



CZY TO SIĘ OPŁACA?

Mgr Paulina Józwiak
Katedra Profilaktyki Zdrowotnej
Uniwersytet Medyczny im. Karola
Marcinkowskiego w Poznaniu

**PROMOCJA ZDROWIA
POWSTAŁA W WYNIKU
EKONOMICZNYCH
KALKULACJI ZMNIEJSZA
KOSZTY MEDYCYNY
NAPRAWCZEJ**



W 2005 r. przewlekłe choroby niezakaźne odpowiedzialne były za 72% utraconych zdrowych lat życia (DALYs) w populacji osób powyżej 30 r.ż., w czym same choroby układu krążenia miały swój udział w 20%.

Przewlekłe choroby niezakaźne stanowią ogromne obciążenie dla budżetu państw.

Koszty pośrednie i bezpośrednie związane z ich rozpowszechnieniem stale rosną.

Dla przykładu w USA szacowane koszty nowotworów w 1993 r. wynosiły około 107 mld dolarów a w 2003 r. przekraczały one wartość 189 mld dolarów. Według danych UK Office of Health Economics z 2003 r. koszty leczenia nowotworów w Wielkiej Brytanii wzrosły z 1384 mln funtów w 1991 r. do 2105 mln funtów w 2000 r.

Koszty związane z leczeniem otyłości i chorób współistniejących wynoszą od 1% do 5% budżetu przeznaczonego na opiekę zdrowotną.

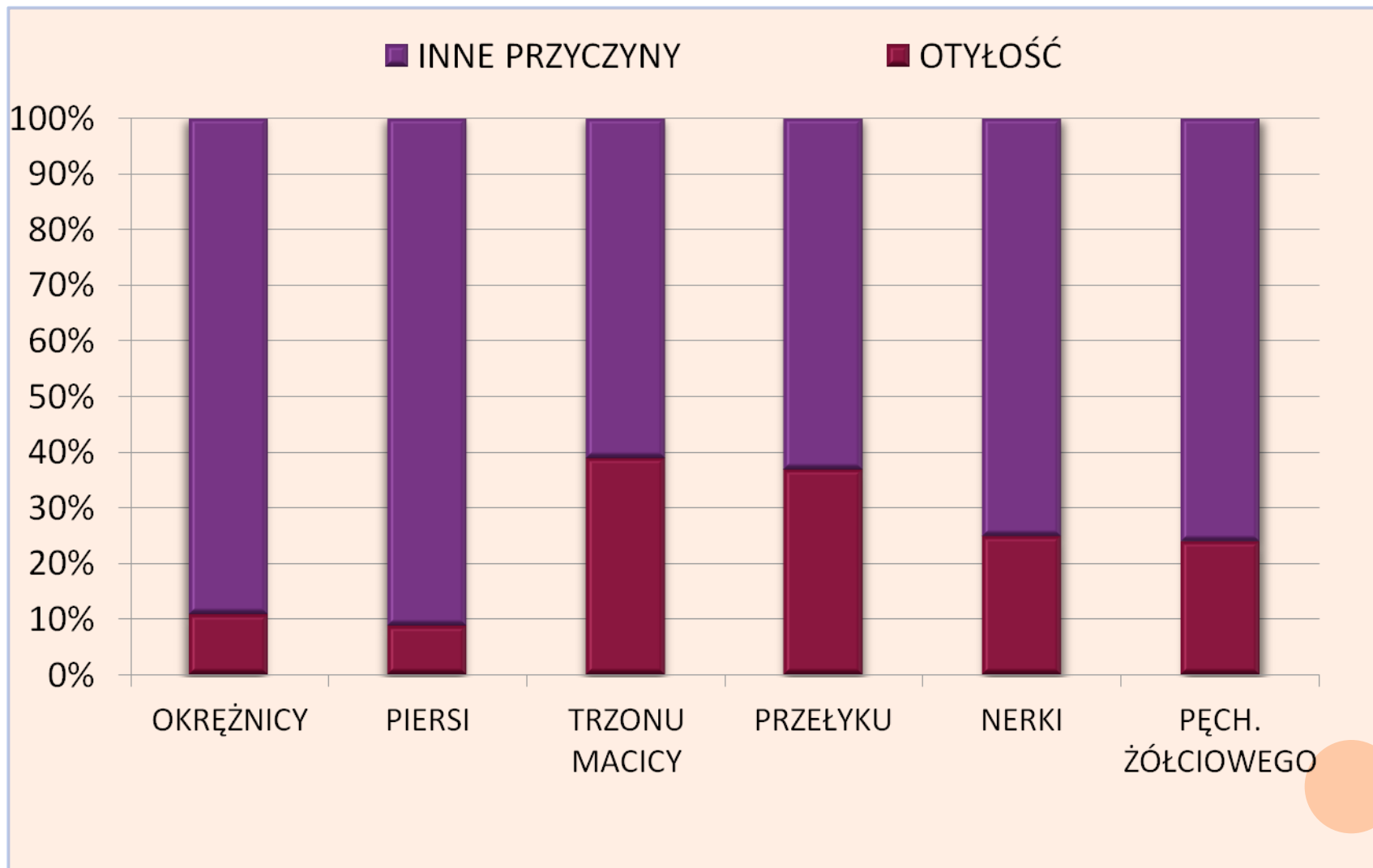
Wydatki na leki osób z BMI powyżej 35 kg/m² są dwukrotnie wyższe niż osób o BMI 20-25 kg/m².

