roku 2002 znalazły potwierdzenie w badaniach późniejszych, takich jak badanie WOBASZ oraz badanie sondażowe w ramach Polskiego Projektu 400 Miast.

Jakakolwiek interwencja profilaktyczna, aby miała szansę zrealizować stawiane przed nią cele, powinna uwzględniać dotarcie do dzieci. Jest to szczególnie istotne w przypadku programów kardiologicznych, gdzie tak ważne są odpowiednie zachowania prozdrowotne, których kształtowanie powinno rozpocząć się jak najwcześniej. Edukacja zdrowotna dzieci

i młodzieży jest niezbędna dla kształtowania pożądaných zachowań zdrowotnych ludzi dorosłych. Nabycie prawidłowych nawyków i zachowań w okresie dzieciństwa, szczególnie, gdy utrwalane są one w środowisku, w którym dziecko dojrzewa, staje się wzorcem na lata samodzielnego życia.

Badania sondażowe realizowanego w latach 2003-2005 wskazują na niedostateczny poziom wiedzy i świadomości zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży. Na przykład tylko co 10 dziecko w wieku 6-18 lat uważa, że otyłość jest „czynnikiem psującym zdrowie”, 9% najmłodszych dzieci, 13,5% starszych i 23% młodzieży uważa, że szkodliwy jest brak ruchu i ćwiczeń fizycznych. Wysokie ciśnienie krwi znalazło się wśród najrzadziej wymienianých przyczyn pogarszających stan zdrowia. Najczęściej wymienianą przyczyną pogorszenia stanu zdrowia (85%) było palenie papierosów. Mimo to aż 40% 14-18 letnich dziewcząt i 54% chłopców potwierdziło fakt sporadycznego lub regularnego palenia.

Odrębny problem stanowi duże rozpowszechnienie nałogu palenia tytoniu. Wprawdzie w Polsce sytuacja w tym zakresie w ciągu ostatnich 15 lat systematycznie się poprawia, niemniej jednak wciąż co trzeci dorosły Polak pali papierosy, zaś zmniejszanie się liczby palaczy dotyczy przede wszystkim mężczyzn. Badania populacyjne wskazują, że odsetek palących kobiet wzrósł w Polsce w ciągu ostatnich 30 lat z 18 do 26%.

Kolejnym narastającym problemem medycznym są udary mózgu, które stanowią jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej medycyny, z uwagi na wzrastającą zachorowalność, często nieskuteczną lub niemożliwą terapię ostrej fazy, wysoką śmiertelność, znaczący odsetek niesprawności poudarowej, nieskuteczną prewencję oraz wysokie koszty opieki około i poudarowej.

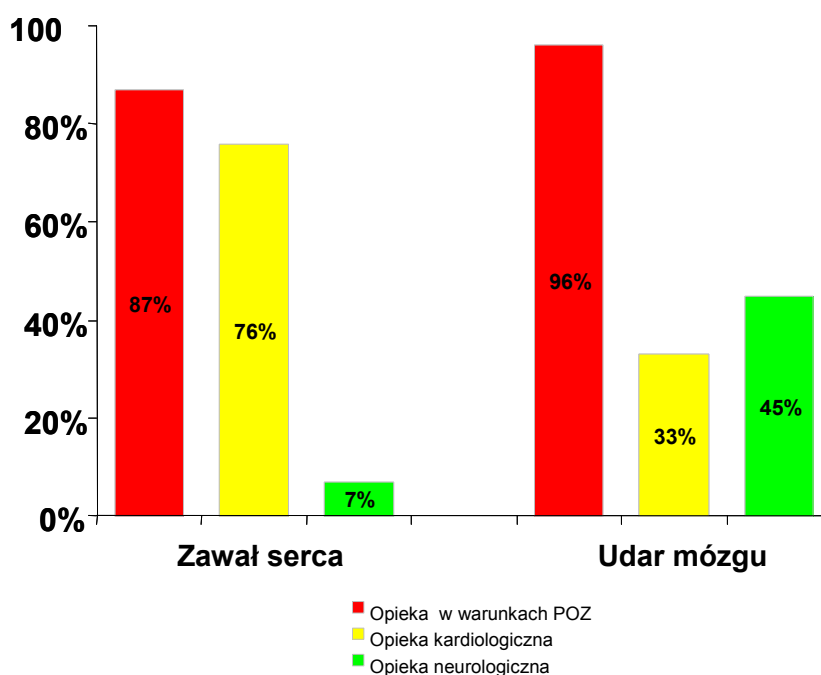
Opublikowane w roku 2004 wielośrodkowe badanie INTERHEART wskazało na kluczową rolę 6 tzw. klasycznych czynników ryzyka (nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca, palenie tytoniu, otyłość brzuszna i czynniki psychospołeczne) oraz 3 czynników protekcyjnych (aktywność fizyczna, spożywanie warzyw i owoców oraz spożycie umiarkowanej ilości alkoholu) w etiologii ponad 90% zachorowań sercowo-naczyniowych. Szereg publikacji z ostatnich kilkunastu lat zwraca uwagę na równoległe istnienie grupy tzw. „nowych” czynników ryzyka sercowo-naczyniowego, do których zalicza się podwyższony poziom białka C-reaktywnego, adiponektyny, hiperhomocysteinemię, hiperinsulinizm, hiperfibrynogenemię, podwyższony poziom istotnych z punktu widzenia przebiegu procesu zapalnego interleukin oraz substancji

prozakrzepowych (PAI – inhibitor aktywatora plazminogenu, tromboksan, czynnik von Willebrandta). Nie bez znaczenia dla części zachorowań sercowo-naczyniowych są defekty genetyczne – niedobór białka C i S oraz oporność czynnika V na aktywowane białko C.

Poza wspólnymi dla choroby wieńcowej i udaru niedokrwiennego mózgu czynnikami ryzyka z badania INTERHEART należy zwrócić uwagę na pewne odrębności. Najważniejsze dotyczą udarów niedokrwienych pochodzenia zatorowego, u podłoża których leżą choroby mięśnia serca (akineza ścian, rozstrzeń lewej komory, tętniak serca lub ubytek przegrody międzyprzedsionkowej), układu bodźcoprzewodzącego (zespół chorego węzła zatokowo-przedsionkowego, migotanie przedsionków) lub zastawek (sztuczna zastawka mitralna lub aortalna, infekcyjne zapalenie wsierdzia).

## Geneza programu

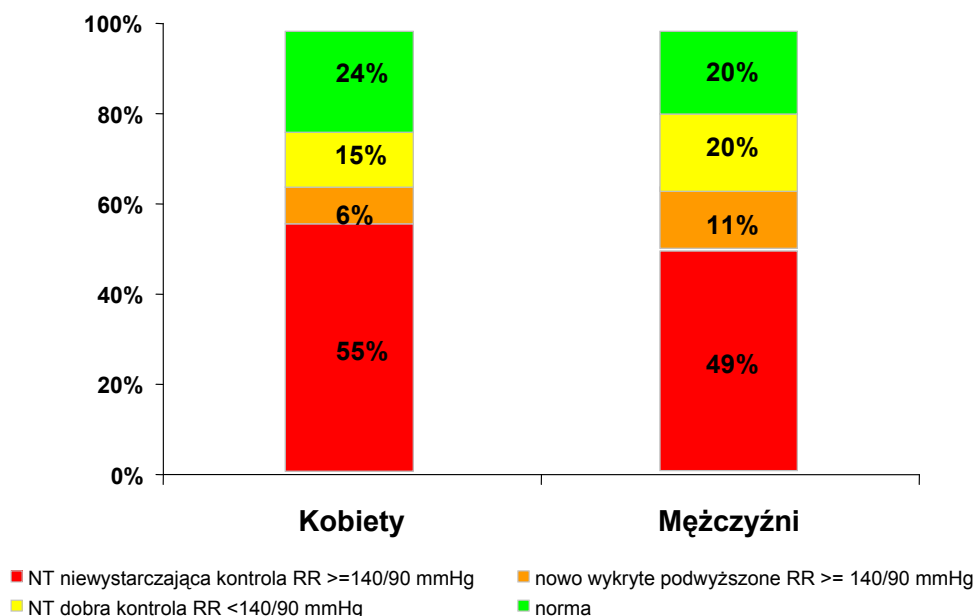
Realizowany program został przygotowany w oparciu o wyniki badania ankietowego na reprezentatywnej grupie osób po zawale serca i udarach mózgu hospitalizowanych w Gdyni w latach 1999-2005. W badaniu tym oceniano zakres opieki i rozpowszechnienie czynników ryzyka chorób układu sercowo naczyniowego oraz ich kontrolę. Wykazano, iż udział poszczególnych specjalistów w opiece nad pacjentami po incydentach s-n jest różny i tak zdecydowana większość osób po zawale serca jest pod opieką kardiologa natomiast niecała połowa osób po udarze mózgu jest pod opieką specjalisty neurologa. Zwraca uwagę fakt dobrego dostępu do kontroli lekarskiej w przychodniach u lekarzy rodzinnych oraz u kardiologów przy jednoczesnym niewystarczającym dostępie do ambulatoryjnej opieki neurologicznej dla pacjentów po UNM.



