

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Strategie prevence v péči o zdraví Liberecka



**PROJEKT
ZDRAVÍ
Liberecka**

Základ zdravotní politiky okresu Liberec
v oblasti prevence

Bauerová Iva

Národní program zdraví ČR

Obsah :

- I. Obecná část
- II. Životní styl: výživa
- III. Životní styl: tělesná aktivita
- IV. Zdravotní rizika : kouření
- V. Skupiny nemocí: prevence kardiovaskulárních onemocnění
- VI. Skupiny nemocí: prevence diabetes mellitus

Barevné členění

- *barva bílá - obecná východiska*
- *barva modrá - plán na období 1995-97*
- *barva lososová - praktické postupy pro lékaře*

Řídící výbor projektu

Bauerová Iva - člen správní rady VZP

MUDr. Drašnarová Radka - *priv. zubní lékař, člen zastupitelstva OÚ Vratislavice*

MUDr. Jirkovský Leoš - *praktický lékař*

MUDr. Klimovičová Alena - *prim. diabetologického centra , tajemník OSL ČLK*

MUDr. Kubr Zdeněk - *ředitel nemocnice Liberec*

MUDr. Lamač Jaroslav - *okresní zdravotní rada*

MUDr. Samek Miroslav - *praktický dětský lékař, člen městského zastupitelstva*

MUDr. Šoltysová Tatjana - *oddělení veřejného zdraví OHS*

MUDr. Valenta Vladimír - *ředitel Okresní hygienické stanice*

Informace

Zdravotní referát okresního úřadu - tel.: 048/ 5244/242 Oddělení veřejného zdraví OHS - tel.: 048/ 20702

I. Obecná část

Kontaktní osoba: MUDr. V. Valenta
OHS Liberec, tel. 22661
MUDr. T. Šoltysová OHS Liberec, tel. 20702

STRATEGIE PREVENCE VE SVĚTĚ A V ČR

Trvalý nárůst výdajů na zdravotní péči při současné stagnaci úrovně zdraví a obtížích při redukci zdravotních rizikových faktorů je problém, který řeší většina vyspělých zemí již řadu let.

Světová zdravotnická organizace jako mezinárodní koordinátor zdravotních záležitostí členských států vypracovala návrh komplexního řešení, který byl v r. 1977 schválen jako sociální cíl vlád s názvem Zdraví pro všechny do r. 2000 (ZPV). Strategie evropských zemí, která byla přijata v r. 1980 naléhá na to, aby se upevňování a posilování zdraví přisuzovala mnohem větší prioritě. Zároveň vytýčila 38 regionálních cílů, které mají pomáhat jednotlivým zemím vytvářet vlastní postupy. Předpokladem pro jejich účinnou realizaci se v ČR stal Národní program obnovy a podpory zdraví (vládní usnesení č.247/91) a přijetí Projektu střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví (vládní usnesení č.273/92). Realizace tohoto záměru je však z velké části otázkou pochopení a efektivního využití koncepčních nástrojů národního programu obnovy a podpory zdraví i jeho střednědobé strategie na úrovni regionu, města a obce. Právě na této úrovni se totiž musí odehrávat rozhodující podíl aktivit v podpoře a ochraně zdraví. Právě z úrovně regionální zdravotní politiky se odvíjejí první kroky od zdraví jednotlivce po zdraví populace.

Efekt takovéhoto postupu dokládají i několikaleté zkušenosti vyspělých zemí. Například v Kanadě a USA došlo od r. 1975 pod vlivem podobných programů ke snížení nemocností a úmrtnosti na srdečné cévní nemoci o 40% a na mozkové příhody o 55%.

Přitom v těchto zemích v současné době dochází k odklonu od široce založených populačních programů pro jejich nákladnost a nízkou efektivitu. Mnohem vyšší účinnost mají postupy, které vycházejí z konkrétních zdravotních problémů území a odrážejí nejen jeho specifické potřeby, ale i objektivní možnosti.

Základní údaje o zdravotním stavu 1.

STŘEDNÍ DÉLKA ŽIVOTA A ÚMRTNOST

Výstižným souhrnným ukazatelem zdravotního stavu je tzv. **střední délka života při narození**, tj. statisticky vypočtená pravděpodobnost průměrné délky dožití lidí narozených v hodnoceném roce (pokud by se během jejich života současná úmrtnost neměnila).

V západoevropských zemích střední délka života po celé poslední století soustavně stoukala, v ČR však od šedesátých let u mužů stagnovala a u žen rostla jen nepatrně (podobně jako ve všech zemích tehdejšího východního bloku).

Koncem osmdesátých let tak činila střední délka života u českých mužů 67,7 let, u žen 74,8 let. Tabulka 1 ukazuje, že okres Liberec byl v tomto ukazateli téměř shodný s celkovým průměrem ČR. Srovnání s úspěšnějšími okresy (Hradec Králové, Vyškov, Třebíč) přitom dokládá, že i tehdy u nás existovaly možnosti lepší ochrany zdraví, v uvedených okresech byla střední délka života o 1,5-2 roky vyšší než v Liberci. Žádný z okresů však nedosáhl úrovně běžných v západoevropských zemích (tabulka 1).

Tabulka 1: Střední délka života v České republice, ve vybraných okresech a evropských zemích (1986-1990)

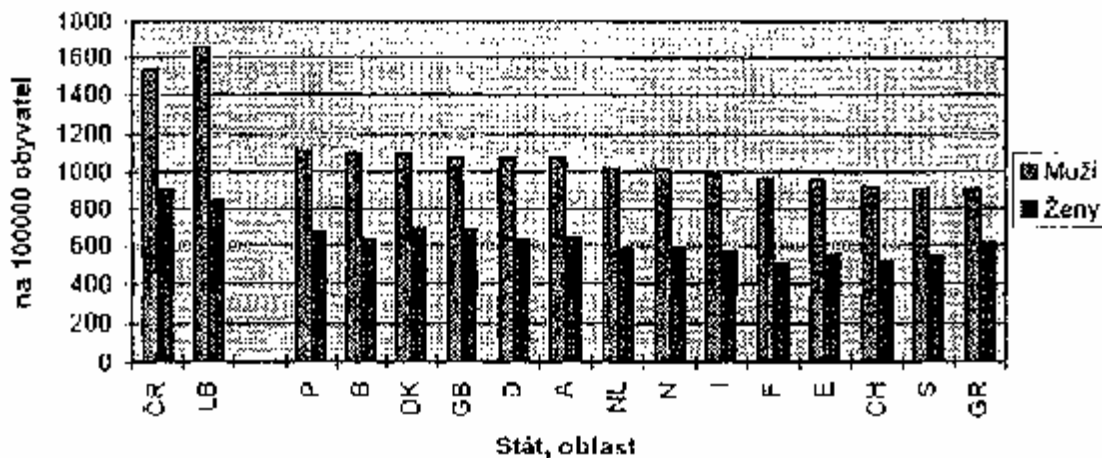
	M u ž i let	Ž e n y let
Česká republika	67,7	74,8
Liberec	67,4	74,7
Hradec Králové	69,0	76,0
Vyškov	69,0	76,3
Třebíč	69,7	76,2
Rakousko	72,1	78,7
Německo	72,5	79,1
Švédsko	74,2	80,1

Ve srovnání s nimi byla střední délka života v ČR i v okrese Liberec vesměs o 3 - 6 let kratší. Relativně nízká délka dožití u nás tedy není osudovou nezbytností. Je produktem méně příznivých životních podmínek (zejména nezdravého způsobu života - kuřáctví, nevhodné výživy, otylosti, stresů aj.).

Z uvedeného srovnání vyplývá, že u nás máme v délce dožití značné rezervy a že zlepšením životního stylu můžeme průměrnou délku života o několik let prodloužit.