Największy udział w zwiększeniu kosztów leczenia osób z otyłością miały wydatki związane ze stosowaniem leków na nadciśnienie, cukrzycę i choroby układu krążenia.

W USA w 2000 r. koszty związane z leczeniem osób otyłych wynosiły 117 milionów dolarów.



Otyłość jest przyczyną rozwoju różnych typów nowotworów:



Prowadzone w Polsce badania Screen-Pol, dotyczące czynnego poszukiwania cukrzycy, wykazały, że schorzenie to występuje znacznie częściej u osób z nadwagą i otyłością.

Nadmiar tkanki tłuszczowej w obrębie jamy brzusznej przyspiesza bowiem rozwój cukrzycy poprzez większe generowanie insulinooporności i nadprodukcję kwasów tłuszczowych.

Podobna zależność występuje przy nadciśnieniu tętniczym. Jak wynika z badań prowadzonych przez Framinghama, nadciśnienie tętnicze występuje u 70 proc. otyłych mężczyzn i 61 proc. otyłych kobiet.

Dodatkowo każde 5 kg nadwagi powoduje podwyższenie ciśnienia tętniczego skurczowego o 4,5 mm Hg. Badania przeprowadzone w uSA dowiodły, że na jedno z powikłań towarzyszących otyłości cierpi aż 80 proc. chorych, a na kilka - 40 proc.

W badaniu CODIP (Cost of Diabetes Type 2 in Poland) przeprowadzonym w 2002 r. oceniono skutki ekonomiczne **cukrzycy typu 2**. Całkowite koszty bezpośrednie, do których zaliczono koszty wizyt u lekarzy, testów i zabiegów, koszty hospitalizacji oraz leków oceniono średnio na 2430 zł na jednego pacjenta. Natomiast koszty pośrednie (w tym koszt wcześniejszych emerytur i rent oraz koszt opieki ze strony osób trzecich) obliczono na 6797 zł na pacjenta na rok.



Palenie

W krajach rozwiniętych 25-30% wszystkich zgonów z powodu nowotworów ma związek z paleniem tytoniu

Po zaprzestaniu palenia ryzyko tego typu nowotworów szybko się zmniejsza

Dym tytoniowy wydychany przez palaczy wymusza bierne palenie na otoczeniu





NOWOTWORY

Genetycznym lub rodzinnym skłonnościom nowotworowym można zapobiegać trzymając się zalecanych zachowań zdrowotnych

Częste określenie nowotworów: **Man Made Diseases**- schorzenia wyprodukowane przez człowieka

Nawet do 90% nowotworów wynika z naszego stylu życia, nawyków żywieniowych, miejsca pracy i zamieszkania czy zachowań społeczno-kulturowych.



Północna Karelia



PROJEKT PÓŁNOCNOKARELSKI

* PRZYKŁAD MODELOWEGO PROJEKTU PZ W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ *

