

GRZEGORZ OPOLSKI
TOMASZ ZDROJEWSKI

Antynomie w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych

W ostatnich siedmiu latach, wbrew wcześniejszym korzystnym prognozom, obserwujemy zatrzymanie wzrostu długości życia w Polsce. Poprzedni brak wzrostu tego najważniejszego wskaźnika sytuacji zdrowotnej Polaków miał miejsce w latach 80. ubiegłego wieku. Ta pesymistyczna wiadomość skłania do analiz przyczyn tego zjawiska.

Zatrzymanie się wzrostu długości życia Polaków obserwujemy już od 2014 r. Przewidywana długość życia wynosiła wtedy 73,8 lat dla mężczyzn i 81,6 lat dla kobiet. O ile w latach 90. długość życia przyrastała szybko i nadrabialiśmy bardzo duże zaległości do 15 krajów „starej” Unii Europejskiej, to już na początku pierwszej dekady XXI w. tempo przyrostu było niewielkie, a od 2014 r. obserwujemy stagnację, w przypadku kobiet nawet redukcję. Dzieje się tak pomimo dużej rezerwy, którą mamy do nadrobienia w porównaniu do innych krajów, np. w Polsce mężczyźni żyją aż 7 lat krócej niż w Szwecji. Szczególnie niepokoją analizy wskazujące na podobne zjawiska w odniesieniu do umieralności osób w wieku produkcyjnym, czyli w zakresie wieku 25-64 lat.

Europejski Urząd Statystyczny (Eurostat) i OECD w opublikowanym w listopadzie 2019 r. dokumencie (OECD, Eurostat 2019) podsumowały bardzo ważne dane co do przyczyn i liczby zgonów, których dzięki nowoczesnej prewencji lub skutecznemu leczeniu można było uniknąć. Analizy przeprowadzono dla populacji generalnej w wieku do 75 lat. W Polsce względne roczne tempo spadku liczby zgonów możliwych do uniknięcia z powodu cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgowych w latach 2008-2014 wynosiło u mężczyzn 3,9%, a u kobiet 2,3%. Niestety, od 2015 r. ten korzystny proces u mężczyzn zatrzymał się, a u kobiet wyniki okazały się alarmujące – współczynniki zaczęły zwiększać się o 1,0% rocznie.

Analizy Eurostatu i OECD wskazały, że w odniesieniu do zgonów z przyczyn możliwych do uniknięcia w Polsce aż 2/3 potencjału na poprawę sytuacji mieści się w działaniach zdrowia publicznego, czyli naszym stylu życia redukującym występowanie głównych czynników ryzyka zawałów serca, udarów mózgu i nowotworów, a tylko w 1/3 w medycynie naprawczej. Przedstawione wyżej informacje stymulują do intensywnej reakcji na zatrzymanie wzrostu długości życia oraz tempa redukcji zgonów możliwych do uniknięcia w Polsce. Istnieje pilna potrzeba podjęcia efektywnych dzia-

łań dotyczących głównych determinant zachorowań na choroby niezakaźne, przede wszystkim serca i naczyń, a także nowotworów. Głównym celem polityki zdrowotnej powinna stać się redukcja częstości występowania i poprawa wykrywania oraz kontroli czynników ryzyka, a przez to wyraźne zmniejszenie liczby nowych zachorowań na choroby układu krążenia i nowotwory. Należy to osiągnąć poprzez wzrost aktywności fizycznej i zmiany niewłaściwych zachowań zdrowotnych w zakresie odżywiania, palenia i nadmiernego spożycia alkoholu.

Niniejszy rozdział poświęcony jest prewencji i terapii chorób układu krążenia, gdyż to one od kilku dekad niezmiennie pozostają najczęstszą przyczyną zgonów w Polsce. Obserwowane od 7 lat, bardzo niekorzystne trendy w zakresie niedostatecznej kontroli czynników ryzyka oraz braku redukcji liczby zachorowań i zgonów, które są możliwe do uniknięcia, potrzebę dyskusji w tej dziedzinie wzmacniają.