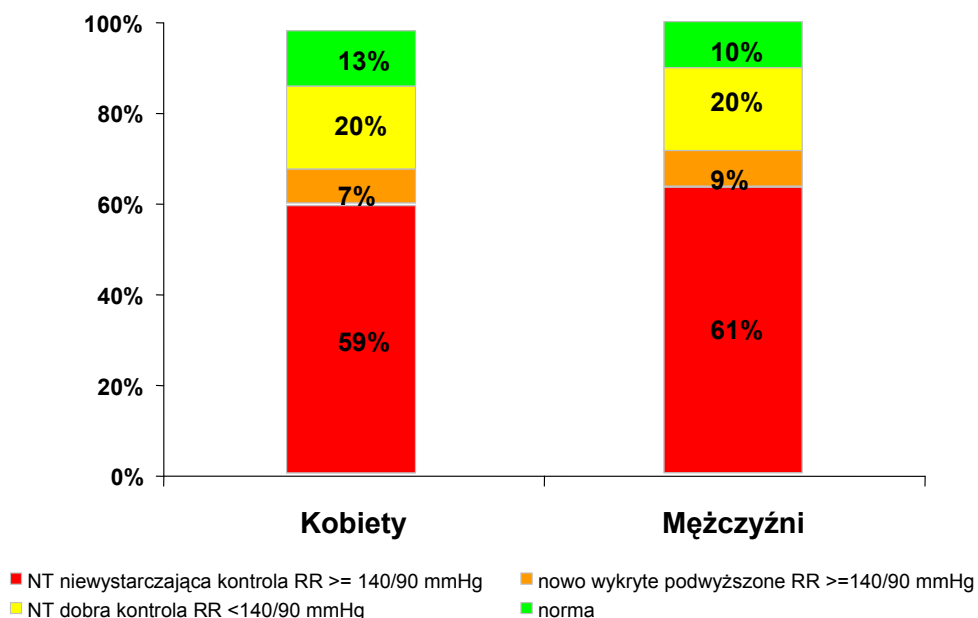
Dostęp do opieki zdrowotnej w reprezentatywnej próbie badanych po OZW i UNM w Gdyni.



Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego w badanej grupie wyniosło od 82% wśród pacjentów po OZW do blisko 89% w przypadku chorych po UNM. Ryciny 4 i 5 przedstawiają kontrolę ciśnienia tętniczego w poszczególnych grupach badanych z podziałem na płeć.



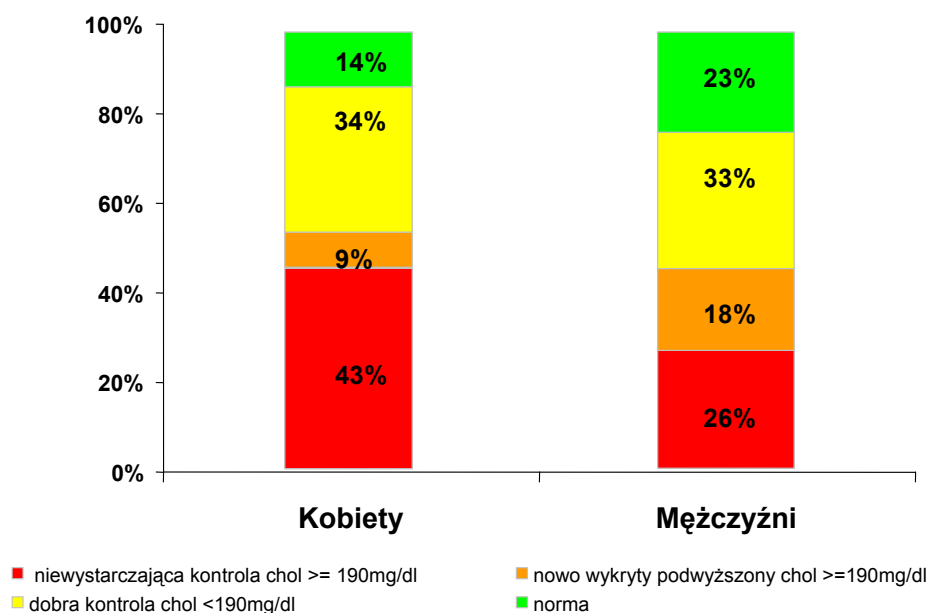
Kontrola ciśnienia tętniczego wśród badanych po OZW.



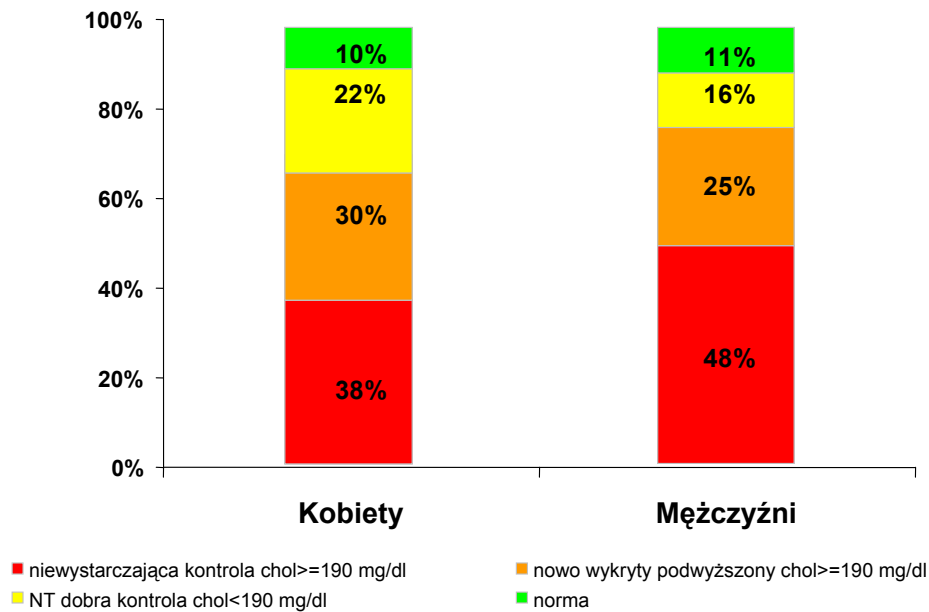
Kontrola ciśnienia tętniczego wśród badanych po UNM.

Zarówno u osób po udarze mózgu jak i po zawale serca zwraca uwagę wysoki odsetek badanych z nieprawidłową kontrolą nadciśnienia tętniczego (49-61%). Problem ten dotyczy kobiet i mężczyzn w jednakowym stopniu. W grupie pacjentów z nadciśnieniem tętniczym w wywiadzie wartości <140/90 mmHg stwierdzono u 20-25%. Odsetek niewykrytego nadciśnienia tętniczego był stosunkowo niewielki (6-11%), tym ważniejsze powinny być zatem działania zmierzające do poprawy kontroli ciśnienia tętniczego w grupie z nadciśnieniem wykrytym.

U połowy zbadanych w roku 2006 stwierdzono hipercholesterolemię w wywiadzie lub nowopodwyższone wartości cholesterolu we krwi. Za górną granicę wartości prawidłowych przyjęto 190 mg%. Nie wykazano istotnych różnic w rozpowszechnieniu hipercholesterolemii między obydwu płciami. Stwierdzono większe rozpowszechnienie podwyższonego poziomu cholesterolu w grupie UNM (47% OZW vs 71% UNM;  $p < 0,01$ ). Grupę tę charakteryzowała dodatkowo znacznie niższa skuteczność leczenia i wysoki odsetek niewykrytej wcześniej hipercholesterolemii. Wydaje się, iż może to mieć związek z dużo niższą zgłaszalnością na konsultacje do lekarzy kardiologów wśród chorych po UNM.

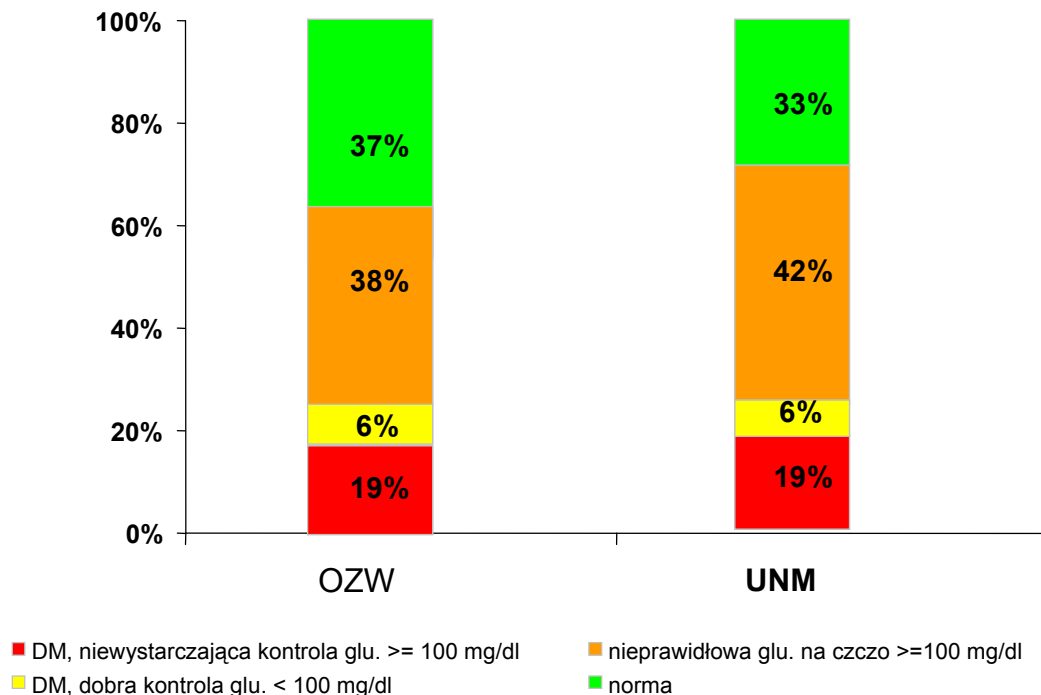


Poziom cholesterolu w grupie po ostrym zespole wieńcowym.