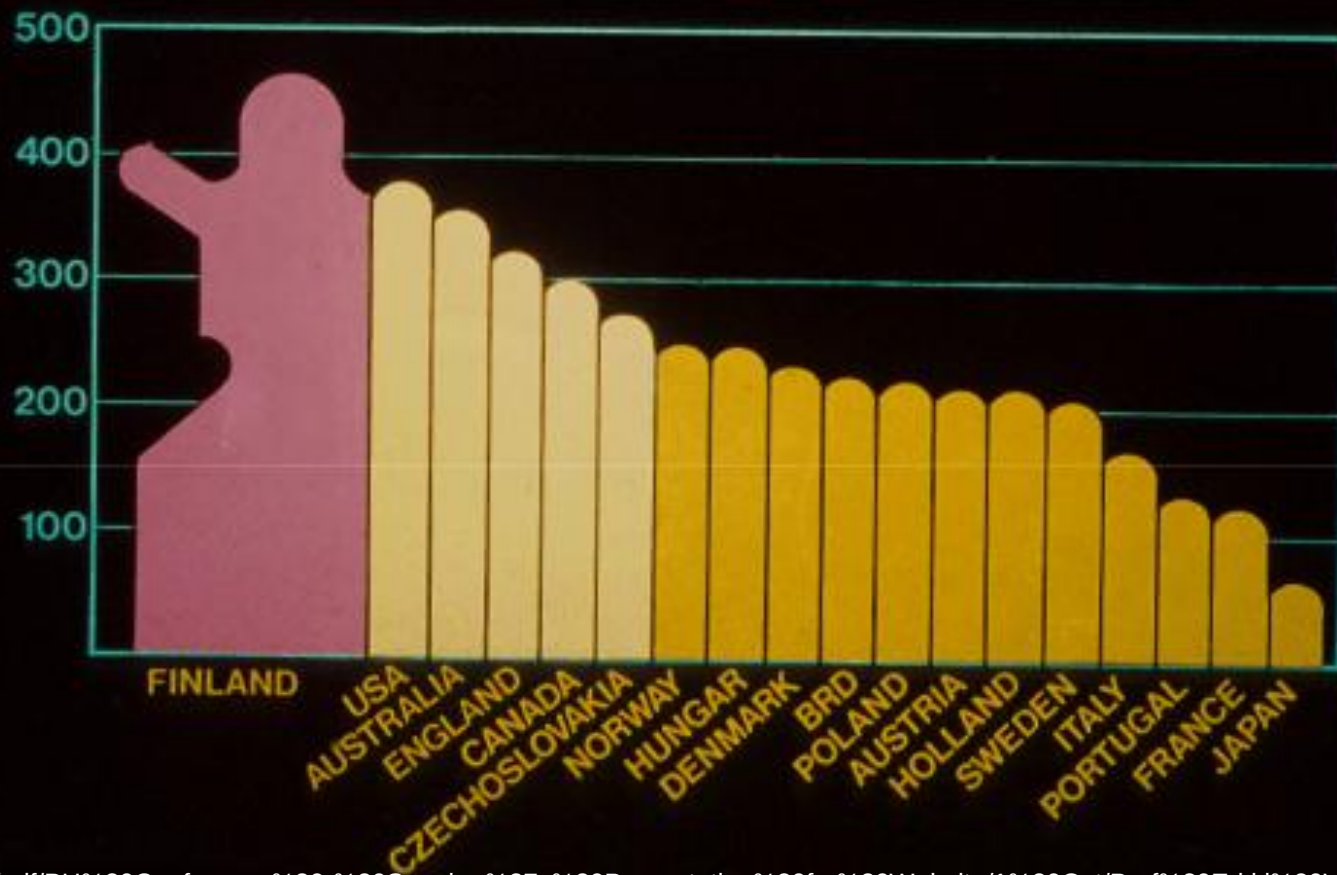
- 1972-1977, Północna Karelia (Finlandia)
- Gł. Przyczyna przedwczesnej umieralności – ChUK
- Grupa nacisku -> petycja do rządu, MZ, Fińskiej Akademii Nauk i Finnish Heart Association
- Pierwszy projekt adresowany i oparty na współpracy ze społecznością lokalną
- Działania interwencyjne prowadzone równolegle na obu poziomach – krajowym i lokalnym





MORTALITY RATES OF ISCHAEMIC HEART DISEASE AMONG MEN IN SELECTED COUNTRIES

CHD mortality
per 100.000 men in 1973



Podstawowe zachowania wynikające ze stylu życia wymagające zmian

- **Palenie tytoniu**
- **Dieta (tłuszcz i cukier)**
- **Ciśnienie tętnicze**
- **Otyłość**
- **Alkohol**



CEL

PROJEKT PÓLNOCNOKARELSKI

- Zmniejszenie umieralności z powodu ChUK mieszkańców Pł. Karelii
- Po 1982 r. także promowanie zdrowia w społeczności lokalnej

Cele pośrednie

- Zredukowanie poziomu gł. czynników ryzyka
- Rozwój prewencji II stopnia
- Zmiana stylu życia
- Walka z nałogiem tytoniowym + zmiana nawyków żywieniowych

Grupa docelowa

- Najpierw mężczyźni w średnim wieku, potem dzieci i młodzież oraz ludzie starsi.

DZIAŁANIA

PROJEKT PÓLNOCNOKARELSKI

- Informacja skierowana do ogółu ludności (prasa, radio, tv, materiały edukacyjne, kampanie masowe)
- Reorganizacja POZ i innych placówek służby zdrowia, szkół, ośrodków pomocy społecznej
- Szkolenie personelu medycznego i lokalnych liderów
- Projekty: antytytoniowy, żywieniowy, dot. nadciśnienia, choroby wieńcowej, zawału serca; potem także dot. aktywności fiz., redukcji nadwagi, propagowania umiarkowanego picia alkoholu, uczenie radzenia sobie ze stresem.
- North Karelia Cholesterol Project, Stop Smoking, Smoke-Free Karelia, North Karelia Berry Project, North Karelia Youth Projects.