Należy przy tym mocno podkreślić, że w związku ze starzeniem się społeczeństw liczba pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi istotnie się zwiększy. Zawał serca i udar mózgu pozostaną najczęstszą przyczyną zgonów w ciągu najbliższych 15-20 lat. Nawet jeśli pokonamy obecny kryzys i odwrócimy negatywne trendy, bezwzględna liczba chorych (tj. bez standaryzacji na wiek) z niewydolnością serca, migotaniem przedsionków i nabytymi wadami zastawkowymi: stenozą aortalną, niedomykalnością mitralną i niedomykalnością trójdzielną będzie systematycznie rosła.

Prewencja chorób sercowo-naczyniowych – znaczenie aktywności ruchowej i kontroli innych czynników ryzyka

W 1974 r., czyli 47 lat temu, Marc Lalonde – kanadyjski minister zdrowia wraz z ekspertami opierając się na twardych dowodach, wskazał, że 50-60% naszego stanu zdrowia zależy od stylu życia, a tylko 10-15% od medycyny naprawczej. Pozostałe główne determinanty „pól zdrowia” Lalonda to czynniki środowiskowe i genetyczne. Fakt ten, który Światowa Organizacja Zdrowia nazywa paradygmatem Lalonda, jest powszechnie znany w Polsce nie tylko wśród profesjonalistów medycznych, ale także przez polityków, społeczeństwo i media. Niestety, jak dotąd w żaden sposób nie wpłynęło to na bardzo dużą nierównowagę, jaką prócz krótkich epizodów z wdrażaniem dobrych projektów profilaktycznych obserwujemy w naszym kraju między niedocenianą prewencją a medycyną naprawczą od początku transformacji ustrojowej, tj. od lat 90. ubiegłego wieku.

Ciekawą, może nie tyle antynomię, co dysharmonię stanowi fakt, że w ostatnich 30 latach w naszym kraju przeznaczano oddzielnie środki na prewencję chorób układu krążenia i nowotworów. Tymczasem podstawą współczesnej wiedzy jest to, że brak aktywności fizycznej, zła dieta, papierosy i alkohol stanowią kluczowe czynniki prowadzące zarówno do chorób serca, jak i nowotworów. Strategia państwa w tym zakresie powinna być zatem zdecydowanie zintegrowana. A w dalszym ciągu tak nie jest – autonomiczne działania profilaktyczne zawarto w nowej Narodowej Strategii Onkologicznej, zaś odpowiednik kardiologiczny po okresie minimalnego finansowania w ostatniej dekadzie od roku został praktycznie wstrzymany.

Jak w kontekście niedostatecznej prewencji chorób niezakaźnych w Polsce można ocenić główne czynniki ryzyka, odnosząc się przede wszystkim do chorób serca i na-

czyń? Nikt nie kwestionuje, że aktywność ruchowa jest niezbędnym elementem prewencji sercowo-naczyniowej. Badania naukowe jednoznacznie wskazują, że regularny wysiłek fizyczny stanowi najskuteczniejszą i najtańszą metodę w zapobieganiu chorobom niezakaźnym.

Niestety, poziom aktywności fizycznej Polaków spadł wg niektórych badań aż o 20-30% w ostatnich latach. Są to dane pochodzące jeszcze sprzed twardego lockdownu. Raport Eurostatu z marca 2018 r. podawał, że podejmowanie przynajmniej raz w tygodniu aktywności fizycznej deklarowało 28% Polaków (nieco więcej niż w Portugalii, Grecji Rumunii i Bułgarii), ale było to daleko za europejską średnią wynoszącą 40%. Podejmowanie przez co najmniej 5 dni w tygodniu aktywności fizycznej podaje tylko 5% polskich obywateli, co daje wynik o 2 pkt procentowe niższy od średniej ogółu państw Unii Europejskiej. We wcześniejszym badaniu z 2015 roku Polska wśród krajów, które oceniły na zlecenie Komisji Europejskiej i Biura Regionalnego WHO dla Europy aktywność fizyczną, znalazła się pod tym względem na 24 miejscu. W grupie wieku 15 i więcej lat tylko 18% mieszkańców wypełniało zalecenia WHO i Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Powyższe fakty pokazują skalę zadań w zdrowiu publicznym wobec bardzo niskiej aktywności fizycznej Polek i Polaków.