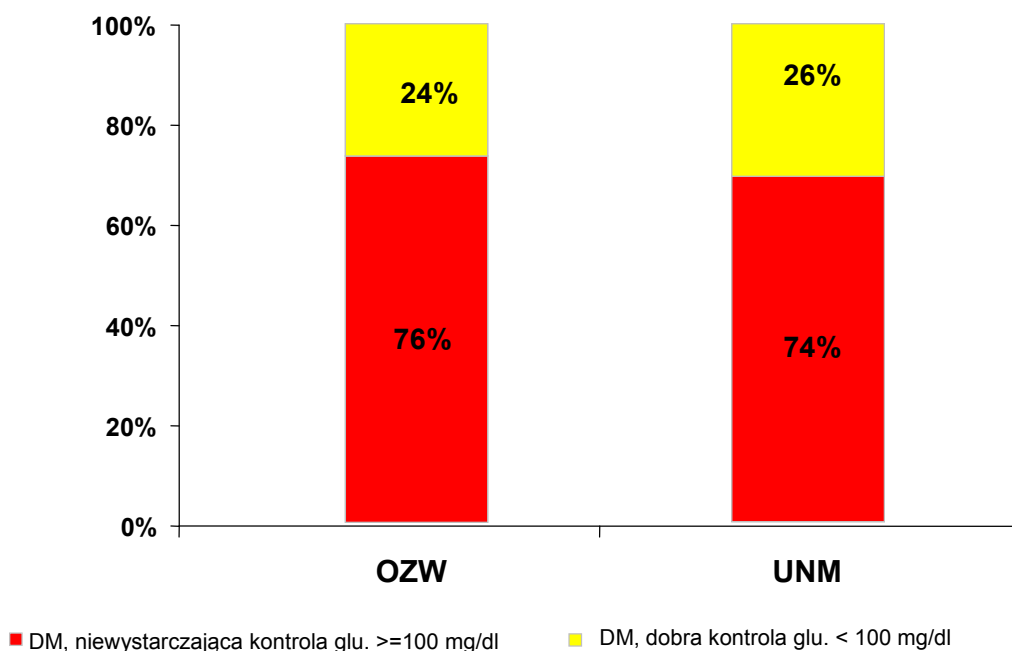


Poziom cholesterolu w grupie po udarze niedokrwiennym mózgu.

Cukrzycę w wywiadzie stwierdzono u 25% respondentów. Nieco ponad 20% cukrzyków charakteryzowała optymalna kontrola glikemii na czczo ( $< 100$ mg%). Zwraca uwagę fakt dużego rozpowszechnienia podwyższonych wartości glikemii na czczo, wymagających dodatkowej diagnostyki aż u ponad 40% badanych. W aspekcie zaburzeń glikemii nie stwierdzono wyraźnych różnic między grupami OZW i UNM.



Zaburzenia glikemii w grupach po OZW i UNM



Kontrola cukrzycy w grupach po OZW i UNM

Odsetek osób palących papierosy określono przy pomocy kwestionariusza. Aktywnie pali blisko jedna czwarta mężczyzn po OZW lub UNM. Wśród kobiet odsetek ten jest istotnie niższy. Wśród pozostałych aż 72% osób po OZW i 54% po UNM paliło papierosy w przeszłości i rzuciło palenie.

	OZW		UNM	
	palący(%)	byli palacze(%)	palący(%)	byli palacze(%)
KOBIETY	12,5	73,5	15,9	48,7
MĘŻCZYŹNI	22,8	71,0	24,2	59,7

Rozpowszechnienie palenia tytoniu w badanej reprezentatywnej próbie mieszkańców Gdyni po OZW i UNM

# **Realizacja Programu w latach 2007-2008**

## **Badania kardiologiczne osób po przebytych udarze mózgu**

Konsultacje kardiologiczne zostały przeprowadzone u pacjentów po udarze mózgu objętych programem "Prewencja wtórna dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005". Osoby zakwalifikowane do badania przez neurologa (lekarza w trakcie specjalizacji z neurologii) zostały listownie oraz telefonicznie zawiadomione o możliwości konsultacji kardiologicznej. Termin konsultacji w terminie dogodnym dla pacjenta został ustalany przez sekretarkę medyczną dyżurującą w określonych godzinach pod specjalnie do tego celu wyznaczonym numerem telefonu.

Cele tych działań :

- optymalizacja terapii w zakresie kontroli czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (lepszą kontrolą cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych i innych),
- optymalizacja terapii niewydolności serca, choroby wieńcowej i migotania przedsionków u chorych po udarze niedokrwionym mózgu,
- pogłębiona diagnostyka w zakresie wykrywania nadciśnienia tętniczego, zaburzeń glikemii, zaburzeń lipidowych, choroby wieńcowej, niewydolności krążenia, zaburzeń rytmu serca ,
- zmniejszenie ryzyka ponownego udaru mózgu – zmniejszenie śmiertelności,
- poprawa stanu wiedzy na temat czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i zachowań prozdrowotnych.

Wyniki badania lekarskiego zostały zarchiwizowane na specjalnym druku badania. Lekarz w trakcie wizyty na podstawie wywiadu oraz wcześniej wykonanych badań zlecał badania dodatkowe.

Wszystkim pacjentom, którzy zostali skierowani do lekarza kardiologa, zostało wykonane badanie EKG wraz z opisem.

Lekarze kardiolodzy kierowali pacjentów w zależności od wskazań na następujące badania dodatkowe:

- Próba wysiłkowa
- Echokardiografia
- Holter ciśnieniowy
- Holter EKG

Badanie zakończyło się wydaniem kopii wykonanych badań i karty zaleceń kardiologicznych dla lekarza rodzinnego i lekarza neurologa.

Na konsultacje kardiologiczne zostało zaproszonych listownie 672 pacjentów, którzy mieli w przeszłości udar mózgu i byli wylosowani do badania ankietowego i przebadani w roku 2006 w ramach programu "Prewencja wtórna dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005" oraz pacjenci, którzy do badania ankietowego w 2006 nie zostali wylosowani z tej samej populacji hospitalizowanych, a także pacjenci, którzy byli aktualnie hospitalizowani w Oddziale Neurologii z powodu udaru mózgu lub TIA .

Konsultacje kardiologiczne przeprowadzono u 146 pacjentów.

Konsultacje pielęgniarские przeprowadzono u 146 pacjentów .

Wyniki badania lekarskiego zostały zarchiwizowane na specjalnym druku badania oraz częściowo w elektronicznej bazie danych .

Na podstawie wywiadu zostały zlecone badania dodatkowe.

Elektrokardiogram z opisem – został wykonany u 145 pacjentów;

Próba wysiłkowa – u 17 pacjentów ;

Badanie echokardiograficzne – u 91 pacjentów ;

Holter ciśnieniowy – u 30 pacjentów ;

Holter EKG – u 39 pacjentów ;

Planowano wykonanie łącznie 200 konsultacji kardiologicznych, 200 konsultacji pielęgniarских, 200 badań elektrokardiograficznych, 100 badań echokardiograficznych, 40 holterów ciśnieniowych, 40 holterów ekg, 20 prób wysiłkowych .

Wykonano ostatecznie 73% konsultacji kardiologicznych, 73% konsultacji pielęgniarskich, 72,5% ekg z opisem, 91% badań echokardiograficznych, 75% holterów RR, 97,5% holterów ekg, 85% prób wysiłkowych.

Nie wykonanie w 100% realizacji badań kardiologicznych u osób po przebyłym udarze mózgu wiąże się z następującymi przyczynami:

brakiem odpowiedzi części pacjentów na zaproszenie na badania z grupy poddanej badaniu ankietowemu w 2006 roku;

nie zgłoszeniem się części chorych zapisanych na konsultacje i badania w uzgodnionym terminie;

niemożliwością przybycia na badania ze względu na barzo zaawansowaną niepełnosprawność ruchową;

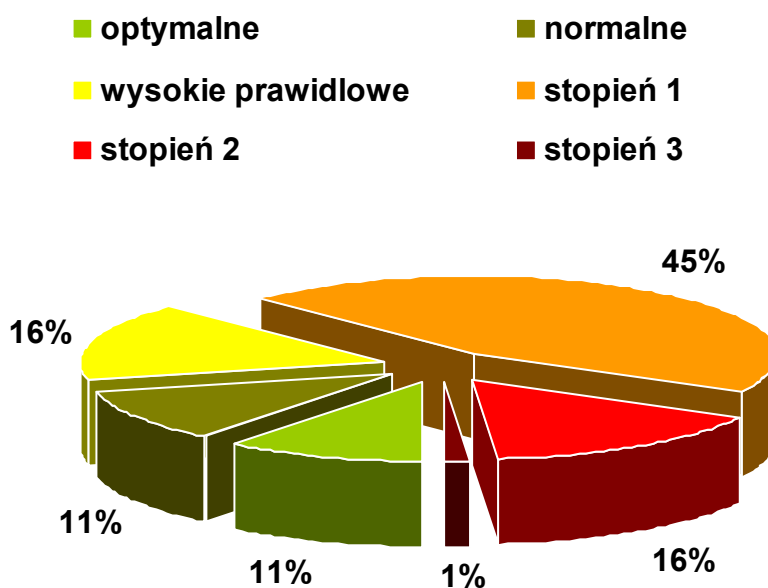
nieregularnym i nieterminowym funkcjonowaniem poczty, co powodowało wydłużenie czasu realizacji dostarczenia korespondencji listowej (a tą drogą były dostarczane zaproszenia do udziału w badaniu).

zmianą numerów telefonów w stosunku do posiadanych danych z lat 1999-2005;

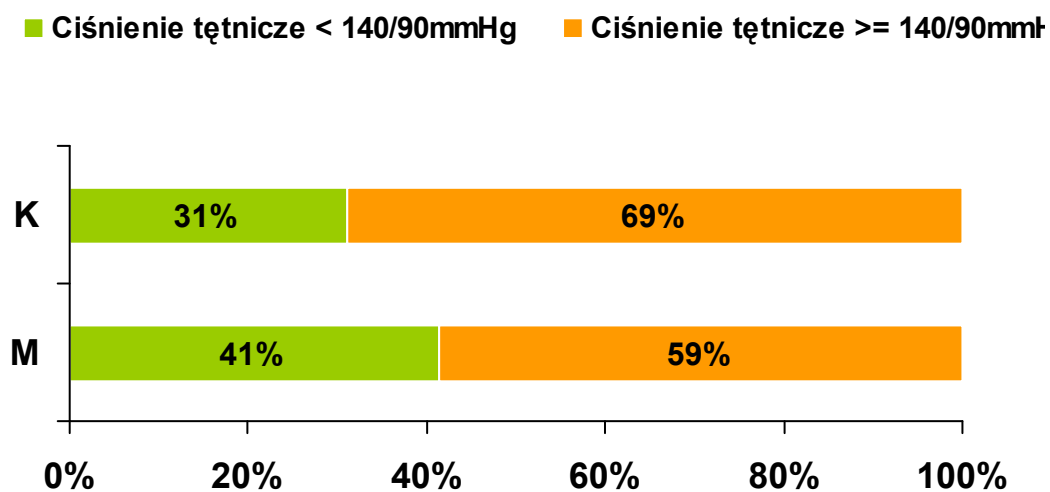
6) zmniejszeniem populacji badanej w sposób naturalny, z powodu zgonów osób hospitalizowanych w latach 1999-2005 w szpitalach gdyńskich i zapraszanych w 2008 roku na badania.