INNOWACYJNE ROZWIĄZANIA

PROJEKT PÓLNOCNOKARELSKI

- Zaangażowanie do współpracy służby zdrowia
- Projekt kontroli nadciśnienia
- Szkolenie personelu
- Działalność wydawnicza
- Programy w zakładach pracy
- Programy w tv
- Współpraca z organizacją MARTTA
- Współzawodnictwo w obniżaniu poziomu cholesterolu
- Projekt jagodowy
- Współpraca z producentami żywności i supermarketami



Mortality changes in North Karelia in 1970-1995
(per 100 000, 35-64 years, men, age adjusted.)

	Rate in 1970	Change in 1970-1995
All causes	1 509	-49 %
All cardiovascular	855	-68 %
Coronary heart disease	672	-73 %
All cancers	271	-44 %
Lung cancers	147	-71 %



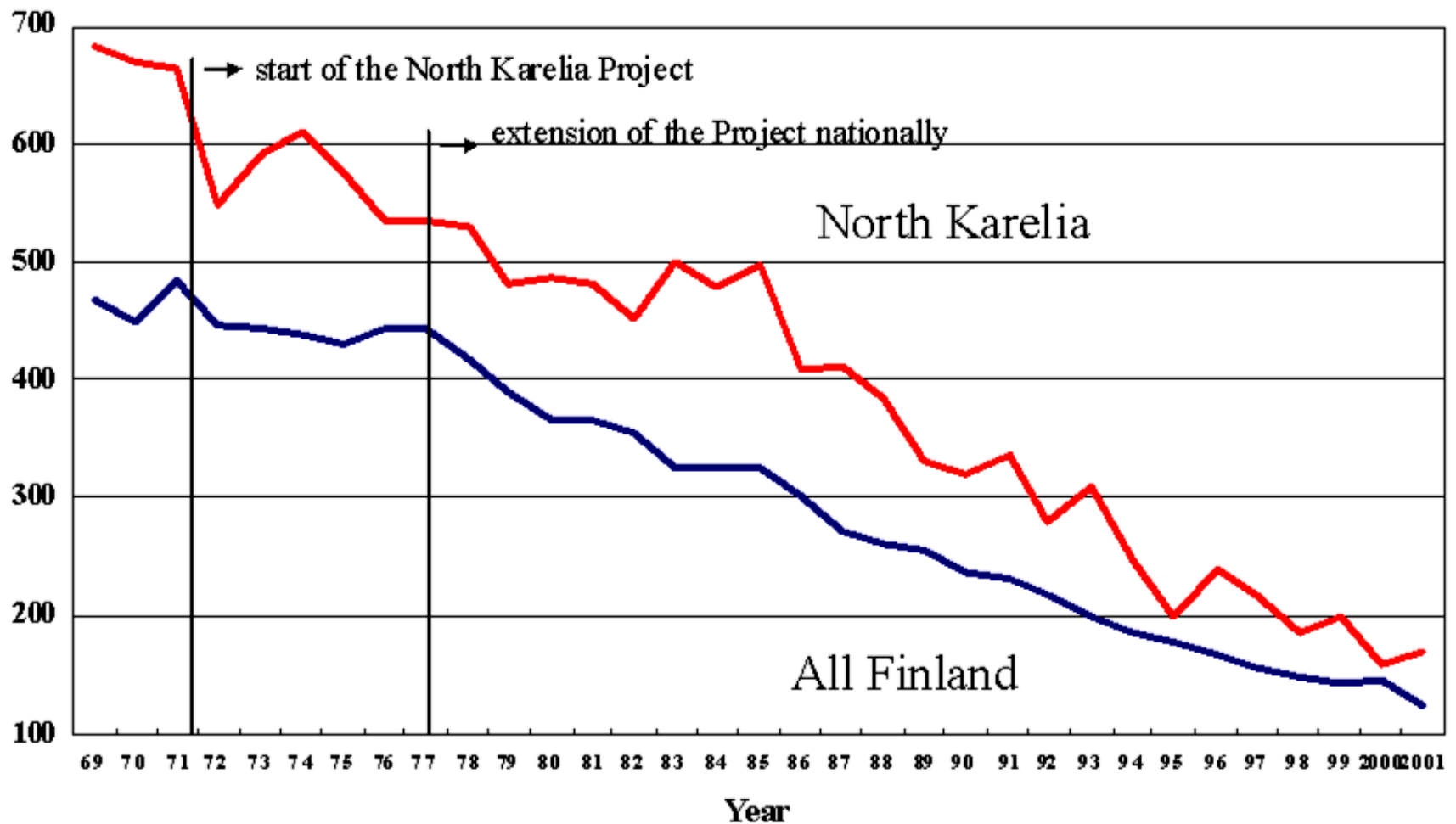
Table 2: Mortality changes in North Karelia (per 100 000) among men aged 35 to 64 years