Střední délka života je odvozena od ukazatelů úmrtnosti. Jsou-li věkově standardizovány, můžeme podle nich porovnávat v různých oblastech a zemích počty zemřelých (obvykle v přepočtu na 100 tisíc obyvatel za rok), a to nejen podle pohlaví, ale i podle věkových skupin a příčin smrti. Naše zaostávání v tomto ukazateli za západoevropskými státy v roce 1989 znázorňuje graf 1. Zatímco v ČR zemřelo na 100000 obyvatel 1529 mužů a 903 žen a v okrese Liberec 1652 mužů a 848 žen, úmrtnost v západoevropských zemích se pohybovala u mužů od 1112 (Portugalsko) do 903 (Velká Británie) a u žen od 692 (Dánsko) do 506 (Francie).

Graf 1: Standardizovaná úmrtnost v ČR, v okrese Liberec a v západoevropských zemích v roce 1989 (počet zemřelých na 100000 obyvatel)



Naše úmrtnost tedy byla oproti západoevropským zemím o 30 - 80% vyšší a představovala v celé ČR za rok cca 26000 zbytečných úmrtí u mužů a 15000 zbytečných úmrtí u žen.

Pro okres Liberec to znamenalo 700 zbytečných úmrtí za rok - 500 mužů a 200 žen.

Tato čísla snad dostatečně působivě ukazují, jak veliké možnosti máme otevřené pro zlepšení našeho národního zdraví.

Zatím jsme hodnotili zdravotní stav z konce 80. let, kde jsou k dispozici spolehlivé zahraniční srovnávací údaje. Od té doby u nás došlo k určitému zlepšení.

V období 1990 - 1994 celková úmrtnost v ČR i v okrese Liberec klesala, výrazněji u mužů a jen mírně u žen. Úroveň západoevropských zemí z roku 1989 však zdaleka nebylo dosaženo, nehledě na to, že i tam se úmrtnost nadále snižuje.

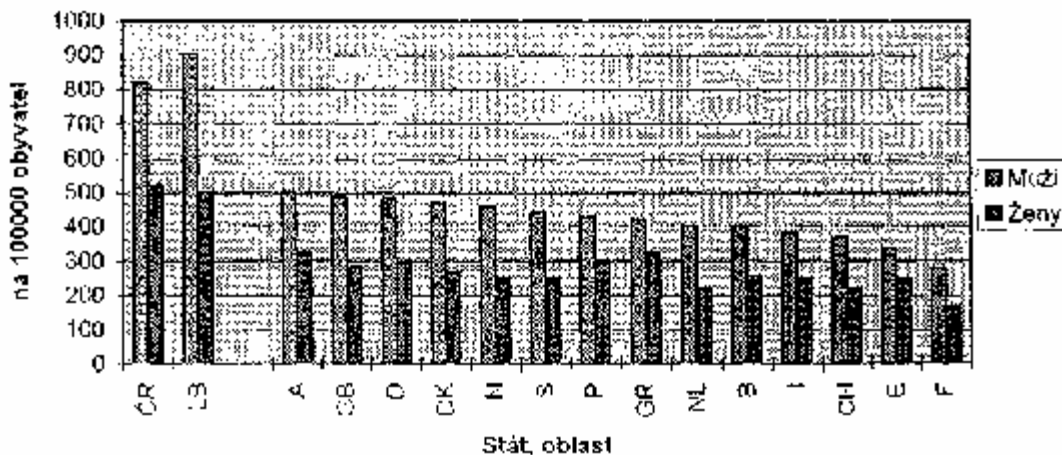
2. Srdečně cévní nemoci

Příčinou našeho zaostávání za západem v úmrtnosti jsou především nemoci srdečně cévní, které způsobují více než polovinu všech úmrtí. Např. v okrese Liberec byly v r. 1993 zodpovědné za 54% úmrtí u mužů a 59% úmrtí u žen.

Mezinárodní srovnání úmrtnosti na srdečně cévní choroby v roce 1989 znázorňuje graf č. 2. V přepočtu na 100 tisíc obyvatel na ně zemřelo v ČR 816 mužů a 523 žen, v okrese Liberec 901 mužů a 501 žen. V západoevropských zemích se analogický ukazatel pohyboval u mužů v rozpětí od 503 (Rakousko) do 278 (Francie), u žen od 326 do 165 (rovněž Rakousko a Francie).

Úmrtnost na srdečně cévní nemoci je tedy u nás 2-3 krát vyšší než v západoevropských zemích a patří k nejzávažnějším problémům našeho národního zdraví.

Graf 2: Standardizovaná úmrtnost na srdečně cévní choroby v r. 1989 (počet zemřelých na 100000 obyvatel)



Po roce 1989 u nás úmrtnost na srdečně cévní onemocnění potěšitelným způsobem klesala, v roce 1994 však byla stále o více než polovinu nad průměrnou úroveň západoevropských zemí z roku 1989, kde ovšem mezitím pokles rovněž pokračuje.

„Návrat do Evropy“ bude tedy v této oblasti ještě řadu let trvat a bude vyžadovat mnoho preventivního úsilí nejen od zdravotníků, ale od každého občana, každé rodiny, doslova od celé společnosti.

3. Zhoubné nádory

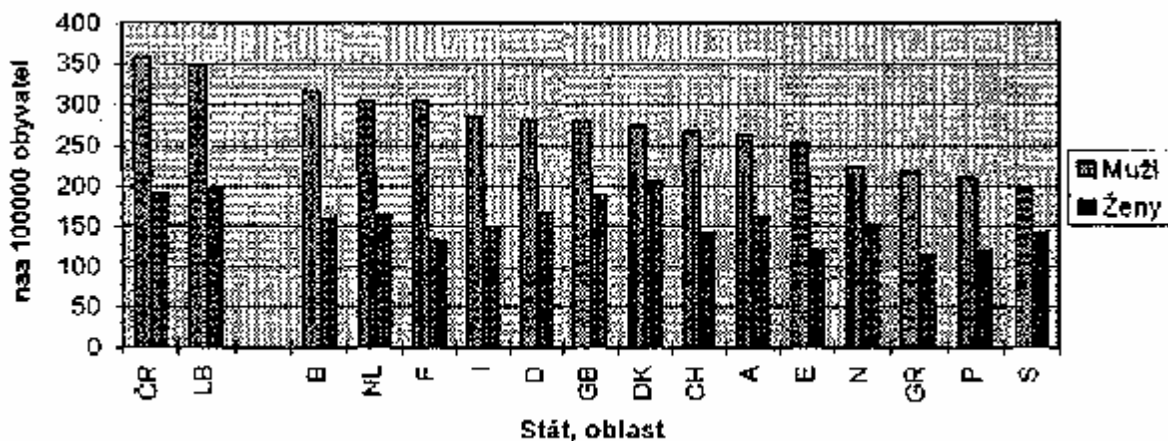
Druhou hlavní příčinou úmrtnosti jsou zhoubné nádory. V okrese Liberec např. v roce 1993 způsobily 31% úmrtí mužů a 25% úmrtí žen. V roce 1989 zemřelo na zhoubné nádory (po věkové standardizaci a v přepočtu na 100000 obyvatel) v ČR 356 mužů a 190 žen, v okrese Liberec 348 mužů a 195 žen. Okres Liberec se tedy shodoval s celostátním průměrem. V úmrtnosti na nádory máme horší ukazatele než většina západoevropských zemí (graf 3), v nichž se standardizovaná úmrtnost v roce 1989 pohybovala u mužů od 316 (Belgie) do 197 (Švédsko), u žen od 206 (Dánsko) do 118 (Španělsko).

V dalších letech se úmrtnost na zhoubné nádory u nás nezlepšila,

U žen stagnuje a u libereckých mužů je dokonce naznačen mírný vzestup.