Tak samo jak u dorosłych bardzo źle jest z aktywnością fizyczną u młodych Polaków. Aktywność fizyczną dzieci i młodzieży w naszym kraju oceniono w badaniu HBSC (the Health Behaviour in School-aged Children) realizowanym w 49 krajach na świecie u osób w wieku 9-17 lat w reprezentacyjnej dla danego kraju próbie szkół. Badania w latach 2017-2018 pokazały, że rekomendacje co do zalecanej aktywności fizycznej spełnia niecałe 16% polskich nastolatków, a odsetek ten systematycznie się obniża. Obecnie polska młodzież w wieku 11-15 lat spędza średnio ponad 2,5 godziny dziennie korzystając w różnych celach (filmy, nauka) z komputera i urządzeń mobilnych, oraz dodatkowo 1,5 godziny na gry komputerowe lub gry na konsoli. Tak duże zaniedbania w tym zakresie trudno usprawiedliwić. Aktywność fizyczna polskich dzieci i młodzieży jest po prostu groźna dla ich zdrowia w przyszłości.

Dlaczego ruch, który jest najtańszym i najskuteczniejszym lekiem zmniejszającym ryzyko-sercowo naczyniowe, jest tak rzadko zalecany przez lekarzy? Z jednej strony niemal w każdej karcie wypisowej na pierwszym miejscu w zaleceniach zaznaczone jest zachęcenie do aktywności fizycznej. Ale tak jak przy lekach podane jest dawkowanie, to w odniesieniu do wysiłku fizycznego pada najczęściej zdawkowe stwierdzenie: „wskazana aktywność fizyczna” lub bardziej szczegółowo, ale tajemniczo „wskazany umiarkowany wysiłek fizyczny przez większość dni w tygodniu”.

Pacjent tak naprawdę nie jest właściwie edukowany o znaczeniu aktywności fizycznej w zapobieganiu i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych. Uzyskanie dobrej wiedzy mogłoby stanowić podstawę motywacji pacjenta w przestrzeganiu przez niego zaleceń dotyczących aktywności fizycznej. Za rzadko aktywność fizyczna zalecana jest w opiece ambulatoryjnej. Najwyższy zatem czas na zmianę paradygmatu dotyczącego aktywności fizycznej w praktyce klinicznej. To najcenniejszy lek, który powinien być na receptę, tak jak traktują go lekarze w Skandynawii. Ruch na receptę pozwala na personalizację aktywności ruchowej – dostosowanie ilości i intensywności wysiłku do możliwości i potrzeb pacjenta. Wyobraźmy sobie, jak to powinno działać u osób z otyłością. Najpierw obiektywna ocena aktywności fizycznej (aktualnie wiele dostępnych

aplikacji mobilnych z użyciem opasek), a następnie określenie optymalnej aktywności przy uwzględnieniu potencjalnych przeciwwskazań.

Aktywność fizyczna i zdrowa dieta stanowią podstawę prawidłowego funkcjonowania organizmu. Niestety, również dane o odżywianiu Polaków są niedobre. Z dokumentów Organizacji Narodów Zjednoczonych do spraw Wyżywienia i Rolnictwa (FAO) wynika, że o ile w latach 90. zdecydowanie zwiększyliśmy spożycie tłuszczów nienasyconych oraz poprawiliśmy pożądaną relację spożycia tłuszczów nienasyconych do nasyconych, to w ostatnich 20 latach nie obserwujemy już żadnych istotnych zmian w tym zakresie.

Trzeba jednak przyznać, że w sprawach dotyczących diety praktyka często odbiega daleko od teorii, a ta ostatnia nierzadko jest pełna sprzeczności. Dotyczą one zawartości i proporcji węglowodanów, białka i tłuszczów, a nawet owoców i warzyw. Z kolei tym, co najbardziej utrudnia zmianę diety, jest fakt, że najczęściej to, co jest przyjemne dla smaku, nie jest dobre dla naszego zdrowia. Poczynając od ultraprzetworzonej żywności, rafinowanych cukrów, słodzików po alkohol.