	1969-1971	2006	Change
All causes	1 509	572	-62%
All cardiovascular	855	182	-79%
Coronary heart disease	672	103	-85%
All cancers	271	96	-65%
Lung cancers	147	30	-80%

Table 1: Main risk factors in North Karelia between 1972 and 2007 among men and women aged 30 to 59 years

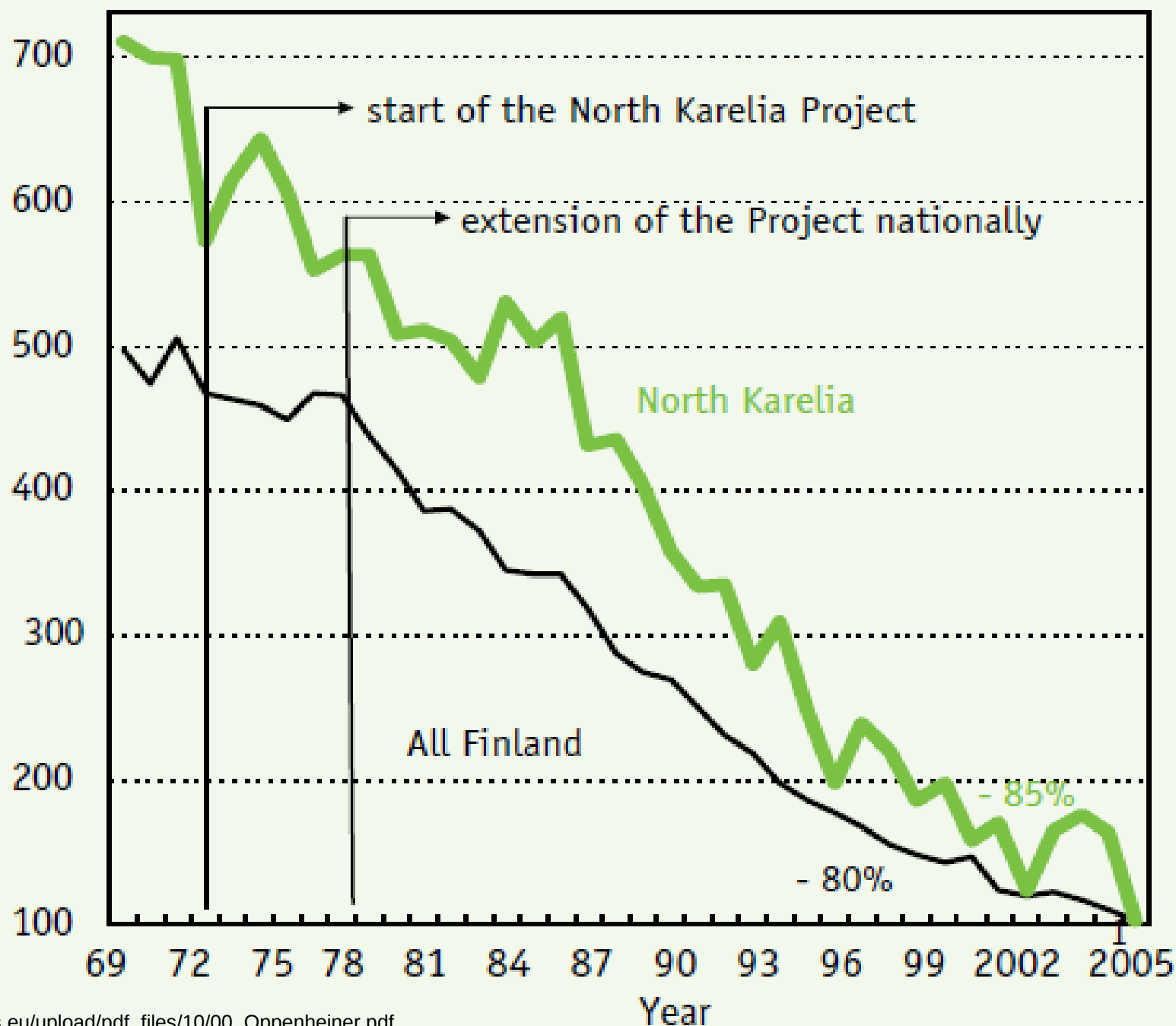
Year	Men			Women		
	Smoking (%)	Serum cholesterol (mmol/l)	Blood pressure (mmHg)	Smoking (%)	Serum cholesterol (mmol/l)	Blood pressure (mmHg)
1972	52	6.9	149/92	10	6.8	153/92
1977	44	6.5	143/89	10	6.4	141/86
1982	36	6.3	145/87	15	6.1	141/85
1987	36	6.3	144/88	16	6.0	139/83
1992	32	5.9	142/85	17	5.6	135/80
1997	31	5.7	140/84	16	5.6	133/80
2002	33	5.7	137/83	22	5.5	132/78
2007	31	5.4	138/83	18	5.2	134/78