Początkowo w trakcie realizacji programu zapraszano pacjentów z programu realizowanego w 2006 roku pozwoliło to na realizację zadania w roku 2007 w roku 2008 ze względna ograniczoną ilość osób w posiadanej bazie niezbędne było rozszerzenie grupy docelowej projektu o osoby nie objęte badaniem ankietowym, umożliwiło to realizację programu w 2008 roku .

W trakcie badania u ponad połowy badanych stwierdzano nieprawidłowe wartości ciśnienia tętniczego powyżej 140/90mmHg. Nieprawidłowe ciśnienie częściej stwierdzano u kobiet.



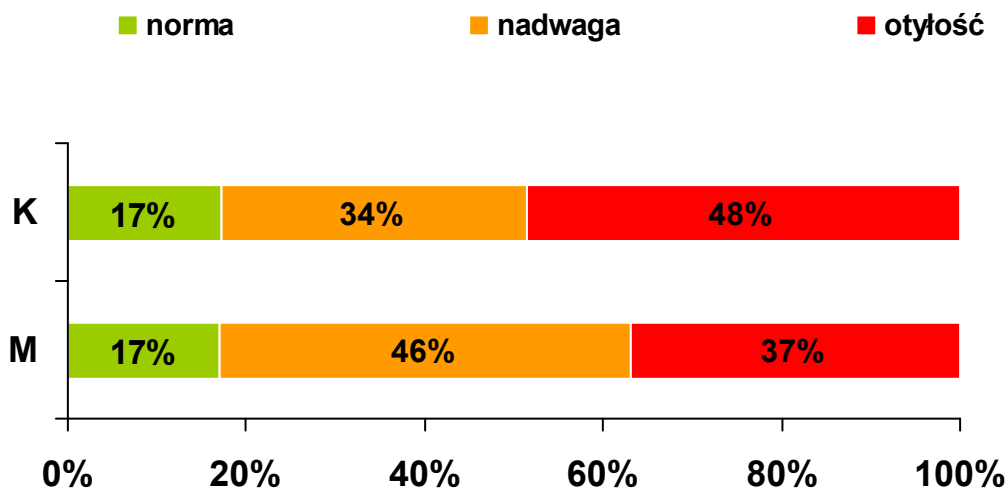
Rozkład wartości ciśnienia podczas pierwszej wizyty wg ESH 2007. (optymalne: < 120/80 mmHg, normalne: 120/80 – 130/85mmHg, wysokie prawidłowe 130/85 – 140/90 mmHg, stopień 1: 140/90 - 160/100 mmHg, stopień 2: 160/100 - 180/110 mmHg, stopień 3:  $\geq$  180/110mmHg)



Kontrola ciśnienia tętniczego u ogółu osób przebadanych.



Zaledwie u 17% kobiet i mężczyzn stwierdzono prawidłowy współczynnik masy ciała (BMI). Częstość występowania otyłości (BMI  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>) była wyższa u kobiet natomiast u mężczyzn częściej dominowała nadwaga (BMI=25-30 kg/m<sup>2</sup>)



Rozpowszechnienie nadwagi i otyłości

Otyłość trzewną zdefiniowaną jako obwód pasa u kobiet powyżej 88cm a u mężczyzn powyżej 102cm- stwierdzono u ponad dwóch trzecich kobiet (69%) i ponad co trzeciego mężczyzny (37%).

Wszystkie osoby otrzymały od lekarza prowadzącego badanie porady niefarmakologiczne, na kartach wyników zawarto sugestie dla lekarza rodzinnego o zmianach w dotychczasowej terapii.

## **Prowadzenie Poradni Pomocy Palącym**

Do Poradni Pomocy Palącym mogły zgłosić się wszystkie osoby palące objęte programem "Prewencji wtórnej dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005" wraz z członkami rodziny.

Celem podjętych działań było:

- utworzenie nowoczesnej poradni pomocy palącym,
- fachową pomoc zainteresowanym zerwaniem z nałogiem palenia tytoniu,
- zwiększenie motywacji do rzucenia palenia,
- zmniejszenie odsetka osób palących wśród pacjentów po zawale serca i udarze mózgu.

W pierwszej kolejności do programu zostały zakwalifikowane osoby które w badaniu kwestionariuszowym deklarowały palenie tytoniu. Zostały one zawiadomione listownie i telefonicznie o możliwości skorzystania z fachowej porady. Jednakże ze względu na znikome zainteresowanie i brak motywacji do rzucenia palenia konieczne było rozszerzenie grupy docelowej i sposobu zapraszania. Zdecydowano o zapraszaniu osób które były hospitalizowane na oddziałach kardiologicznych w Gdyni. Poprawiło to zdecydowanie zgłaszalność do Poradni Pomocy Palącym. Poprawa zgłaszalności była związana z większą motywacją do rzucenia palenia poprzez osoby znajdujące się w ostrej fazie choroby. Osoby takie poprzez stan w jakim się znajdowały były bardziej podatne na sugestie dotyczące zmiany stylu życia oraz podjęcie leczenia antytytoniowego.

W trakcie wizyt lekarz prowadzący poradnię proponował wizyty pozostałym palącym członkom rodziny, jednak odzew był niewielki.

W ramach Poradni Pomocy Palącym realizowane były dwie wizyty ,których celem było

- zwiększenie poziomu wiedzy o szkodliwych skutkach palenia aktywnego i biernego,
- zmniejszenie liczby palących po zawałach serca i udarach mózgu,
- redukcja "palenia biernego" wśród rodzin osób objętych programem,

- nakłonienie palącego do zerwania z nałogiem,
- planowanie i pomoc w rzuceniu palenia.

### **Wizyta 1 (podstawowa):**

W trakcie I wizyty lekarz wypełniał protokół diagnostyczno-leczniczy oraz na podstawie indywidualnie ustalonego planu terapeutycznego umawiał się na termin kolejnej wizyty.

Działania realizowane w trakcie pierwszej wizyty:

#### 1. Ocena ekspozycji na dym tytoniowy

- postawa wobec palenia tytoniu (metody kwestionariuszowe)
- historia palenia tytoniu (metody kwestionariuszowe)
- pomiar zawartości tlenu węgla w powietrzu wydychanym (za pomocą urządzenia smokelyzer)

#### 2. Ocena rodzaju i stopnia uzależnienia pacjenta (na podstawie analizy testu Fagestroma)

#### 3. Ocena fazy gotowości pacjenta do zaprzestania palenia (na podstawie wywiadu wg modelu procesu zaprzestania palenia Prochaski i DiClemente)

#### 4. Ocena głębokości motywacji pacjenta do rzucenia palenia (na podstawie analizy testu Schneider)

#### 5. Wybór terapii: farmakoterapia, psychologiczne metody wsparcia

#### 6. Przygotowanie pacjenta do Dnia Zero (dzień, w którym rzuci palenie)

- wsparcie psychologiczne
- porady praktyczne
- materiały edukacyjne
- nr telefonu do telefonicznej Poradni Pomocy Palącym

#### 7. Edukacja zdrowotna z wykorzystaniem materiałów pomocniczych tj. ulotek, podręczników edukacyjnych

### **Wizyta 2 (w trakcie leczenia)**

Działania realizowane w trakcie drugiej wizyty:

Wizyty mają na celu upewnienie się, że pacjent nie pali i nie zamierza wrócić do palenia, a także oszacowanie skuteczności zastosowanej terapii.

#### 1. Kontrola stosowanej terapii

#### 2. Kontrolne pomiary zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu (smokalizer)

#### 3. Wsparcie behawioralne

#### 4. Prewencja nadwagi i otyłości

W ramach realizacji wysłano 248 zawiadomień do pacjentów, którzy deklarowali palenie tytoniu o istnieniu Poradni Pomocy Palącym wraz z zaproszeniem na wizytę. Na pisemne zaproszenia nie odpowiedział nikt z pacjentów. W związku z brakiem odzewu na zaproszenie listowne zdecydowaliśmy się na osobiste zapraszania pacjentów aktualnie hospitalizowanych z powodu ostrych zespołów wieńcowych, deklarujących palenie tytoniu i chęć zerwania z nałogiem. Osobiście zaproszono 45 pacjentów.

Pierwszą wizytę odbyło 24 pacjentów wyłonionych spośród hospitalizowanych w chwili realizacji zadania na Oddziale Kardiologii Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni Redłowie i 2 osobom z rodziny pacjentów udzielono porady antynikotynowej, jednak osoby te nie wyraziły zgody na przeprowadzenie pełnego badania i wypełnienie ankiety oceniającej ich stopień uzależnienia. 3 osoby zgłosiły się na drugą wizytę w poradni antytytoniowej. Planowano objęcie opieką Poradni 100 pacjentów – zrealizowano więc w 24% założonych planów.