Graf 3: Standardizovaná úmrtnost na zhoubné nádory v roce 1989

(počet zemřelých na 100000 obyvatel)



V incidenci (počtu nových případů onemocnění) jsou v ČR nejčastějšími druhy u mužů nádory plic (22% všech nádorů), kůže (15%), tlustého střeva a konečníku (13%), u žen nádory pohlavních orgánů (17%), prsu (16%), kůže (15%), tlustého střeva a konečníku (12%). Onemocnění zhoubným nádorem zdaleka není takovým osudovým dopuštěním, jak si mnozí lidé myslí. Vznik zhoubného bujení je do značné míry podmíněn zevními vlivy a tyto (tzv. rizikové faktory) jsou u většiny typů nádorů alespoň zčásti známé. K nejzávažnějším rizikům rakoviny patří především kuřáctví (zavinuje 30% všech úmrtí na nádory) a nevhodně složená výživa (mnoho tuků, málo vlákniny a vitamínů).

Kdyby lidé jednali podle zásad prevence, které jsou dnes známy, snížil by se výskyt nádorů až o 40%.

4. Další nemoci

K závažným problémům našeho národního zdraví patří i **diabetes mellitus** („cukrovka“). Počet evidovaných diabetiků vzrostl v ČR od 60. let čtyřikrát. Postiženy jsou v rozsáhlé míře i mladší vrstvy obyvatelstva, např. podle šetření v okrese Liberec v roce 1990 bylo 43% evidovaných pacientů s diabetem II. typu ve věku pod 65 let.

Narůstá i **výskyt alergií**. Toto onemocnění, ještě počátkem našeho století krajně vzácné, se dnes projevuje u cca 20% obyvatelstva. Obzvláště postiženou populační skupinou jsou děti a mládež.

Znepokojivý je i nárůst počtu **poruch duševního zdraví**. Pro přesné hodnocení jeho výskytu bohužel zatím chybí spolehlivé podklady. O prudkém růstu však nepřímě svědčí např. skutečnost, že počet vyšetření v ambulantní psychiatrické péči stoupl v ČR od 60. do 80. let 2¹ / 2 krát, na cca 1,4 milionů návštěv za rok.

Účinnou prevencí by bylo možno účinně bránit i **hromadným infekčním nemocem**, zejména akutním nemocem dýchacího ústrojí (tzv. nemocem z nachlazení) a střevním infekcím. Mimořádnou pozornost vyžaduje i novodobá infekční choroba - AIDS.

5. Výskyt rizikových faktorů

Nepříznivý je stav lipidového metabolismu - průměrná hodnota sérového cholesterolu pro věkovou skupinu 35-64 let byla v našem okrese 6.2 mmol/l (šetření z r.1990). K ochraně před vznikem srdečně cévních nemocí by bylo třeba uvedený průměr snížit k hodnotě 5.2 mmol/l.

V porovnání s dostupnými údaji v ČR je prevalence kuřáctví zejména u žen, ale i u mužů podstatně vyšší než průměr ČR. Více kouří ženy zejména vyšších věkových skupin, což svědčí o dlouhodobém vlivu tohoto faktoru u našich žen. Ve věkové skupině 26-64 let kouří cca 48% mužů a 31% žen (šetření z r. 1989-90).

V oblasti výživy je typický nadměrný energetický příjem způsobený vysokou spotřebou tuků (cca o 60% vyšší než doporučené hodnoty, u živočišných až dvojnásobek), společně s nízkým příjmem ochranných složek výživy - vitaminů C a E, nenasycených mastných kyselin, hrubé vlákniny. Podobná situace je u dětské populace.

Nepříznivá je výživa těch nejmenších. Z šetření o úrovni kojení (1994) vyplývá, že průměrná délka plného kojení v roce 1992 byla v okrese 2,5 měsíce, kojení s příkrmováním pak 4,4 měsíce. Ve čtyřech měsících dítěte, tj. v době uváděné SZO jako minimální pro výlučné kojení, výlučně kojí 32% matek, v šesti měsících pak pouze 13% matek. Z monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva (1994) je patrné vysoké procento kumulace biologických rizik a rizik životního stylu a to zejména u mužů. Například 43% mužů je vystaveno 3 a více zdravotním rizikům, což svědčí pro vysoké ohrožení vznikem kardiovaskulárních nemocí i některých nádorů. U žen se kumulace 3 a více rizik vyskytuje v 10%. *Nárůst rizikových faktorů začíná u mužů již od 35 let u žen od 45 let věku.* Přitom ve zdravotním uvědomění obyvatel se v našich současných podmínkách již projevuje dopad plošné intervence v oblasti životního stylu.

Z dotazníkové akce, v r. 1993, které se zúčastnilo 433 náhodně vybraných osob v průměrném věku 41 let vyplynulo že:

- populace si je vědoma vlivu životního stylu na zdraví
- v 75% získané informace ovlivnily chování respondentů
- z toho byla v 84% ovlivněna výživa, ve 30% pohybová aktivita a ve 14% kouření
- informace jsou čerpány převážně z televize a tisku, doposud málo informací je od zdravotnických pracovníků

STRATEGIE PREVENCE VE ZDRAVOTNÍ PÉČI LIBERECKA

Předkládaná strategie prevence ve zdravotní péči Liberecka vychází z místních podmínek a navrhuje konkrétní využití lokální sítě zdravotnických služeb a dalších místních zdrojů. Vychází ze tří základních úkolů ZPV

- přidat léta života: snížit předčasná úmrtí a prodloužit střední délku života
- přidat život létům: plně využít potenciál zdraví všech lidí
- přidat zdraví životu: snížit nemocnost a omezit důsledky chorob a postižení

V podmínkách okresu Liberec se zaměřujeme zejména na následující dílčí cíle.

Dosažení lepšího zdraví

- zdraví a kvalita života - rozvíjet a využívat zdravotní potenciál (cíl 2 ZPV)
- snížení výskytu přenosných nemocí vč. AIDS (cíl 5 ZPV)
- zdravé stáří - trvalé zlepšení zdraví lidí nad 65 let (cíl 6 ZPV)
- zdraví dětí a mládeže - zlepšení zdraví dětí a mladých lidí vč. problematiky týraného dítěte (cíl 7 ZPV)
- « snížení kardiovaskulární úmrtnosti a nemocnosti (cíl 9 ZPV)
- kontrola zhoubných nádorů (cíl 10 ZPV)

Zdravý životní styl

- schopnost rozvíjet zdraví - efektivní výchova a výcvik v podpoře a rozvíjení zdraví pro veřejnost i profesionály (cíl ZPV 15)
- zdravý způsob života - podpora a rozvíjení zdravých způsobů života, zejména -vyvážené stravy, vhodné tělesné aktivity, zvládání stresů, zdravého pohlavního života (cíl 16 ZPV)
- tabák a drogy - snížení prevalence kuřáctví a prevence drogových závislostí (cíl ZPV 17)

Principy strategie prevence Liberecka

Východiskem předkládané koncepce jsou údaje o zdravotním stavu obyvatel Liberecka, životním stylu a výskytu dalších rizikových faktorů (viz. kapitola zdravotní stav).

Dalším podkladem jsou dosavadní dílčí zkušenosti zejména v oblasti primární prevence jak místní, tak z jiných oblastí ČR, které dokladují efektivnost a možnost využití postupů v našich současných podmínkách.

K nejzávažnějším nemocem?, jejichž vzniku a vývoji lze v současných lokálních podmínkách účinně předcházet komplexním preventivním přístupem patří zejména:

cévní onemocnění, diabetes mellitus, zhoubné nádory prsu, děložního čípku, plic, AIDS.