Coronary heart disease mortality in all Finland and in the province of North Karelia 1969-2002 (men, aged 35-64)



Age-adjusted mortality rates of coronary heart disease in North Karelia

Mortality
per 100 000
population



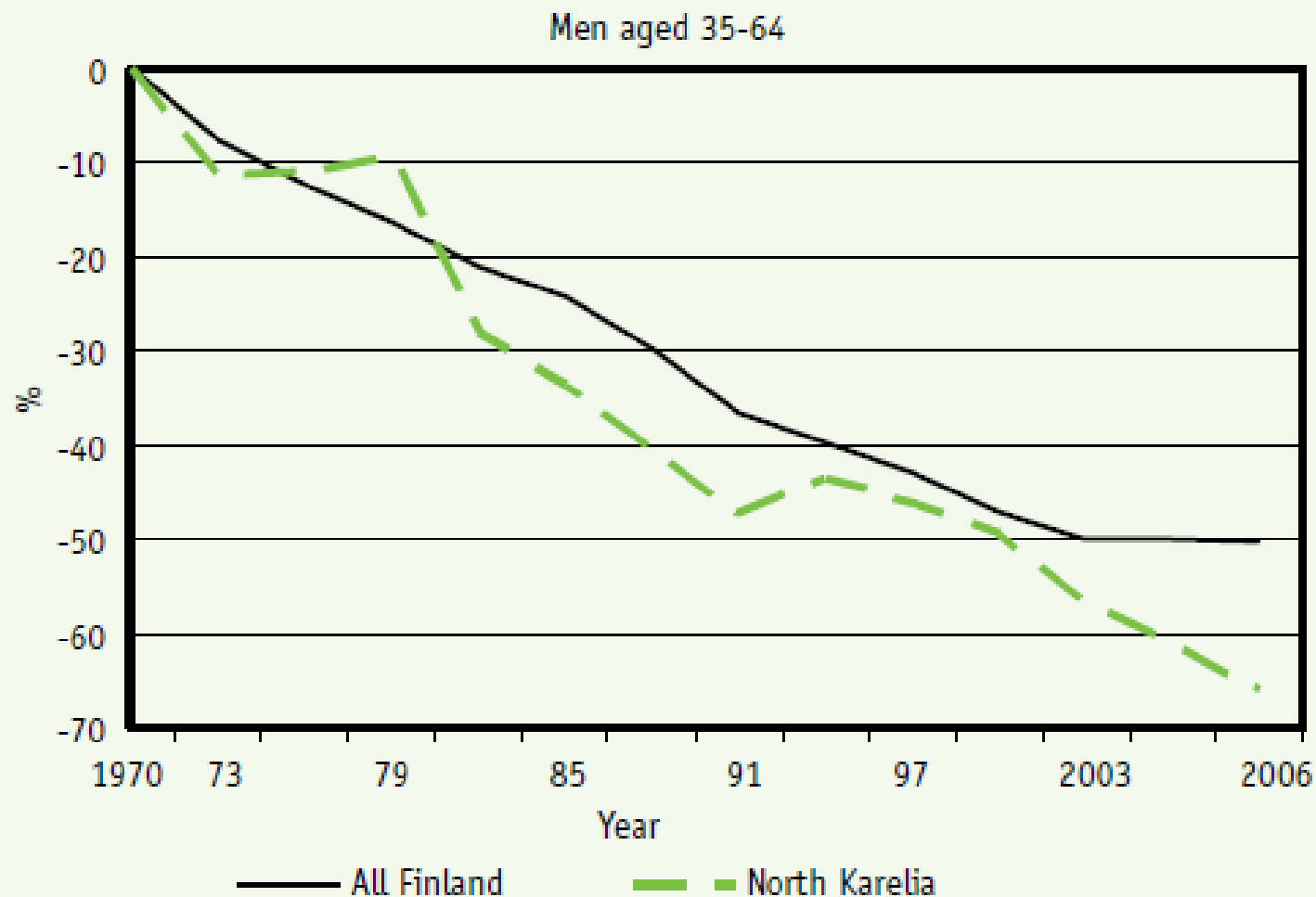


Figure 5. Decline in cancer mortality in Finland and in North Karelia between 1970 and 2006 (men aged 35-64).