Brak zainteresowania pacjentów palących po przebytych udarze mózgu z grupy objętej programem "Prewencja wtórna dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005" wydaje się być spowodowany faktem, iż pacjenci, których stan zdrowia po udarze mózgu jest w miarę stabilny mimo dalszego palenia tytoniu, nie mają świadomości ryzyka nawrotu choroby i nie są zainteresowani zerwaniem z nałogiem.

Na podstawie realizacji w roku 2008 widać, iż większa determinacja obejmuje pacjentów, którzy aktualnie byli hospitalizowani, ponieważ nowa sytuacja spowodowana chorobą, szczególnie u aktywnych zawodowo ludzi powoduje, iż są oni bardziej zainteresowani wszelkimi działaniami, które mogą wpłynąć na poprawę ich stanu zdrowia, a co za tym idzie na szybki powrót zdolności do zatrudnienia. Jest to więc psychologicznie potwierdzone.

Niska frekwencja pacjentów, która skorzystała z Poradni Pomocy Palącym po rozszerzeniu grupy objętej interwencją spowodowana była brakiem zainteresowania pacjentów problemem rezygnacji z nałogu palenia tytoniu oraz trudnościami z

pozyskaniem do współpracy osób, które posiadały uprawnienia do prowadzenia Poradni Pomocy Palącym, a które deklarowały chęć współpracy w roku 2007 i okresową absencją osoby realizującej Program Pomocy Palącym.

Doświadczenie, które uzyskano z dotychczasowej realizacji programu dowodzi, iż jest to jeden z najtrudniejszych do realizacji segmentów działania prozdrowotnego, nawet u pacjentów po ostrych incydentach wieńcowych i neurologicznych. Niska świadomość społeczna i silne uzależnienie od tytoniu wymaga bardzo przemyślanej i wielokierunkowej oraz wieloczynnikowej akcji skierowanej na zwiększenie motywacji do rzucenia palenia tytoniu, co wydaje się być rzeczą zasadniczą i najważniejszą. Przy braku właściwej motywacji pacjenta - realizacja zmniejszenia liczby osób uzależnionych od tytoniu będzie skazana na niepowodzenie. Tylko szeroko zakrojona akcja z udziałem mediów, osób show biznesu i polityki oraz stworzenie mody na niepalenie, może przynieść zamierzone efekty.

Poradnia Pomocy Palącym w Gdyni to całkiem nowa inicjatywa, dotychczas nigdy nie realizowana w naszym mieście, nie ma więc dotychczas żadnych doświadczeń, co do sposobu realizacji takiego przedsięwzięcia.

## **Prowadzenie szkoleń dietetycznych docelowo dla 300 osób (150 osób rocznie) pacjentów i ich rodzin**

Do szkoleń dietetycznych w ramach zrealizowanego programu mogły zgłosić się osoby objęte programem "Prewencji wtórnej dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005" .

W ramach Projektu przygotowano zestaw materiałów dydaktycznych pomocnych w edukacji dietetycznej. Następnie planowano prowadzenie zajęć edukacyjnych dla pacjentów z zaburzeniami metabolicznymi, tj. nadciśnieniem tętniczym, dyslipidemią, zaburzeniami metabolizmu glukozy, otyłością i nadwagą.

Edukacja chorych odbywała się w małych grupach maksymalnie 8 osobowych. Szkolenie składało się z cyklu dwóch spotkań trwających po dwie godziny lekcyjne każde.

Pierwsze spotkanie było spotkaniem ogólnym dotyczącym zaleceń dietetycznych w chorobach układu sercowo-naczyniowego.

Drugie spotkanie obejmowało praktyczną część zajęć edukacyjnych. Poświęcona została ona indywidualnemu doborowi diety. W trakcie tej części szkolenia pacjenci na podstawie ułożonych przez siebie jadłospisów omawiali błędy jakie popełniają oraz jak można ich uniknąć. Bardzo duży nacisk kładziono w trakcie obu spotkań na przekazanie wskazówek, w jaki sposób można uzyskać należną masę ciała, ograniczyć ilość spożywanego sodu czy też zmniejszyć zawartość tłuszczów nasyconych, węglowodanów i cholesterolu w diecie.

Celem podjętych działań była:

- poprawa wiedzy na temat diety w chorobach układu sercowo-naczyniowego,
- poprawa świadomości szkodliwości określonych produktów żywnościowych,
- indywidualizacja diety dla poszczególnych osób (w trakcie warsztatów),
- obniżenie poziomu cholesterolu i poprawa gospodarki węglowodanowej poprzez stosowanie odpowiedniej diety.

Wysłano łącznie 847 zaproszenia na warsztaty dietetyczne dla pacjentów i członków ich rodzin, z populacji programu "Prewencja wtórna dla pacjentów po ostrych incydentach

sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005”, a wobec niezadowalającej frekwencji, pacjentów rekrutowano spośród pacjentów aktualnie hospitalizowanych w Oddziale Kardiologii Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni Redłowie i Oddziale Kardiologii Szpitala Miejskiego w Gdyni z powodu ostrych zespołów wieńcowych lub niewydolności serca.

W wykładach i warsztatach dietetycznych wzięły udział łącznie 254 osoby ( tj. 85% zaplanowanej grupy), każdy z uczestników otrzymał materiały edukacyjne. Zajęcia prowadzono w wynajmowanych salach w Wojewódzkim Zespole Szkół Policealnych w Gdyni ul. Żeromskiego 31 oraz w salach Oddziału Kardiologii Szpitala Morskiego im. PCK – stąd niższy koszt prowadzonych warsztatów o tylko 2 krotny wynajem sal w Zespole Szkół Policealnych w Gdyni związane to było z małą frekwencją na warsztatach organizowanych w Szkole.

Okazało się, że podczas warsztatów prowadzonych wśród pacjentów wypisanych ze szpitala i ich rodzin mimo rekrutacji listownej i telefonicznej frekwencja jest bardzo mała.

Pacjentów i ich rodziny zawiadamiano drogą listowną jak i telefoniczną, z potwierdzeniem ich przybycia w dniu poprzedzającym wykłady, a mimo to większość nie przychodziła – np. na 20 zaproszonych potwierdzających swoją obecność w rozmowie telefonicznej, przychodziło 3-5 osób. Dlatego też wybrano prowadzenie wykładów i warsztatów podczas pobytu w Oddziałach Kardiologii .

Zajęcia odbywały się 1x w tygodniu w Oddziałach Kardiologii Szpitala Miejskiego w Gdyni i Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni Redłowie.

Osiągnięcie zamierzonej (100%) frekwencji pacjentów na wykładach i warsztatach dietetycznych w 2008 roku było wynikiem zmiany strategii zapraszania pacjentów z zapraszania listownego i telefonicznego, wobec grupy kiedyś hospitalizowanej (1999-2005), na osobiste zapraszania osób, które aktualnie były hospitalizowane w Oddziałach Kardiologicznych Szpitala Miejskiego i Morskiego. Ta druga strategia okazała się skuteczniejsza.

Wniosek z tego, że pacjent, który jest hospitalizowany i zmotywowany do szybkiej poprawy swojego stanu zdrowia i odzyskania sprawności fizycznej jest bardziej podatny na działania profilaktyczne i jest nimi bardziej zainteresowany. Poza tym wydaje się, iż szeroko rozumiana edukacja prozdrowotna ma większą szansę powodzenia, jeśli będzie

realizowana w szpitalu w trakcie hospitalizacji, gdy pacjent ma wiele wolnego czasu, nie musi dojeżdżać na spotkania, nie ma w tym czasie innych zajęć, nie jest obciążony domowymi czy zawodowymi obowiązkami.



Badania przesiewowe u dzieci (od 2 roku życia) rodziców z grupy reprezentatywnej, u których stwierdzono zawał serca lub miażdżycę naczyń wieńcowych potwierdzoną angiograficznie, udar mózgu lub miażdżycę naczyń obwodowych kończyn dolnych i naczyń domózgowych potwierdzoną badaniami obrazowymi Doppler.

Do badania włączone zostaną wszystkie dzieci osób przebadanych w ramach programu "Prewencja wtórna dla pacjentów po ostrych incydentach sercowo-naczyniowych hospitalizowanych w Gdyni w okresie 1999-2005" będące w wieku od 2 do 19 lat i spełniające kryteria oparte o wytyczne amerykańskich ekspertów z National Cholesterol Education Program (NCEP).

Celem realizacji tej części programu było:

- określenie częstości występowania czynników ryzyka rozwoju miażdżycy wśród dzieci pacjentów po ostrym incydencie sercowo-naczyniowym, oraz zależności od obciążeń rodzinnych,
- wczesne wykrycie czynników ryzyka zawału serca lub udaru mózgu i dalsze ich leczenie i eliminowanie,
- określenie kierunków działań profilaktycznych w celu obniżenia ryzyka sercowo-naczyniowego,
- poprawa stanu zdrowia i świadomości czynników ryzyka chorób układu sercowo – naczyniowego,
- edukacja obejmująca zarówno dzieci jak i rodziców,
- zwiększenie świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców objętych interwencją,
- racjonalizacja diety,
- poprawa wiedzy o korzystnych aspektach aktywności fizycznej wśród dzieci.

W trakcie realizacji na badania laboratoryjne zgłosiło się 93 dzieci, z tego 87 (93,5%) przyszło na umówioną wizytę lekarską. O możliwości przebadania dzieci w programie "Prewencja Wtórna" poinformowano 754 rodziców.