Od 2003 r. notujemy też dramatyczny, jeden z najwyższych na świecie wzrostów spożycia alkoholu z 6,5 do ponad 11 litrów czystego spirytusu na głowę mieszkańca. Fakty te wskazują, że w sprawach dotyczących produkcji, handlu i spożycia napojów alkoholowych w ostatnich dwóch dekadach dużo większy wpływ mieli ministrowie finansów i rolnictwa niż minister zdrowia.

Najpewniej właśnie brak aktywności fizycznej, niezdrowa dieta, palenie papierosów oraz nadmierne spożycie alkoholu w największym stopniu składają się na zły stan zdrowia Polaków, dużo więcej zachorowań na choroby niezakaźne niż np. w Danii lub Szwecji oraz zatrzymanie się wzrostu długości życia. Wyżej wymienione czynniki ryzyka wywołują bowiem takie choroby jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, miażdżyca, zawały serca, udary mózgu, nowotwory, depresję i wiele innych.

Aktualnie głównym celem w zakresie zdrowia Polaków powinna być co najmniej 25-30% redukcja liczby zachorowań na choroby niezakaźne, by tym samym znacząco ograniczyć liczbę osób chorych na choroby serca i nowotwory. Jedyną możliwą i efektywną opcją może być tylko inwestycja w nowoczesną prewencję, tak by poprawił się styl życia naszych rodaków. Póki co, niestety, tak ważnych kroków nie ma. Być może trzeba w większym stopniu promować wśród polityków wypracowane dla Polski prognozy wskazujące, że wobec szybkiego starzenia się społeczeństwa i braku poprawy stylu życia podwójnie szybko będzie rosła liczba osób chorych, które z kolei będą chciały leczyć się nowoczesnie. Z jednej strony znaczny przyrost liczby ludzi starszych, a z drugiej brak redukcji zachorowalności może już w ciągu najbliższych 5-10 lat doprowadzić do kryzysu w wydatkach publicznych na zdrowie w naszym kraju.

Kardiologia naprawcza a prewencja wtórna

Wiara w kardiologię naprawczą ma swoje uzasadnienie, którego najlepszym przykładem jest udrożnienie zamkniętej tętnicy wieńcowej w świeżym zawałe serca. Cudowne uzdrowienie, którego poczucie ma większość pacjentów, wyjeżdżając z sali hemodynamicznej. Utwierdza to w nich często kardiolog, który dzieli się z pacjentem zado-

wolaniem z wykonanego przez siebie zabiegu. W efekcie u niektórych chorych powstaje przeświadczenie, że oto właśnie został cudownie uzdrowiony dzięki postępowi w kardiologii. Dotyczy to szczególnie pacjentów, u których zawał był pierwszym objawem choroby wieńcowej. Jest to prawda, gdyż szybkie udrożnienie tętnicy wieńcowej często ratuje choremu życie i zapobiega niewydolności serca. Jednocześnie jest to dość niebezpieczne zjawisko dla koniecznej do wdrożenia po takim zabiegu prewencji wtórnej. Przed kilku laty w szwedzkim badaniu ankietowym zapytano pacjentów, którzy byli leczeni inwazyjnie z powodu świeżego zawału serca, czy nadal są chorzy, czy już zdrowi. Prawie co drugi odpowiedział, że w tej chwili jest już zdrowy, traktując zawał serca jako incydent, który ma za sobą. Tymczasem dobrze wiemy, że najlepszy moment, który niestety nie jest właściwie wykorzystywany do poprawy zdrowia pacjenta dzięki kompleksowej prewencji wtórnej, to właśnie czas hospitalizacji i rehabilitacji kardiologicznej, czyli najwcześniejszy okres po świeżym zawałe serca. W tym czasie pacjent jest bardziej podatny na modyfikację swojego stylu życia, poprawę kontroli czynników ryzyka i przestrzeganie naszych zaleceń. Do tych najważniejszych należy regularna aktywność fizyczna, rzucenie palenia papierosów, redukcja stężenia LDL-cholesterolu dzięki diecie i przyjmowaniu statyn oraz leków przeciwplatektywnych.