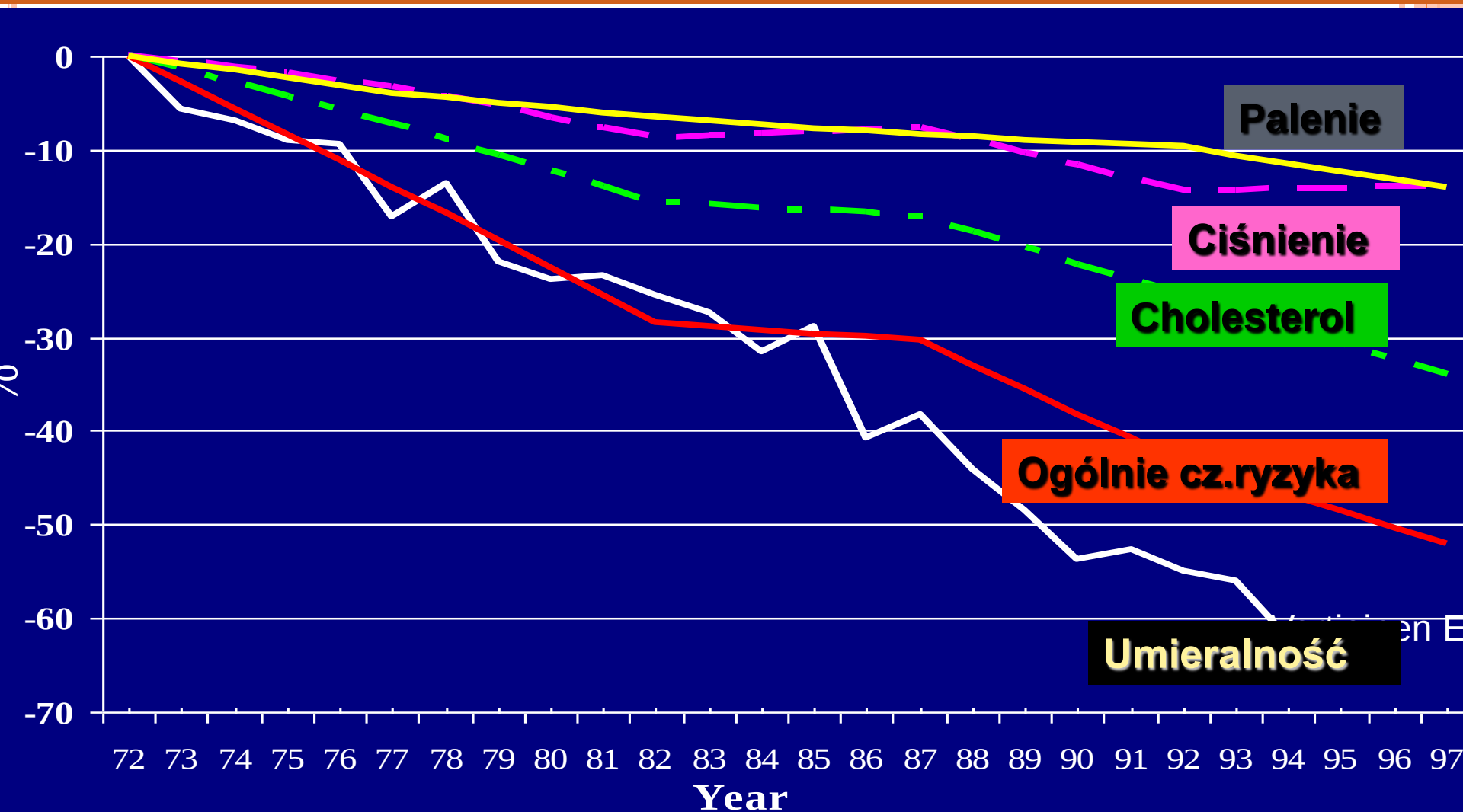
Do 1995 r. roczna umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca wśród mężczyzn w Finlandii została zredukowana o 65%.

W tym samym czasie umieralność z powodu raka płuc została również zredukowana o ponad 70% w Północnej Karelii i prawie 60% w całej Finlandii.

Table 2. Age-adjusted mean annual mortality rates (per 100.000) in 1969-71 and in 2006 in all of Finland and in North Karelia and respective changes among the 35-64 year old male population.