## **METODYKA BADANIA/SCHEMAT ORGANIZACYJNY**

### **WYSYŁKA ZAPROSZEŃ**

zawierających informacje o celach programu oraz przypominająca o badaniu

### **ROZMOWA TELEFONICZNA**

w trakcie której udzielane są odpowiedzi na ewentualne wątpliwości rodziców, takie postępowanie zwiększa zgłaszalność



### **WIZYTA W LABORATORIUM**

- podpisanie przez rodzica (i dzieci powyżej 14 roku życia) zgody na udział w programie
- wykonanie badania lipidogramu i glikemii we krwi żyłnej na czczo



### **WIZYTA LEKARSKA**

- przedstawienie wyników badań laboratoryjnych
  - porada zdrowotna
- ankieta dotycząca chorób przewlekłych dziecka oraz wywiadu rodzinnego w kierunku chorób sercowo-naczyniowych
- pomiary antropometryczne (wzrost, waga, BMI oraz obwody: talii, bioder i ramion)
- pomiar ciśnienia tętniczego (trzykrotny pomiar wykonany na ramieniu dominującym aparatem elektronicznym Omron M5-I, z odstępami minimum 2 min., przy użyciu mankietu odpowiedniego do obwodu ramienia)



### **WYDANIE KARTY INFORMACYJNEJ**

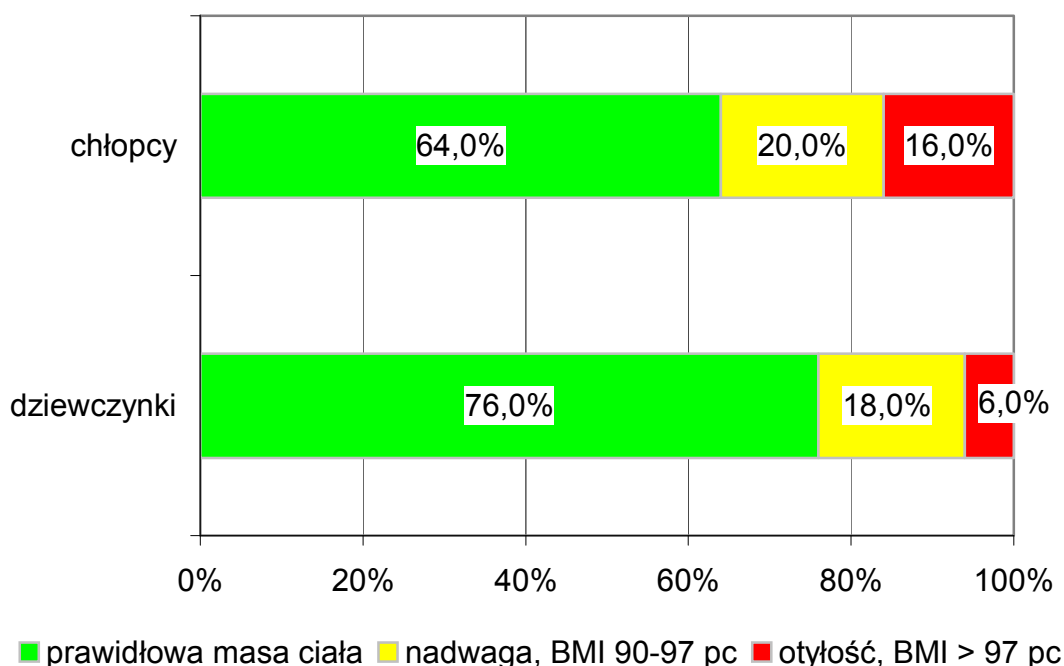
z wynikami badań, tabelami wartości prawidłowych i zaleceniami (powtórne wykonanie lipidogramu za 5 lat lub skierowanie do Poradni Chorób Metabolicznych dla Dzieci i/lub Poradni Nefrologii Dziecięcej i Nadciśnienia Tętniczego)

Wysłano 714 zaproszeń za pośrednictwem poczty na badania przesiewowe dzieci. Wobec małej odpowiedzi na tą formę zaproszenia i niską frekwencją dzieci rozpoczęto rekrutację dzieci wśród rodziców hospitalizowanych w Oddziale Kardiologii Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni Redłowie. Wszystkich rodziców informowano o możliwości przebadania swoich dzieci i wnuków w ramach programu.

Początkowo brak zainteresowania badaniami diagnostycznymi i edukacją dzieci i wnuków pacjentów chorujących na schorzenia układu sercowo-naczyniowego było prawdopodobnie spowodowane nadchodzącym okresem wakacyjnym, frekwencja wyraźnie uległa poprawie po rozpoczęciu roku szkolnego jesienią i poszerzeniu populacji objętej badaniem. Większe zainteresowanie wykazywali rodzice i dziadkowie aktualnie hospitalizowani z powodu ostrych zespołów wieńcowych w Oddziale Kardiologicznym i oni chętniej przyprawdzali dzieci i wnuki do udziału w badaniach. Jedną z przeszkód udziału w badaniach jest lęk dzieci przed pobieraniem krwi.

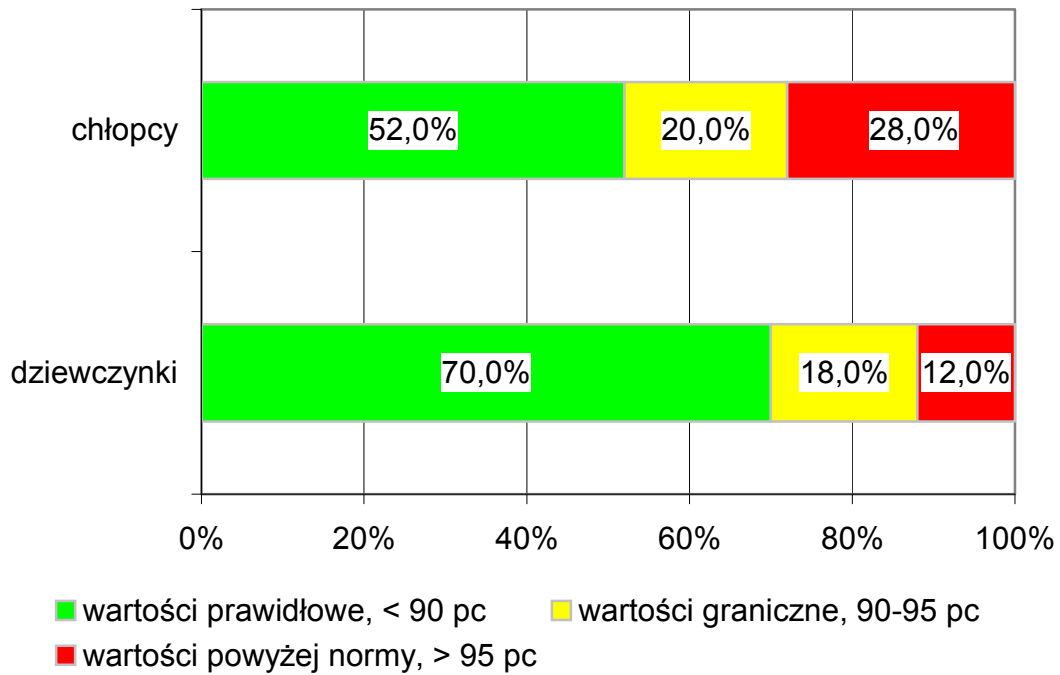
Wśród zbadanych dzieci u 36% chłopców i 24% dziewcząt stwierdzono nieprawidłową masę ciała zdecydowanie częściej u chłopców występowała otyłość natomiast poziom nadwagi był porównywalny u obu płci.

**Rycina 1. Masa ciała**



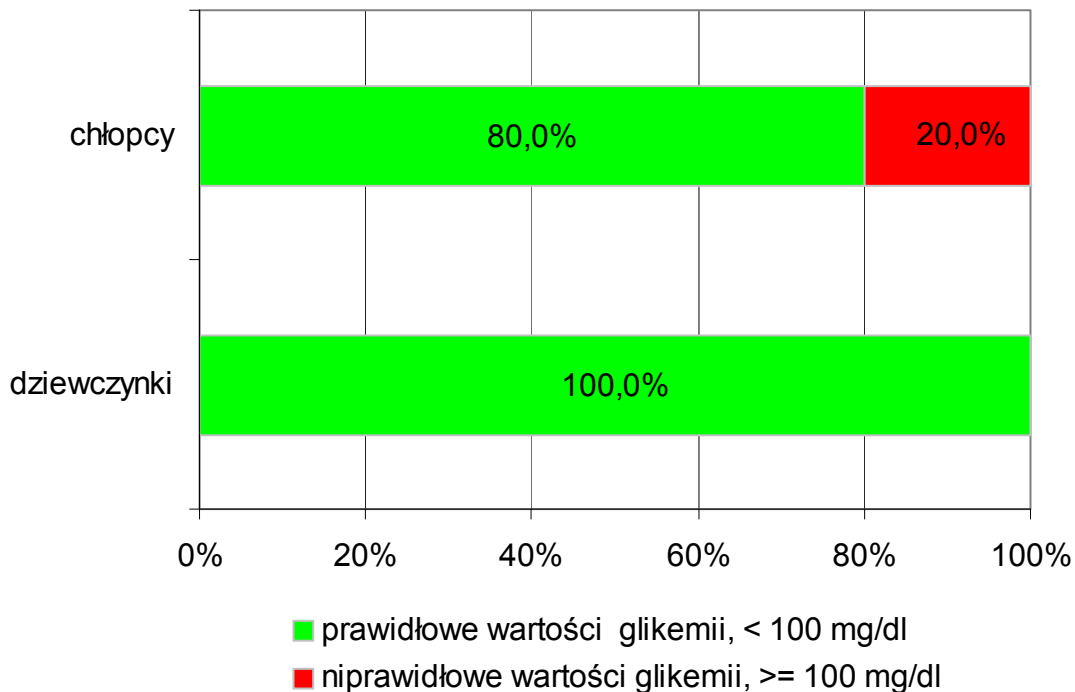
U prawie połowy chłopców stwierdzono nieprawidłowe lub graniczne wartości ciśnienia tętniczego. U dziewcząt odsetek ten wynosił około 30%. Zwrócić należy uwagę iż u chłopców w porównaniu do dziewcząt częściej występowały nieprawidłowe wartości ciśnienia.