Prawda, że lepiej jest zapobiegać niż leczyć, była głoszona już XVI w. Dlatego nawet najbardziej skuteczne leczenie naprawcze, które nie jest połączone z prewencją wtórną, należy uznać za błąd w sztuce. W ostatnich latach, przed pandemią COVID-19, w wielu krajach (w tym w Polsce) przeprowadzono analizy za pomocą nowoczesnego modelu IMPACT, w ramach którego oceniano, jakie czynniki wpłynęły na zmniejszenie umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego w latach 90. XX w. oraz na przełomie XX i XXI w. Wszystkie te badania wykazały, że głównym czynnikiem było ograniczenie palenia papierosów i zmiany w żywieniu z redukcją poziomu cholesterolu-LDL, natomiast w terapii leczenie niewydolności serca i wprowadzenie statyn.

Leczenie szpitalne vs. leczenie ambulatoryjne

Dzięki postępowi w diagnostyce i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych coraz więcej świadczeń medycznych można wykonywać ambulatoryjnie lub w drodze pobytów dziennych, co znacznie skraca czas i koszty hospitalizacji. Niestety, w kardiologii, podobnie jak i w innych dziedzinach klinicznych, utrzymuje się archaiczny system hospitalizacji chorych w celu przeprowadzenia zabiegów i badań, które współcześnie z powodzeniem mogą być wykonywane w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym. Taka przestarzała struktura udzielania świadczeń w szpitalach zwiększa koszty, a w efekcie zmniejsza dostępność do nowoczesnych terapii.

Pandemia COVID-19 pokazała dobitnie, jak potrzebna jest zmiana modelu udzielania świadczeń z trybu szpitalnego na ambulatoryjno-domowo-szpitalny. Doświadczenia z pandemii powinny stać się bodźcem do wprowadzenia zmian w takim właśnie kierunku. W odniesieniu do kardiologii większość badań diagnostycznych takich jak echokardiografia przezprzełykowa, tomografia komputerowa serca i rezonans magnetyczny serca można bezpiecznie wykonywać w warunkach ambulatoryjnych. Dlatego

należy jak najszybciej stworzyć warunki i zachęty ekonomiczne dla wykonywania ich bez hospitalizacji. Jednocześnie niektóre z diagnostycznych badań inwazyjnych można u części chorych zastąpić badaniami nieinwazyjnymi: np. inwazyjną koronarografię – nieinwazyjną koronarografią tętnic wieńcowych, a echokardiografię przezpręłykową – tomografią serca. Podobnie jest z zabiegami takimi jak: zabieg angioplastyki wieńcowej, ablacji w zaburzeniach rytmu serca oraz wszczepienia i wymiany stymulatora lub kardiowertera-defibrylatora, które u stabilnych pacjentów mogą być obecnie wykonywane w trybie jednodniowych hospitalizacji lub nawet ambulatoryjnie. Zdalna kontrola wszczepialnych stymulatorów i defibrylatorów powinna stać się standardem i zastąpić kontrole stacjonarne w ośrodkach kardiologicznych.

Zarządzanie ryzykiem sercowo-naczyniowym – czy to jest możliwe?

Czy możliwe jest zarządzanie swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym? Termin zarządzania stał się bardzo modny w odniesieniu do praktycznie każdej dziedziny naszego życia. Każdy z nas zmuszony jest zarządzać swoimi finansami. A jak to wygląda w odniesieniu do naszego ryzyka sercowo-naczyniowego, zwłaszcza wtedy, kiedy nie doszło do wystąpienia choroby serca? Dla przypomnienia, proces zarządzania ryzykiem składa się z czterech podstawowych kroków: identyfikacja ryzyka, ocena ryzyka, działania ograniczające ryzyko oraz monitorowanie ryzyka.