Při vzniku těchto nemocí hraje významnou roli řada osobních a sociálních návyků a dispozic, typ chování a další faktory dnes souhrnně definované jako *rizikové faktory životního stylu* zvláště:

nesprávná výživa, nízká tělesná aktivita, škodlivé návyky (kouření, alkohol, drogy) a stres

Expozice těmto faktorům je povětšinou dobrovolná, ovlivněná sociálním klimatem dané komunity, je možné ji ovlivňovat a tím redukovat riziko vzniku onemocnění.

Mezi zdravotní rizika, jejichž působení je možné vhodnou a včasnou péčí omezit, patří zejména také

obezita, vysoká hladina krevního cholesterolu, vysoký krevní tlak

Hlavním cílem předkládaného preventivního programu je významně redukovat vystavení jednotlivců i celé komunity "preventibilním příčinám" nemocí a předcházet tak vzniku a rozvoji uvedených vybraných nemocí (primární prevence).

Dalším cílem je včasnou detekcí a léčbou ovlivnit průběh nemoci v jejím preklinickém stadiu, kdy odpověď na léčbu je příznivější a předejít tak jejímu plnému rozvinutí a klinické manifestaci (sekundární prevence).

Metody prevence

Metodika programu vychází z programů Světové zdravotnické organizace, které navazují na dokument Zdraví pro všechny do r. 2000. Jedná se zejména o postupy vycházející z programu CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention).

Základními metodami na lokální úrovni zůstává:

- **včasná identifikace zdravotních rizik (populace i jednotlivce), která by mohla vést ke vzniku nemoci**
- **přijmutí účinných ozdravných opatření s cílem korigovat odklon od zdravého způsobu života**
- **výchova veřejnosti ke zdravému způsobu života s důrazem na odpovědnost jednotlivce za své zdraví**
- **vyhledávání asymptomatických, časných stadií nemoci a jejich léčení**
- **zhodnocení zdravotních rizik jako podklad pro rozhodování**

Prevence je cílena na :

- celou populaci okresu (regionu) - komunitní intervence zasahující co nejširší populaci
- skupiny osob - osoby s vyšším ohrožením zdraví (např. osoby s genetickou zátěží, obezítí) nebo skupiny se specifickými cíli (např. zdravotníci, pedagogové)
- jednotlivce - osoby s rizikem vzniku onemocnění či s časnými projevy nemoci

- týmová spolupráce s jasně definovanými úkoly a kooperace mezi všemi zdravotními složkami. V podmínkách našeho okresu se jedná o složky veřejného zdravotnictví (státní správa - odbor zdravotnictví OkÚ, okresní hygienická stanice, zdravotní odbory měst a obcí), lékaře primární péče pro děti, dorost a dospělé, odborná zdravotnická pracoviště (nemocnice Liberec, Frýdlant, odborní lékaři). Základním předpokladem je vytvoření koordinační skupiny, ve které budou zástupci všech úrovní a dotčených oborů. Skupina bude koordinovat spolupráci a navrhnout konkrétní kroky a účast jednotlivých složek.
- racionální využití dostupné dokumentace - registrů a individuálních chorobopisů pro identifikaci rizika jak pacienta, tak komunity - ošetřující lékaři, OHS
- **sledování a intervence pacienta v riziku - ošetřující lékaři, odborné poradny**
- **kontrola kvality** práce a vyhodnocování účinnosti programu (kritéria účinnosti) -odborné týmy, OHS, cost benefit.

Prostředky

Na základě zkušeností s realizací řady projektů v oblasti prevence je nutné kapacity směřovat do dvou hlavních skupin :

- individuální zdravotní péči, která je zabezpečována všeobecnými lékaři, ambulantními specialisty a nemocniční péčí. Vedle vlastní péče o pacienta zahrnuje vydání metodických materiálů pro zdravotnický personál dle profesí, výcvik lékařů a sester, informační materiály pro pacienty
- komunitní zdravotní péči, která je realizována širokým spektrem od jednotlivce přes občanská sdružení, kluby, nadace, rozpočtové a příspěvkové organizace, podnikatelské subjekty až po orgány státní správy a samosprávy. Zahrnuje spolupráci s širokou veřejností, sdělovacími prostředky, vzdělávání dalších klíčových profesí - média, učitelé, kuchaři apod.

Tato diferenciací je nutná s ohledem na různé přístupy a metody práce uplatňované v každé z těchto skupin a zvláště odlišnému způsobu financování. Zatímco první skupina je v převážné míře financována prostřednictvím zdravotních pojišťoven je naproti tomu skupina druhá financována vícezdrojově (státní rozpočet, granty, sponzoring, atd.).

Finanční zdroje

Národní program zdraví

Na programy podporující zdraví a prevenci AIDS jsou ministerstvem zdravotnictví ČR každoročně uvolňovány finanční prostředky. Ty jsou přidělovány dle výsledků výběrového řízení a mají sloužit zejména *k ověřování metodik a iniciaci dlouhodobých programů*. Nejsou určeny na mzdové výdaje.

Značná část činnosti OHS Liberec v této oblasti (nutriční a nekuřácké poradenství, program prevence AIDS, příprava komplexního preventivního programu) byla doposud částečně kryta z těchto zdrojů.

V r. 1995 byly získány finanční prostředky na tři projekty, které koncepčně zapadají do předkládané strategie prevence.

Zdravotní pojišťovny

Základem strategie je *efektivní využití preventivních postupů zahrnutých do standardní zdravotní péče* - preventivní prohlídky, cílené vyšetření rizikových osob, edukace pacientů a pod. Podstatným finančním zdrojem proto jsou zdravotní pojišťovny. Kromě toho mohou přispět také jako **sponzoři komunitních** výchovných akcí (nekuřácká soutěž, Dny zdraví, besedy o AIDS a drogách a pod.).

Rozpočet okresního úřadu

Rozpočet okresního úřadu je významným finančním zdrojem. Vedle základního poskytování prostředků (činnost OHS, zdravotního odboru OÚ) by mohl přispět zejména na vzdělávací program zdravotníků, publikační materiály a pod..

Rozpočty měst a obcí

Doposud se těchto zdrojů využívá minimálně. Přesto je nutné počítat i s těmito zdroji, zejména v oblasti komunitní intervence (podpora a organizace výchovných akcí).

Další zdroje

K dalším finančním zdrojům patří sponzoring, ev. zahraniční spolupráce. Ta je např. v současné době využívána účastí na programu „Snižování výskytu kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních nemocí v ČR“, který je finančně podporován Agency for International Development USA. Např. nekuřáckou soutěž již druhý rok sponzorují Pivovary Vratislavice.

Realizace strategie

K realizaci strategie se ustanovuje sdružení právnických fyzických osob ve smyslu občanského zákoníku č. 40/1964 Sb. (ve znění zákona 47/1992 Sb.). Ke koordinaci jeho činnosti zřizuje sdružení řídicí výbor. Úlohou sdružení je:

- stanovovat hlavní a dílčí cíle programu
- koordinovat činnost dotčených subjektů
- kontrolovat efektivitu programu na podkladě údajů informačního systému, analýzy a kvalifikované interpretace dat
- vyhledávat manažery projektů a aktivit směřujících k jednotlivým dílčím cílům
- provádět „top“ marketing a public relation projektům a aktivitám
- rozhodovat o propůjčení loga programu
- kontrolovat hospodaření s přímými financemi na realizaci projektu.

Logo programu

Jedním z předpokladů úspěchu strategie prevence je co nejširší informovanost laické i odborné veřejnosti o existenci programu. Zahraniční zkušenosti ukazují, že zejména pro laickou veřejnost je účinné prezentovat program jednotným logem. Logo PROJEKT ZDRAVÍ LIBERECKA prezentuje fakt, že zdraví máme všichni ve svých rukou (viz. titulní strana).