**Rycina 2. Ciśnienie tętnicze**



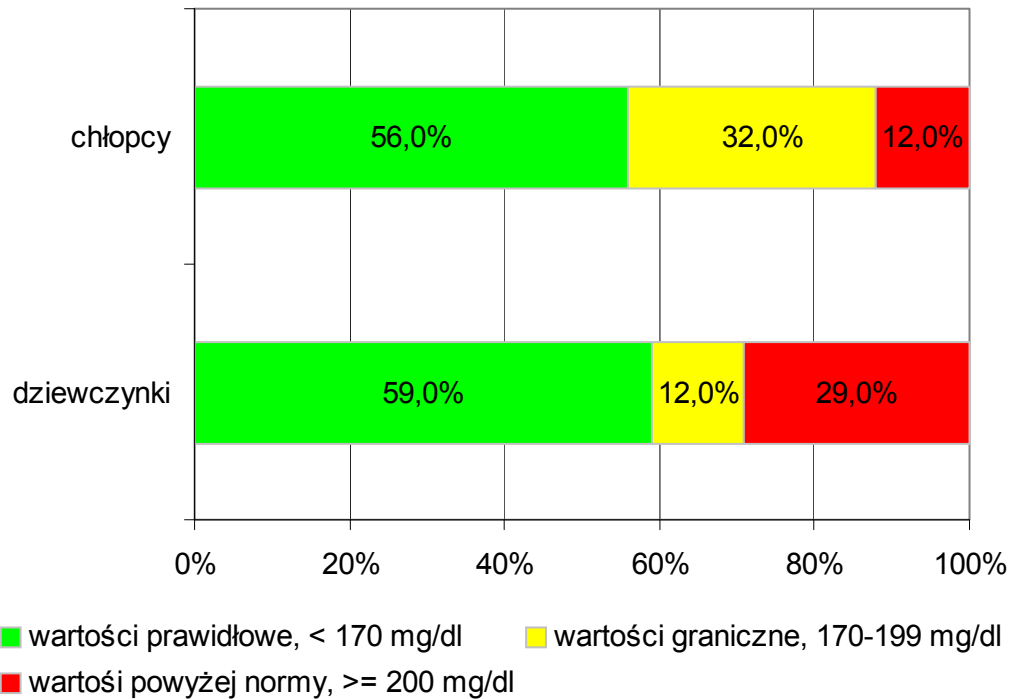
U 20% chłopców w trakcie badań laboratoryjnych stwierdzono nieprawidłowe wartości glikemii które wymagają dalszej obserwacji i weryfikacji

**Rycina 3. Wartości glikemii na czczo**

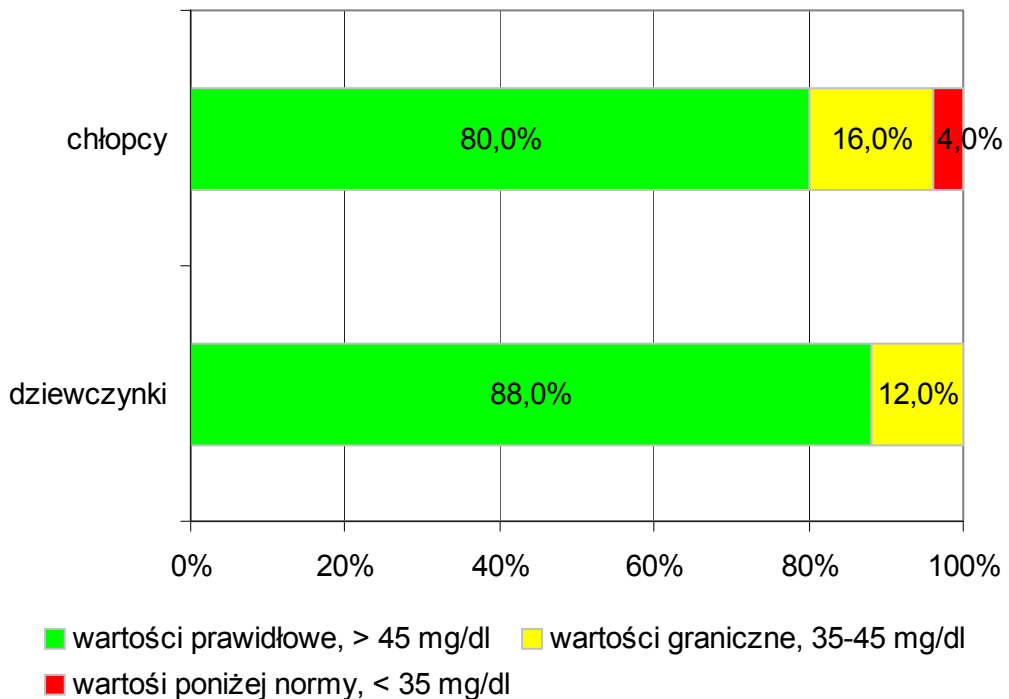


Wśród przebadanych dzieci bardzo często w badaniach laboratoryjnych obserwowano zaburzenia lipidowe. U ponad 40% dziewcząt i chłopców stwierdzono poziom cholesterolu wysoki lub granicznie wysoki. Wartości cholesterolu powyżej normy występowały dwukrotnie częściej u dziewczynek w porównaniu z chłopcami. Prawie dwukrotnie częściej u dziewcząt stwierdzano nieprawidłowości w stężeniu cholesterolu LDL. Natomiast u chłopców częściej diagnozowano nieprawidłowości w stężeniu cholesterolu HDL i trójglicerydów.

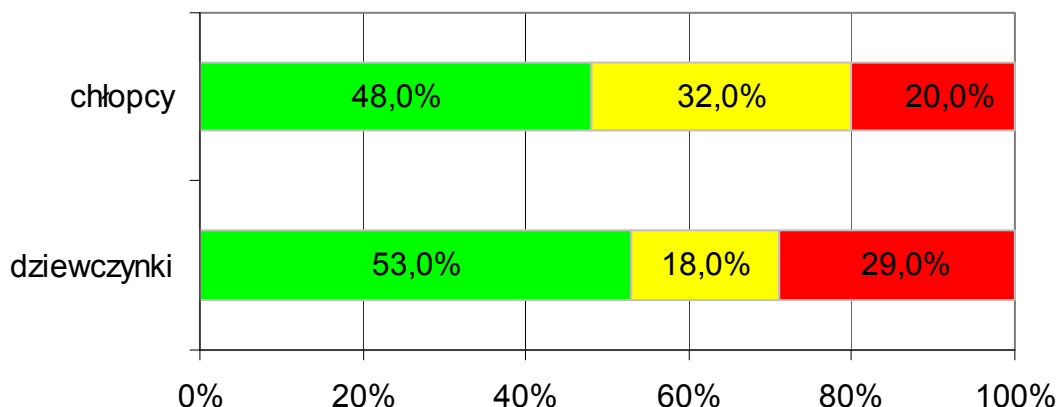
**Rycina 4. Poziom cholesterolu całkowitego**



**Rycina 6. Poziom cholesterolu HDL**

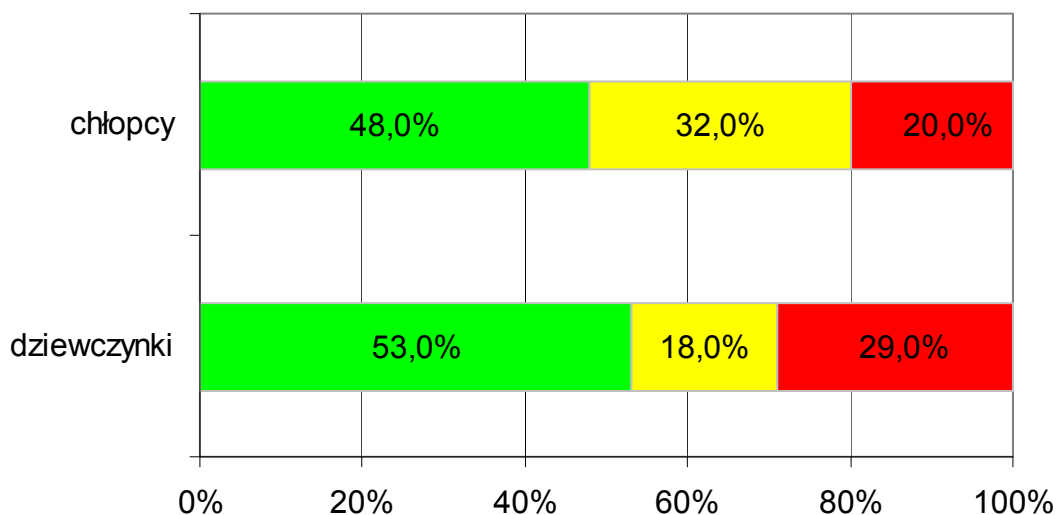


**Rycina 7. Stężenie triglicerydów**



- wartości prawidłowe, < 70 mg/dl dla dzieci przed 10 rokiem życia i < 90 mg/dl dla starszych
- wartości graniczne, 75-99 mg/dl dla dzieci przed 10 rokiem życia i 90-129 mg/dl dla starszych
- wartości powyżej normy, >= 100 mg/dl dla dzieci przed 10 rokiem życia i >= 130 mg/dl dla starszych

**Rycina 7. Stężenie triglicerydów**



- wartości prawidłowe, < 70 mg/dl dla dzieci przed 10 rokiem życia i < 90 mg/dl dla starszych
- wartości graniczne, 75-99 mg/dl dla dzieci przed 10 rokiem życia i 90-129 mg/dl dla starszych
- wartości powyżej normy, >= 100 mg/dl dla dzieci przed 10 rokiem życia i >= 130 mg/dl dla starszych

## **Prowadzenie warsztatów szkoleniowych dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (docelowo 100 lekarzy POZ)**

W ramach realizacji zadania zaplanowano realizację dwukrotnie w każdym roku spotkań szkoleniowych dla lekarzy pierwszego kontaktu.