W kardiologii klasyczne, od dawna zdefiniowane czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego można podzielić na te, które są modyfikowalne, jak palenie tytoniu, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, cukrzyca i otyłość, i te, które są poza możliwościami ingerencji, jak wiek, płeć czy czynniki genetyczne. W ostatnich latach coraz większe znaczenie zaczyna przywiązywać się do tzw. nieklasycznych czynników ryzyka, takich jak zanieczyszczenie powietrza, status socjalno-ekonomiczny, zaburzenia erekcji, przewlekłe choroby zapalne czy bezdech senny. Ocenę ryzyka można wykonać na podstawie czynników ryzyka klasycznych, nieklasycznych, genetycznych, biomarkerów, badań obrazowych, ale tak jak w każdej dziedzinie medycyny pożądanym byłoby, żeby było to badanie proste, możliwe do powszechnego zastosowania, wiarygodne i tanie, czyli efektywne kosztowo.

W ocenie ryzyka sercowo-naczyniowego nie można się posługiwać jednym czynnikiem ryzyka, dąży się do globalnej oceny ryzyka sercowo-naczyniowego. Istnieje prosta skala, którą od ponad 15 lat stara się wdrożyć Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne – jest to karta ryzyka SCORE. Jest to ocena ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego u osób bez choroby sercowo-naczyniowej. Oparta jest na prostych elementach: płci, wieku, paleniu papierosów, skurczowym ciśnieniu tętniczym i stężeniu cholesterolu. Ta karta pozwala ocenić ryzyko zgonu sercowo-naczyniowego w ciągu 10 lat. Z kolei łączne ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, a więc wystąpienie poza zgonem, zawału serca lub udaru mózgu jest 3-krotnie większe. Ryzyko zgonu w skali SCORE jest bardzo wysokie, jeśli przekracza 10%. Przy niskim ryzyku niezbędna jest modyfikacja czynników ryzyka i ocena za następne 5 lat, w razie wysokiego ryzyka –

intensyfikacja działań diagnostycznych, wykonanie lipidogramu, ocena zaburzeń węglowodanowych i działania terapeutyczne.

Jak w praktyce zarządzać swoim ryzykiem sercowo-naczyniowym?

Należy monitorować bilans energetyczny, dokonywać codziennego rachunku aktywności ruchowej, spożytej ilości kalorii, znać swoje ciśnienie tętnicze, lipidogram, glikemię, obwód w pasie, znać swoje ryzyko w skali SCORE i mieć na tej podstawie „plan wsparcia serca”, korzystając z narzędzi, które są dostępne.

Obecnie prawie każdy Polak ma smartfon, który pozwala na ocenę parametrów medycznych, w tym kardiologicznych. Dzięki aplikacjom medycznym możemy się wynikami naszych badań dzielić ze swoim lekarzem, rodziną, innymi pacjentami i mediami. Jednocześnie można korzystać z różnego rodzaju systemów eksperckich, istnieją już obecnie wiarygodne aplikacje do wykrywania zaburzeń rytmu serca, migotania przedsionków. Dostępne są więc proste i łatwe techniki, które pozwalają na ocenę ryzyka sercowo-naczyniowego, a jednocześnie umożliwiają skuteczną własną indywidualną prewencję chorób sercowo-naczyniowych. Coraz więcej badań naukowych mówi, że takie postępowanie jest skuteczne.

Prewencja populacyjna

Droga do prewencji w zdrowiu publicznym, a więc działaniach populacyjnych, prowadzi przez media, miejsce pracy, szkołę, uczelnię, rodzinę i bliskich oraz miejsce, w którym żyjemy. Dopiero wtedy możemy mówić o pełnym oddziaływaniu. We własnych wspomnieniach z nostalgią wracamy do niezwykle udanego i docenionego przez ekspertów na świecie ogólnopolskiego projektu naukowego i edukacyjnego – Polskiego Projektu 400 Miast skierowanego do małych gmin, oraz projektu edukacji prozdrowotnej społeczeństwa Polkard-Media realizowanych w ramach Narodowego Programu POLKARD (Program Prewencji i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego) w latach 2003-2008. Później już nie udało się uzyskać finansowania dla realizacji modelowego, kompleksowego programu interwencyjnego prewencji chorób naczyniowo-sercowych rozwijających się na podłożu miażdżycy tętnic w gminach średniej wielkości. Zależało nam, by były to zarówno działania populacyjne, jak i te skierowane do ludzi z grupy wysokiego ryzyka. Niestety, program ten nie został wdrożony, a Pułtusk nie stał się polską Ferrarą.