Projekty

Obecná strategie je rozpracována do dílčích projektů, které obsahují konkrétní postupy včetně účasti jednotlivých zdravotnických složek, tj. zejména:

- přesné konkrétní stanovení cíle a dílčího cíle tak, aby bylo kontrolovatelné a měřitelné jeho plnění
- stanovení subjektů, které budou ovlivňovány intervencí či sami intervenci mohou ovlivňovat, jejich motivace a určení míry a charakteru zapojení do projektu
- výběr prostředků, metod a nástrojů
- časový plán.

Řešitelé programu

Projekty jsou předkládány všem dotčeným subjektům (zdravotnická a jiná zařízení, fyzické osoby), které se následně mohou přihlásit k realizaci projektu. Pro jednotlivé projekty budou určení manažeři, kteří budou sledovat jejich plnění. Přijetí do programu je prezentováno propůjčením loga programu řídicím výborem.

REALIZACE STRATEGIE PREVENCE V OBDOBÍ 1995-1997

Sjednocení postupů v preventivní péči je okresním úřadem - garantem dostupnosti zdravotní péče - chápáno jako zásadní krok zdravotní politiky okresu. Přednosta OÚ Mgr. J. Mráz pověřil proto začátkem t.r. okresního hygienika MUDr. V. Valentu, aby zpracoval návrh koncepce preventivní zdravotní péče.

Pracovní návrh byl v ,květnu t.r. předložen k připomínkám styčným zdravotnickým odborníkům libereckého regionu, OkÚ a předním specialistům v oboru.

V červnu t.r. se sešla pracovní skupina jmenovaná zdravotním radou MUDr. J. Lamačem, aby projednala konečnou verzi Strategie prevence v péči o zdraví.

Pracovní skupina sjednotila připomínky a usnesla se doporučit přednostovi OÚ přijetí tohoto materiálu jako oficiálního dokumentu, který programově řeší preventivní zdravotní politiku v okrese.

Projekty

V r. 1995 jsou předkládány a částečně již realizovány následující dílčí **projekty** :

Zdravý životní styl (čile ZPV 15, 16, 17)

=> *Výživa*

=> *Kouření*

=> *Tělesná aktivita*

Dosažení lepšího zdraví (cíle ZPV 2,5,6,9)

=> *Projekt prevence kardiovaskulárních nemocí*

=> *Projekt prevence diabetes mellitus (II typu)*

V r. 1996 bude zpracován projekt prevence pro dětskou populaci, prevence vybraných nádorů, hypertenze a hypercholesterolemie a alergií.

Marketing

Budou připraveny tyto informační materiály

- 1) Úplný písemný dokument o strategii, který bude zaslán: ředitelům nemocnic, primářům interního odd., gynekologicko porodnického odd., dětského odd., onkologie a dotčeným ambulantním lékařům. Dále dokument obdrží okresní pobočka lékařské komory, ředitelé zdravotních pojišťoven. Součástí dokumentu bude přihláška do programu vč. žádosti o přidělení loga programu.
- 2) Zkrácený dokument pro odbornou zdravotnickou veřejnost
- 3) Zkrácený dokument pro laickou veřejnost
- 4) Letáky s konkrétními informacemi v rámci dílčích projektů

Způsob informace zdravotníků

Kromě písemných materiálů s průvodními dopisy budou pořádány semináře pro lékaře a pro sestry za účasti odborníků z našich i vědeckých pracovišť.

Způsob informace veřejnosti

O programu a dílčích projektech budeme informovat prostřednictvím :

- sdělovacích prostředků (písemná informace, výzva ke spolupráci, tisková konference k programu)
- informačních tabulí s letáky v ordinacích lékařů zapojených do programu (informace cílené na rizikové osoby)
- informačních tabulí v klíčových místech (obchody, lékárny a pod.) - plošné informace u příležitosti komunitních akcí

Hodnocení projektu

Základní všeobecné informace budou získávány opakovaným dotazníkovým šetřením na reprezentativním vzorku populace Liberce 1x za dva roky. Pro možnost srovnání s jinými oblastmi bude šetření vycházet zvláště z podkladů WHO (CINDI) a monitoringu zdraví a životních podmínek v ČR.

Časový plán na r. 1995/96

listopad - prosinec 1995

- jmenování koordinačního centra
- dotazníkové šetření vzorku populace hodnotící výchozí stav i působení již probíhajících dílčích projektů
- vydání základních informačních materiálů *leden* -

březen 1996

- oficiální deklarace zahájení programu
 - seminář pro lékaře a sestry - základní informace o programu

- kampaň ve sdělovacích prostředcích,
- instalace informačních materiálů *březen* -
prosinec 1996

- realizace dílčích přijatých projektů, příprava a zahájení dalších projektů *listopad* -
prosinec 1996
- hodnocení 1. roku projektu

II. Životní styl Výživa

Kontaktní osoba: MUDr. V. Tučkova
OHS Liberec, tel. 20702

VÝŽIVA POPULACE

1. Vymezení problému

Vztah mezi výživou a výskytem některých neinfekčních chronických onemocnění závažných pro veřejné zdraví byl již prokázán. Složky výživy, které jsou rizikové z hlediska zdraví, jsou početné, ale spíše než nezávislé působení jednotlivých komponentů je třeba brát v úvahu kombinovaný účinek jejich vzájemného poměru. Výživa, která je dávana do vztahu k chronickým nemocem, je charakterizována:

- vysokým příjmem tuků, zejména saturevaných, dietního cholesterolu, rafinovaného cukru, soli, alkoholu a vysokým energetickým příjmem
- nedostatkem polynenasycených tuků, komplexních uhlohydrátů a dietních vláknin, vitaminů a minerálů.

1.1 Zdravotní dopad přisuzovaný výživovým faktorům Nepříznivý

dopad na zdraví se projevuje zejména takto :

- saturevané tuky a cholesterol ve stravě zvyšují hladinu cholesterolu v krvi a jsou proto ve vztahu ke vzniku aterosklerozy
- vysoký příjem saturevaných tuků, vysoký energetický příjem a nízký příjem dietních vláknin jsou spojovány s rizikem rakoviny (Ca) prsu, kolorekta, endometria, ovarií
- vysoký příjem soli je spojován se vznikem Ca žaludku a hypertenze

Naopak určitý protektivní efekt vitaminu A, C, E a minerálů (selen) byl demonstrován v případě některých rakovinných bujení.

2. Rozsah a závažnost problému.

V praxi veřejného zdravotnictví se jako hlavní indikátor zdravé výživy populace uvádí podíl celkového příjmu energie pokrytého ve stravě tuky. V průběhu posledních 20 let měl příjem tuků téměř ve všech zemích stálý vzestupný trend. Je tomu tak i v ČR, kde podíl tuků ve stravě se pohybuje mezi 37 - 40%. Dále je naše výživa charakterizována nadměrným energetickým příjmem, nadměrnou spotřebou jednoduchých cukrů a soli. K tomu přistupuje nízký obsah vlákniny, vitaminů a minerálů, který vyplývá z nízké spotřeby rostlinných produktů.

Konkrétní data, která máme k dispozici z nutriční poradny, dokladují, že situace v okrese Liberec se od obecných poznatků příliš neliší. Oproti doporučeným dávkám je vyšší zejména příjem živočišných bílkovin (140%), živočišných tuků (216%) a cholesterolu (222%).

Na druhé straně z ochranných faktorů je nedostatečný zejména příjem vitaminů C (68%), E (35%), vápníku (79%) a hrubé vlákniny (58%). U lidí s nadváhou a obezitou jsou tyto rysy prohloubeny. Typické pro jejich stravování je vysoké krytí energie z příjmu tuků (38%) a nízké ze sacharidů (49%).