Mortality	All Finland	North Karelia
All Causes		
1969-71	1328	1567
2006	583	572
% Change	-56	-63
Cardiovascular diseases		
1969-71	680	892
2006	172	182
% Change	-75	-80
Ischaemic heart disease		
1969-71	489	701
2006	103	103
% Change	-79	-85
Cerebrovascular disease		
1969-71	98	93
2006	26	29
% Change	-73	-69
Cancer		
1969-71	262	288
2006	124	96
% Change	-53	-67
Violent causes		
1969-71	202	226
2006	145	144
% Change	-28	-36

Procentowe zmiany czynników ryzyka chorób ukł. krążenia wśród mężczyzn w wieku 35-64 w ramach projektu fińskiego



REKOMENDACJE NORTH KARELIA PROJECT

- Podnieść poziom i dostępność służb zajmujących się prewencją
- Dostarcz wiedzę
- Motywuj do zmiany
- Szkol w celu podniesienia umiejętności radzenia sobie samemu
- Zapewnij wsparcie społeczne, aby pomóc kontynuować ludziom zapoczątkowane działanie
- Przeprowadź zmiany w otoczeniu
- Mobilizuj społeczność do szeroko zakrojonych zmian



BARIERY W SPOŁECZNOŚCIACH LOKALNYCH !

- Nie docenianie problemu
- Niski poziom integracji społeczności
- Brak wykwalifikowanej kadry
- Brak wsparcia ze strony samorządów lokalnych dla działań wypracowanych przez społeczności lokalne



POTENCJAŁ KRYJE SIĘ W PROFILAKTYCE I PROMOCJI ZDROWIA



MODEL INTERWENCJI SPOŁECZNEJ

Podejście: od ludzi do problemu

I etap: ktoś „ważny” zachęca ludzi do identyfikacji własnych problemów i potrzeb

II etap: ludzie określają, jaki problem jest dla nich ważny i chcieli by go sami rozwiązać. Osoba „ważna” wspiera ludzi w rozwiązywaniu ich własnego problemu.



INFRASTRUKTURA DLA PROMOCJI ZDROWIA I PREWENCJI CHORÓB W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ

Ogół zasobów ludzkich i materialnych, struktur organizacyjnych i administracyjnych, strategii oraz przepisów niezbędnych do prowadzenia systematycznych, długofalowych i wielosektorowych działań z zakresu promocji zdrowia i prewencji chorób



OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

- **Problem zdrowotny**
- **Epidemiologia**
- **Populacja podlegające jednostce samorządu terytorialnego**
- **Dostępne, finansowane ze środków publicznych**
- **Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**



EPIDEMIOLOGIA

- krótkie przedstawienie **następstw choroby lub stanu zdrowia**, którego dotyczy program i jego znaczenia dla zdrowia obywateli w tym informacja, czy leczenie choroby jest uznawane za priorytet zdrowotny.
- wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych



POZIOMY SZUKANIA DANYCH EPIDEMIOLOGICZNYCH

Dane lokalne (poziom gminy, powiatu, województwa)



Dane krajowe



Dane światowe



DANE LOKALNE (POZIOM GMINY, POWIATU, WOJEWÓDZTWA)

POZ

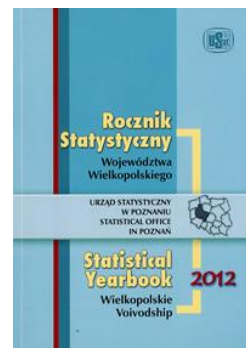
Raporty na podstawie danych

Centrum Onkologii

Strona sfinansowana ze środków Ministra Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych
z zadania *Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach*



Statystyka Medyczna- Stan zdrowotny ludności



DANE KRAJOWE



Ministerstwo Zdrowia



Choroby zakaźne, zakażenia i zatrucia
Chorobowość szpitalna
Raport Stan zdrowia ludności 2008r.



Zgony wg przyczyn
Choroby weneryczne, choroby zakaźne i zatrucie,
Zarejestrowani w poradniach dla osób z zaburzeniami
psychicznymi, poradniach odwykowych, uzależnienie od
alkoholu,



DANE ŚWIATOWE



WSPÓŁCZYNNIKI

- **Współczynnik zachorowalności** = liczba osób, które zachorowały w określonym przedziale czasu / suma okresów czasu, kiedy każda osoba z populacji jest narażona $\times 1000$
- **Współczynnik chorobowości** = liczba osób z daną chorobą na danym obszarze w określonym czasie / liczba osób narażonych na zachorowanie $\times 1000$
- **Współczynnik umieralności** = liczba zgonów ogółem w danym czasie / liczba ludności narażona na ryzyko zgonu w danym czasie $\times 1000$



WSKAŹNIK

- **Śmiertelność** = liczba zgonów z powodu choroby w określonym czasie / liczba stwierdzonych przypadków tej choroby w tym samym okresie czasu $\times 100\%$



Powinniśmy także pamiętać, że **prewencja pierwotna**, unikanie czynników ryzyka to działania najważniejsze.