Monitorowanie stanu zdrowia ludności wymaga szybko gromadzonych i dobrej jakości danych

Nieodłącznym partnerem i warunkiem efektywnej prewencji jest dobre monitorowanie stanu zdrowia ludności. W dobie medycyny opartej na faktach (*evidence based medicine* – EBM) polityka zdrowotna w nowoczesnym państwie powinna być prowadzona w sposób racjonalny, a więc wynikający z dokładnej oceny sytuacji epidemiologicznej, która niekiedy szybko się zmienia.

Tymczasem na marginesie opisanego na początku rozdziału bardzo niekorzystnego trendu zatrzymania się wydłużania życia w Polsce warto dodać, że bardzo trudno jest przeprowadzić precyzyjne analizy z powodu złej jakości kodowania przyczyn zgonów w naszym kraju. Z tego względu Światowa Organizacja Zdrowia wyłączyła Polskę z międzynarodowych porównań szczegółowych przyczyn zgonów, oceniając dla naszego kraju jedynie choroby serca i naczyń zgrupowane razem. Już 9 lat temu w specjalnych publikacjach wskazywaliśmy, że jakość systemu kodowania zgonów, który prowadzi GUS, jest z powodu niedofinansowania niedostateczna. W ostatnich latach Ministerstwo Zdrowia próbuje to naprawić, ale do dzisiaj nie ma tego efektów.

Wskaźniki zdrowotne Polaków zarówno odnoszące się do chorób serca i naczyń, jak i do chorób niezakaźnych ogółem jeszcze przed pandemią wskazały, że znajdujemy się w obliczu dużego deficytu środków na ochronę zdrowia. Można temu zapobiec przez zdecydowane wzmocnienie zdrowia publicznego. Jest to jednak zadanie bardziej dla polityków niż dla lekarzy – w końcu to państwo odpowiada za zdrowie publiczne. Z kolei pandemia COVID-19 ujawniła nie tylko w Polsce liczne zaniedbania i niedoinwestowanie w zakresie chorób zakaźnych. System informacyjny działał tylko fragmentarycznie, wyraźnie brakowało integracji baz danych różnych państwowych instytucji. W efekcie w niektórych ważnych międzynarodowych analizach w czasie pandemii Polska w ogóle nie brała udziału (np. w European Mortality Monitoring – EuroMOMO), bo ze zbyt dużym opóźnieniem zbierano i łączono dane o zachorowaniach i zgonach. Duże braki w systemie informacyjnym i niedostateczny poziom monitorowania zdrowia stanowią, wobec ewidentnej potrzeby realizacji racjonalnej, a więc opartej na faktach polityki zdrowotnej, jedną z kluczowych antynomii w polskim systemie ochrony zdrowia.

Podsumowanie

Wymiar antynomii w zakresie prewencji i terapii na początku wygląda dość niewinnie – wyraża się tym samym celem różnych grup, czyli redukcją liczby zgonów i poprawą jakości życia. Jednak metody osiągnięcia tego celu są niejednokrotnie rozbieżne. Jedni chcą osiągnąć to dzięki medycynie naprawczej, inni poprzez promocję prozdrowotnego stylu życia. Bardzo różne są uwarunkowania medyczne, psychologiczne i finansowe oraz atrakcyjność tych działań. Dlatego powinny się one uzupełniać, a nie stać w sprzeczności. Istotne zatem staje się redukcowanie tych antynomii poprzez szereg działań edukacyjnych, technologicznych i organizacyjnych. Z drugiej strony działania takie i nowa struktura nakładów finansowych napotkać może na szereg kontrreakcji.

Dwa podstawowe hamulce tego procesu to sprzeczność interesów i partykularyzmów branżowych czy zawodowych oraz po prostu brak odpowiednich kompetencji. I chociaż udowodnione korzyści ekonomiczne z promocji tak zwanego zdrowego stylu życia są coraz większe, to dotąd nie przekładały się one w dostateczny sposób na decyzje polityków i realizację odpowiednich programów.