Celem tej części programu była

- poprawa opieki kardiologicznej i neurologicznej nad pacjentami po zawałach serca i udarach mózgu
- poprawa dwukierunkowej komunikacji pomiędzy pacjentem a lekarzem.

W ramach przygotowań do warsztatów został przygotowany zestaw slajdów na szkolenie. Do wszystkich przychodni z terenu Gdyni zostały rozesłane zawiadomienia o warsztatach i plakaty informacyjne.

Pierwsze warsztaty odbyły się dnia 30 czerwca 2007 r w Gdyńskim Centrum Innowacji AI. Zwycięstwa 96/98 odbyło się szkolenie połączone z warsztatami dla lekarzy POZ. W warsztatach udział wzięło 4 lekarzy. Wykłady i warsztaty poprowadzili prof. dr hab. med. Bogdan Wyrzykowski – tytuł wykładu: “Czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego- leczenie wg standardów”, dr n.med. Anna Korzon-Burakowska (diabetolog), dr n.med. Tomasz Zdrojewski (hipertensjolog).

Kolejne szkolenie z warsztatami dla lekarzy POZ-u odbyło się 17.11.2007 r w auli ACMMiT w Gdyni ul. Powstania Styczniowego 9 , z udziałem prof. dr hab. Walentego Nyki , który wygłosił wykład nt. “Opieka nad chorym po udarze niedokrwionym mózgu w ramach POZ-u” , dr n med. Kamila Chwojnickiego “ Zasady postępowania z chorym z udarem mózgu zależnie od rodzaju udaru” i lek med. Magdaleną Wiśniewską. W warsztatach uczestniczyło 12 lekarzy POZ-u .

Ostatnie warsztaty w roku 2007 dla lekarzy POZ-u odbyły się 01.12.2007 roku w Gdyńskim Centrum Innowacji AI. Zwycięstwa 96/98. Warsztaty poprowadzili : prof. hab. med. Bogdan Wyrzykowski , dr n. med. Tomasz Zdrojewski, lek. med. Łukasz Wierucki.



Uczestniczyło w nich 5 lekarzy POZ-u . W trakcie przerwy i po wykładach przed salą wykładową zorganizowano catering dla uczestników.

Dnia 06.10.2008 r. w Gdyńskim Centrum Innowacji AI. Zwycięstwa 96/98 odbyło się szkolenie połączone z warsztatami dla lekarzy POZ. W warsztatach udział wzięło 2 lekarzy. Wykłady i warsztaty poprowadzili lek. med. Agata Ignaszewska-Wyrzykowska – tytuł wykładu: “Prewencja chorób układu sercowo-naczyniowego – aktualne wytyczne”, lek. med. Łukasz Wierucki- tytuł wykładu “Prewencja wtórna chorób układu sercowo-naczyniowego- wytyczne, a rzeczywistość” .Warsztaty szkoleniowe poprowadził lek. med. Marcin Rutkowski. Na temat “Diagnostyka i leczenie niewydolności serca - opis przypadków”.

W związku z tak niską frekwencją łącznie w trakcie 4 spotkań przyszło 23 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Z uwagi na brak zainteresowania lekarzy POZ-u tematem konferencji – zarząd Stowarzyszenia zdecydował o rezygnacji z kolejnej konferencji szkoleniowej i konferencji naukowo- informacyjnej uważając, że byłoby to bezcelowe wydawanie środków finansowych.

Szkolenie i warsztaty dla lekarzy POZ-u miały objąć co najmniej 100 osób, niska frekwencja była spowodowana przede wszystkim małym zainteresowaniem lekarzy POZ-u przedstawioną tematyką. W roku 2008 wszystkie spotkania i konferencje naukowe borykały się z problemem małej frekwencji lekarzy. Drugą przyczyną mógł być niedostateczny przepływ informacji w przychodniach - do wszystkich poradni została przesłana informacja e-mailowa, a następnie faxową, rozwieszono zostały plakaty informacyjne, zamieszczono informacje na stronie programu to jednak nie przyniosło to spodziewanego efektu.

## **Inna działalność w ramach prowadzenia Programu**

W ramach działalności programu prowadzono szeroko zakrojone działania informacyjne celem dotarcia do grupy docelowej projektu. Z uwagi na specyfikę grupy docelowej tj. osoby po zawale serca, udarze mózgu lub z rodzin wysokiego ryzyka rozwoju chorób sercowo naczyniowych dotarcie do tej grupy było bardzo trudne. Do osób z list adresowych osób hospitalizowanych z powodu zawału serca lub udaru mózgu wysyłano zawiadomienia o możliwości udziału w programie. U osób do których był możliwy kontakt telefoniczny starano się nakłaniać do wzięcia udziału w badaniach poprzez rozmowę telefoniczną. Rozwieszano plakaty w przychodniach i rozdawano ulotki informacyjne o programie. Najlepszym jednak sposobem dotarcia było zaproszenie osobiste w trakcie pobytu w szpitalu.

Celem obsługi programu stworzono stronę internetową na której umieszczono informację o programie informację o czynnikach ryzyka chorób układu krążenia oraz zasadach prewencji. Strona również służyła do bieżącej komunikacji z pacjentami. Jednakże z uwagi na charakterystykę grupy docelowej (osoby starsze rzadko korzystające z internetu lub wcale) ta forma komunikacji i pozyskiwania pacjentów do programu nie sprawdziła się.

## Podsumowania i wnioski

Choroby serca i naczyń są nadal najczęstszym powodem zgonów w Polsce, należą również do głównych przyczyn umieralności przedwczesnej i orzeczeń o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy. W 2006 r. w naszym kraju z powodu chorób sercowo-naczyniowych zmarło 29,4 tys. osób (27,7%) w wieku od 25. do 64. lat oraz wydano 14,3 tys. (23,8%) pierwszorazowych orzeczeń o częściowej niezdolności do pracy najczęściej w wyniku udaru.

W Polsce w 2006 r. umieralność przedwczesna była wyższa u mężczyzn o 84% i u kobiet o 56% od średniej w 27. krajach Unii Europejskiej. Choroby układu sercowo-naczyniowego stwarzają zatem poważne problemy medyczne, społeczne i ekonomiczne. Ich rozwiązanie powinno być priorytetem w polityce zdrowotnej państwa. Cele te realizowano dzięki takim programom Ministerstwa Zdrowia, jak: Narodowy Program Ochrony Serca 1993-2001, Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu 1997-2002 oraz Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003-2008. Nie bez znaczenia są w poprawie sytuacji programy prowadzone przez samorządy lokalne w tym gminę Gdynia zarówno w ramach prewencji pierwotnej jak i wtórnej.

Realizacja tego typu projektów powinna być poprzedzona gruntowną analizą potrzeb i możliwości. Takie postępowanie miało miejsce przy tworzeniu niniejszego projektu w roku 2006 zrealizowano badanie sondażowe wśród osób po zawale serca i udarze mózgu które wskazało, jakimi działaniami prewencyjnymi należy się zająć w pierwszej kolejności.

We wnioskach z tamtego badania wskazywano na :

- niedostateczną kontrolę terapeutyczną w grupach chorych z nadciśnieniem tętniczym, hipercholesterolemią, cukrzycą
- oraz
- stosunkowo duże rozpowszechnienie aktywnego palenia tytoniu

Zdecydowano iż najważniejsze potrzeby prewencji w Gdyni powinny opierać się o:

- porady żywieniowe dla pacjentów w związku z bardzo częstymi zaburzeniami lipidowymi i zaburzeniami glikemii;
- poradnią antytytoniową (palenie po incydencie s-n w krótkim czasie prowadzi do kolejnego zachorowania);

- szkolenia lekarzy w zakresie aktualnych standardów leczenia chorych po incydentach s-n, ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń glikemii;
- badanie dzieci z rodzin wysokiego ryzyka celem wczesnej identyfikacji czynników ryzyka,
- oraz konsultacje specjalistyczne wśród osób po udarach mózgu.

Ze względu na potrzebę, przygotowano program i wdrożono jego realizację w roku 2007 i 2008. W trakcie realizacji weryfikowano założenia programu z uwagi na niskie zainteresowanie i brak potrzeby udziału wśród osób, do których program był adresowany. Wyniki badania z 2006 ewidentnie wskazują na niedostatki kontroli czynników ryzyka najprawdopodobniej wynikające ze względu na brak wiedzy wśród pacjentów o roli jaką te czynniki odgrywają i jakie są konsekwencje niepodjęcia leczenia. Konsekwencją braku edukacji jest brak potrzeby kontroli lekarskiej i ścisłego przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Sytuacja ta wymaga bardzo intensywnych działań edukacyjnych uświadamiających o roli czynników ryzyka w rozwoju choroby. Kampania edukacyjna powinna wytwarzać w świadomości chorych potrzebę leczenia i kontroli. Jednostronne zaangażowanie w prowadzenie programów profilaktycznych jest skazane na niepowodzenie. Obecna forma programu wymaga zmiany szczególnie w odniesieniu do zdefiniowania grupy docelowej i sposobu rekrutacji do udziału z projekcie. Najbardziej zmotywowanymi osobami stosunkowo łatwymi do pozyskania są osoby hospitalizowane z powodu zawału lub udaru. Stan w którym się znalazły, zwiększa ich motywację do zmian stylu życia, są one bardziej podatne na pewne sugestie dietetyczne, czy porady antytytoniowe.

Ponadto przeprowadzone w ramach programu badania lekarskie wykazywały złą kontrolę czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Bardzo niepokojący jest fakt bardzo częstego stwierdzania nieprawidłowości wśród dzieci osób po incydencie sercowo-naczyniowym. Wydaje się iż tego typu badania przesiewowe dla dzieci z rodzin bardzo wysokiego ryzyka sercowo-naczyniowego powinny stać się rutynowym postępowaniem.