Hlavním projevem nevyvážené výživy - obezitou trpí vysoké procento obyvatel. Např. v souboru vyšetřeném v rámci monitoringu zdravotního stavu v r. 1994 v Liberci má **nadváhu 36% mužů a 30% žen, obezitou trpí 8% mužů a 11% žen.** **3. Intervenční opatření** *Dosavadní zkušenosti*

Ověřování metod nutriční intervence probíhá v našem okrese již cca 4 roky. Průběžné vyhodnocování dokladuje značný efekt nutriční intervence a zájem obyvatel o zdravou výživu. Ve stručnosti je možné uvést následující výsledky . Intervence ve **školním stravování** - současná úroveň stravy v ZŠ a MŠ okresu odpovídá v průměru současným požadavkům (podíl tuků na energetickém příjmu je 30%, zvyšuje se spotřeba vitaminů a vlákniny) a řadí náš okres mezi nejlepší v ČR. **Nutriční poradna pro dospělé** při OHS, která je v provozu od r. 1991, pracuje se značným efektem. Tak např. u skupiny obézních osob došlo v r. 1994 k poklesu hmotnosti v průměru o 7.6 kg (pokles BMI z 34 na 31). U osob se zvýšenou cholesterolemií došlo vlivem dietní terapie k poklesu celkového cholesterolu v průměru ze 7 mmol/l na 5.9 mmol/l. Změny byly dosaženy změnou stravovacího režimu - zejména pak snížením spotřeby živočišných tuků (o 40%), cholesterolu (o 35%) a zvýšením spotřeby vitamínu C (o 44%) a E (o 60%).

Změny stravovacích zvyklostí společně s pohybovým režimem **u obézních dětí** dokladují významný vliv na zdravotní ukazatele - úbytek hmotnosti o 15%, dle indexu hmotnosti (BMI) zůstalo v pásmu obezity z původních 69% pouze 12% dětí. Změny hmotnosti doprovázel významný pokles krevního tlaku. Důležité byly změny ve spektru krevních lipidů, kde při poklesu celkového cholesterolu z 5.3 mmol/l na 4.0 mmol/l došlo ke zvýšení HDL frakce z 1.3 mmol/l na 1.5 mmol/l.

Sledování dalšího vývoje obézních dětí však ukázalo, že v průběhu jednoho roku se hmotnost dětí postupně vrací k hodnotám před pobytem v ozdravovně. Tento trend je významně omezen v případech, že na ozdravovnu navazuje dlouhodobá nutriční intervence v poradně.

PLÁN NUTRIČNÍ STRATEGIE NA OBDOBÍ 1995 - 1997

1. Cíle programu

- systematickým působením přispět ke změně stravování tak, aby se zejména snížila spotřeba živočišných tuků (uzenin, tučných mléčných výrobků) a zvýšila spotřeba minerálů a vitamínů (zelenina a ovoce) ve výživě populace okresu
- zajistit dostupnost kvalifikovaného individuálního nutričního poradenství pro osoby s vysokým zdravotním rizikem, pro osoby s obezitou a hypercholesterolemií a nemocné v časných stádiích nemocí zejména srdečně cévních a diabetů
- zabezpečit praktickou informovanost klíčových skupin (společné stravování, dětská populace, mladé rodiny, ohrožené osoby) o správné výživě.

2. Cílové skupiny

- děti školního a předškolního věku
- osoby s vysokým zdravotním rizikem (obezita, hypercholesterolemie, hypertenze, těhotné)
- osoby v raných stádiích nemocí, při kterých hraje výživa klíčovou roli (srdečně cévní nemoci, diabetes)

3. Metodika Komunitní

intervence

Sdělovací prostředky

Podmínkou úspěchu intervenčního programu je základní znalost veřejnosti jak o zdravotních rizicích spojených s nevhodnou dietou, tak o pozitivním efektu zdravé výživy. Populace by měla být schopná identifikovat výživové faktory, které mají ověřený nebo hypotetický vztah ke vzniku některých onemocnění a měla by mít základní vědomosti o skladbě zdravé stravy. K základům patří také schopnost vhodného výběru potravin. Na tyto okruhy bude zaměřena intervence prostřednictvím lokálních sdělovacích prostředků.

Zajišťuje : organizačně a metodicky OHS, lokální radiostanice, TV, tisk.

Skupinová intervence

Školní stravování - cílem je udržet dobrou výživovou úroveň, obohacovat stravování o nové receptury, posilovat edukační složku stravování.

Společné stravování pro dospělé - pokračování v organizaci Dnů zdravé výživy, rozšiřovat technologické postupy dle Receptáře zdravé výživy .

STOB klub pro obézní ženy (v Liberci v provozu od r. 1992) - společné cvičení a klubové posezení s různým programem (psycholog, cvičitelka, lékař a pod.)

Kurzy zdravého vaření - budou organizovány pro rodiny s výskytem obezity, pro kuchaře společného stravování a pro rodiny s rizikem KVO.

Zajišťuje : OHS, společné stravovny

Individuální intervence

Základem musí být působení lékařů primární péče a specialistů zejména v oboru kardiologie, diabetologie a pediatrie. (Doporučené postupy jsou uvedeny dále.) Přitom je však nutné akceptovat současné podmínky poskytování zdravotní péče, které dávají jen minimum prostoru k takovému působení. Doplněním péče na okresní úrovni je proto specializovaná nutriční poradna při OHS.

Nutriční poradna pro dospělé : bude zaměřena na zvýšení podílu pacientů doporučených lékařem a poskytování poradenství osobám s vyšším zdravotním rizikem.

Nutriční poradna pro děti: dietní návyky se vytvářejí v ranném období života a jsou sdíleny celou rodinou. Poskytovat efektivní pomoc rodinám s dětmi, kde se vyskytují rizikové faktory - obezita, předčasná ateroskleróza, hypercholesterolemie ev. diabetes II. typu - je cílem poradny.

Zajišťuje: lékaři primární péče a specialisté, kteří se přihlásí k programu, OHS - metodické podklady, informační materiály, organizace semináře, nutriční poradenství.

4. Hodnocení účinnosti programu

Základem pro hodnocení účinnosti strategie bude:

- sledování trendu ve spotřebě potravin a změn v nutriční spotřebě v individuálním a skupinovém stravování
- počet osob v nutriční poradně a změny jejich výživy a zdravotních ukazatelů
- počet osob vyškolených ve zdravé výživě a nových technologiích přípravy jídel.

DOPORUČENÉ POSTUPY V NUTRIČNÍ INTERVENCI

(Pro pfaktické lékaře a sestry)

Lékaři a sestry primární péče obeznámeni s problematikou výživy své oblasti, pokud chtějí uvádět do praxe mezinárodně uznaná doporučení zdravé výživy a spolupodílet se na vytváření nových stravovacích návyků, by měli:

- využívat všech možností diskutovat se svými pacienty v duchu současných dietních doporučení a zásad zdravé výživy otázky vztahu rizika některých onemocnění k dietním návykům a prospěšnost doporučení opírajících se o zásady zdravé výživy
- zjišťovat formou anamnestického pohovoru pacientovy stravovací zvyklosti a tyto informace podchytit ve zdravotním záznamu
- pomáhat lidem změnit jejich stravování, kdykoliv to bude indikováno :
 - => v diskusi zdůraznit pozitivní rysy jejich současné výživy
 - => diskutovat možné škodlivé důsledky a problémy jejich dietních excesů
 - => navrhnout na základě informovaného souhlasu změny stravovacího režimu a motivovat pacienta k jeho dodržování => diplomaticky a fundovaně se snažit vypořádat s nedůvěrou klientů v prospěšnost výživových změn jejich osobními námitkami typu, že tato strava je méně chutná, dražší, inkompatibilní s místními zvyky atd. => návrh stravovacích změn nebo úprav musí být realistický, respektující kulturní a historické tradice, ekonomickou situaci klienta, možnosti nákupu potravin a jejich přípravy
- poradit jak sestavit jídelní lístek - uvědomit si, že lidé ne vždy rozumí odborné terminologii, jedí potraviny, ne jejich nutriční složky
- poskytnout praktické příklady jak vybrat a připravit zdravou stravu - využít informačních pomůcek (leták „Pyramida“, kartičky s recepturami, ev. další)
- monitorovat stav výživy pacienta (Body mass index - SMI) a doporučit udržovat přiměřenou tělesnou hmotnost vyrovnaním příjmu a výdeje energie tzn.: => přijímat méně energeticky bohatou stravu (snížit obsah tuku) => jísti více rostlinné stravy => regulovat tělesnou váhu i přiměřenou fyzickou aktivitou
- věnovat pozornost lidem se speciálními nutričními potřebami - děti, dospívající, těhotné, kojící matky (podporovat kojení), staří lidé, nemocní, vegetariáni
- odeslat pacienta kdykoliv to jeho stav vyžaduje do nutriční poradny

III. Životní styl

Tělesná aktivita

Kontaktní osoba: *primární prevence*

MUDr. T. Šoltysová OHS Liberec, tel.
20702

sekundární prevence

MUDr. O. Malý tělovýchovný lékař, kardiolog
tel. 425655

VHODNÁ TĚLESNÁ AKTIVITA

1. Vymezení problému

Fyzická aktivita je komplexní chování, které je definováno jako tělesný pohyb uskutečňovaný silou svalů a provázený výdejem energie. Měřen je rozdílem množství energie spotřebované a energie nutné k udržení bazálního metabolismu.

Pravidelný tělesný pohyb zvyšuje pracovní kapacitu nebo způsobilost definovanou jako **schopnost vyrovnat se s mírnou až náročnou tělesnou činností bez vzniku nepřiměřené únavy a schopnost udržovat tento stav v průběhu života. Tato tělesná připravenost je objektivním indikátorem pravidelné tělesné aktivity.**

Podpora pohybové aktivity v rámci primární péče je záležitostí využití volného času a ne problémem pracovním nebo povolání.

Zdravotní rizika z nedostatku pohybu

Tělesná nečinnost nebo sedavý způsob života jsou spojeny se zdravotními poruchami, např. s ischemickou chorobou srdeční, iktem, zvýšeným krevním tlakem, non-inzulin dependentním diabetem a osteoporózou, obezitou.

Lidé s nedostatkem pohybu mají pravděpodobnost vzniku kardiovaskulárního onemocnění dvakrát vyšší ve srovnání s lidmi fyzicky aktivními.

Příznivý vliv cvičení na zdraví

Tělesný pohyb a cvičení mají dobře zdokumentovaný pozitivní a protektivní vliv na zdraví

- redukuje riziko vzniku onemocnění srdce a cév
- snižuje krevní tlak
- zlepšuje lipoproteinový profil t.j. zvyšuje hladinu HDL cholesterolu a snižuje hladinu LDL cholesterolu
- zlepšuje energetickou rovnováhu a vyšším výdejem energie podporují redukci váhy, jsou prevencí obezity
- snižuje hladinu glykemie, zvyšuje glukózovou toleranci, snižuje inzulinorezistenci, jsou prevencí vzniku diabetů II. typu
- snižuje riziko řídnutí kostí a zabraňuje vzniku osteoporózy;
- zlepšuje psychický stav a schopnost vyrovnat se se stresem a vyčerpáním
- vyšší tělesná zdatnost snižuje celkovou mortalitu

2 . Rozsah a závažnost problému

Tělesná nečinnost nebo sedavý způsob života jsou obecným jevem moderní bohaté společnosti, v níž rozsáhlá mechanizace všech složek hospodářství vedla k rychlému poklesu energetického výdeje téměř u všech povolání a při většině lidských činností. Z výsledků provedených studií lze uzavřít, že u 70% mužů a žen všech věkových skupin je jejich fyzická aktivita pod úrovní, která ještě může mít pozitivní vliv na zdraví. U všech jedinců u nichž nebyla zjištěna ani přijatelná úroveň fyzické aktivity bylo riziko onemocnění koronárních cév a iktu ve srovnání se skupinou aktivních významně vyšší. Je odhadováno, že méně než 20% populace se aktivně věnuje tělesným cvičením na úrovni, která může pozitivně ovlivnit riziko vzniku kardiovaskulárních onemocnění. Ze sledování zdravotního stavu (Monitoring zdravotního stavu Liberec 1994) vyplývá, že zdravotní potíže týkající se pohybového aparátu jsou nejčastěji (v 50%) uváděnou příčinou chronických poruch zdraví. Dlouhodobě užívané léky pro onemocnění pohybového aparátu se řadí hned za užívání léků z důvodů kardiovaskulárních nemocí. Přitom lze předpokládat, že příčina většiny zdravotních obtíží s pohybovým ústrojím padá na vrub právě chronické hypomobilitě.

3. Intervenční opatření

Je prokázáno, že pravidelná, soustavná aerobní tělesná aktivita, během které jsou zapojeny všechny velké svalové skupiny a zrychluje se puls, chrání proti negativním zdravotním důsledkům nečinnosti.

Je přímý vztah mezi intenzitou tělesné aktivity a stupněm jejího protektivního efektu. Dynamika rozvoje protektivní tělesné aktivity je úměrná možnostem a nabízeným pohybovým aktivitám v komunitě. Základem strategie programu cíleného na zvýšení pohybové aktivity je vytvoření vhodných kulturních, materiálních a sociálních podmínek v komunitě.

PLÁN PODPORY TĚLESNÉ AKTIVITY NA OBDOBÍ 1995 - 1997

1. Cíle programu

- zvýšit podíl vhodné tělesné aktivity v životním stylu obyvatel, zejména v rizikových skupinách populace
- zabezpečit dostupnost informací o vhodné tělesné aktivitě pro rizikové skupiny, osoby ohrožené a osoby v raných stádiích nemocí (KVO, diabetes, obezita)
- poskytovat odborné informace lékařům primární péče o vztahu tělesné aktivity a zdraví a vhodných postupech
- zajistit informační materiály pro veřejnost

2. Metodické postupy Komunitní

intervence

Liberec a jeho okolí poskytuje již v současné době široké možnosti sportovního vyžití. Cílem komunitní intervence bude proto:

- seznámení populace s vlivem přiměřené tělesné aktivity na zdraví
- vedení k optimálnímu rozsahu a intenzitě tělesné aktivity
- propagace vhodných sportovních zařízení a sportovních akcí

Dlouhodobě budou využity lokální sdělovací prostředky.

Větší kampaň bude vedena při příležitosti **Dnů zdraví**, které ve spolupráci s MÚ Liberec budou probíhat v září.

Ve spolupráci s centrem Wellness v plaveckém bazénu bude připraven **specifický program pro Projekt zdraví**, který bude založen na optimálním aerobním tréninku.

Zajišťuje: organizačně a metodicky OHS

Skupinová intervence

V rámci klubu STOB bude pokračovat **cvičení pro obézní ženy**.

Program TA bude prosazován v **ozdravných programech organizací**.

Zajišťuje: organizačně a metodicky OHS

Individuální intervence

Důležitou roli by měli sehrát **lékaři primární péče** a to přímým působením na svoje pacienty a doporučením vhodných postupů (viz dále).

Budou připraveny **informační materiály** pro pacienty, které jejich působení usnadní.

Základem rozvoje přiměřené TA bude **sportovní centrum v plaveckém bazénu, kde** budou připraveny zvláštní programy tělesné aktivity.

3. Hodnocení účinností programu

Základem pro hodnocení efektu strategie podpory tělesné aktivity bude:

- počet osob zapojených do propagačních dnů podporujících tělesnou aktivitu
- změny základních zdravotních ukazatelů (BMI, WHR, cholesterolemie) a výkonnosti osob zapojených do individuálních programů tělesné aktivity
- změny v tělesné aktivitě rizikových a zdravotně ohrožených osob

DOPORUČENÉ POSTUPY V INTERVENCI TĚLESNÉ AKTIVITY

(Pro lékaře a sestry)

Profesionální pracovníci primární péče by měli zahrnout poradenství o fyzické aktivitě do své praxe. V průběhu rutinních kontaktů s pacienty by měli:

- **diskutovat** s pacienty zdravotní rizika nečinnosti, její provázanost s ostatními riziky, zlepšení zdraví jako důsledek pohybové aktivity a její role v prevenci kardiovaskulárních onemocnění, měli by své pacienty motivovat, aby fyzickou aktivitu učinili součástí svého denního programu.
- v rozhovoru s pacientem **zjišťovat**, zda se ve volném čase věnuje tělesnému pohybu:
Jak intenzivnímu pohybu a s jakou frekvencí - kolikrát týdně cvičíte nebo se věnujete nějaké fyzické aktivitě (včetně chůze), která trvá 20 minut nebo více? Při které z těchto aktivit jste se zadýchal, zrychlil se vám významně puls?
- **zaznamenat v dokumentaci**, zda fyzická aktivita je nízká, mírná nebo postačující
- **identifikovat** jedince, kteří potřebují změnit v tomto směru svůj životní styl a poskytnout jim veškerou pomoc a podporu, aby to byla změna trvalá
- **pomáhat** pacientům připravit program jejich fyzické aktivity a poradit jim při výběru jejich forem. Snažit se, aby doporučená aktivita byla v souladu s jejich denními činnostmi, respektovala jejich věk, počáteční tělesnou zdatnost, zdravotní stav
- **sledovat** pacienty, kterým byla fyzická aktivita doporučena, monitorovat do jaké míry byli schopni navržený program dodržovat a motivovat ty, kteří se vzdávají a vracejí se ke starému způsobu života;
- **odeslat** pacienty se specifickými zdravotními problémy na konzultaci ke specialistovi

Preskripce tělesné aktivity

Intenzita fyzické činnosti je vyjádřena jako procento maximálního množství energie, která může být zajištěna maximálním přísunem kyslíku t.j. % z maxima VO_2 Pro

testovaného jednotlivce je vyjádřena jako VC_2SL - symptom limited, t.j. okamžik, kdy

*testovaný jedinec již pro krátkost dechu není schopen normálně hovořit. **Intenzita může také být posouzena na základě odečtu pulsové frekvence. Tak napi. intenzita 50-85% VO_2SL odpovídá 60-90% maximální pulsové frekvence.***

Hodnota maxim. pulsové frekvence = 220 - věk v letech.

Programy pohybové aktivity mají 4 hlavní komponenty, které je třeba brát v úvahu:

frekvence aktivity : optimální je aktivní pohyb 3x v týdnu, resp. ob den. Cvičení se nemá provozovat ve dnech po sobě následujících, mohlo by být příčinou bolestivosti, únavy a zranění

trvání: aby se kardiovaskulární systém mohl se zátěží úspěšně vyrovnat, je cvičení rozloženo do tří fází a mělo by trvat 25-60 minut (1. fáze rozcvičení 5-10 minut, cvičení 15-40 minut, postupné zklidnění 5-10 minut). Čím vyšší věk cvičence, tím je nutné klást větší důraz na fázi rozcvičení

intenzita : cvičení pro normální jedince (t.j. průměrně zdatné, neatletické dospělé osoby), je optimální v intenzitě:

30-50% VO_2 SL v průběhu rozcvičovací a zklidňovací fáze

60-80 % VO_2 SL během plné *záleže* (t.j. ekvivalentní 70-90% max. tepové frekvence)

typy tělesných cvičení : jsou doporučovány *formy lehkého, mírně zatěžujícího* ne usilovného *cvičení*, jakým je například chůze (se stupňující se intenzitou a frekvencí), jízda na kole, jogging, plavání, běh na lyžích, kolektivní hry (fotbal s dětmi atd.), ale i tanec. Dále je možné uvažovat i s prací na zahradě. Čím více aktivity zapadají do běžného stylu života jedince, tím větší je naděje na úspěch.

Doporučená frekvence, trvání a intenzita aktivity musí být přiměřená a individualizována, vycházet z pacientovy počáteční zdatnosti a aktuálního zdravotního stavu.

Jedinci se sedavým způsobem života a prakticky nečinní by měli program pohybové aktivity zahájit ve velmi pomalu, ale pravidelně, s kratšími a méně náročnými aktivitami.

Zátěžové vyšetření pacienta před zahájením programu TA se doporučuje u :

- asymptomatických osob se zvýšeným rizikem bez ohledu na věk (více jak 2 RF: sTK > 160 nebo dTK > 90, cholesterol > 6,2 mmol/l, kouření, RA s výskytem aterosklerotického onemocnění před 55 rokem věku)
- zjevně zdravé starší osoby (muži nad 40, ženy nad 50 let) s méně než 2 RF, před zařazením do intenzivního tréninku osoby se známým kardiovaskulárním, plicním či metabolickým onemocněním při doporučení jakékoli TA

Důrazně poučte pacienta, že se cvičením musí ihned přestat, jakmile :

- => ucítí bolest na prsou, v pažích, šíji či čelisti
- => bude dušný
- => bude mít závrať
- => bude mít nauseu
- => bude mít nepravidelný tep
- => bude pociťovat značnou bolest ve svalech

IV. Zdravotní rizika Kouření

Kontaktní osoba: MUDr. V. Valenta

KOUŘENÍ

1. Vymezení problému

Kouření tabáku je nejzávažnější zevní a proto ovlivnitelnou příčinou významně přispívající k vyšší úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění a rakovinu (Ca). Výsledky většiny studií demonstrovaly přímý vztah výše rizika onemocnění k výši dávky a době trvání pravidelného kouření.

1.1 Zdravotní následky kouření jsou mnohočetné :

Odhadované riziko celkové úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění se pravidelným kouřením zvyšuje 2x a ještě vyšší je u mladých lidí. Kouření přispívá různou měrou i k cerebrovaskulární mortalitě (ictus) a k okluzivním onemocněním periferních cév.

Kouření je příčinou asi 30% všech úmrtí na rakovinu, přičemž rakovina plic se na tomto počtu podílí 20%. U pravidelných kuřáků je riziko vzniku rakoviny plic 10-30 x vyšší než u nekuřáků. Kouření je příčinou Ca plic v téměř 90%.

Převážná většina úmrtí na chronické obstruktivní onemocnění plic je přisuzována kouření. Riziko těchto onemocnění je u kuřáků 5-8x vyšší než u nekuřáků.

1.2 Interakce kouření s ostatními rizikovými faktory, jako je hypertenze, zvýšená hladina cholesterolu v séru a nedostatek tělesné aktivity umocňuje vyvolání vzniku kardiovaskulárního a cerebrovaskulárního onemocnění. Kouření v kombinaci s dalšími rizikovými faktory (např. alkohol, asbest) násobí jejich nebezpečnost ve smyslu urychlení vzniku některých typů maligního bujení.

1.3 Zdravotní důsledky pasivního kouření (kouř tabáku v prostředí) Ve stanovisku Americké agentury životního prostředí (EPA) z roku 1992 se uvádí, že pasivní kuřáctví a tabákový kouř v prostředí jsou v příčinné souvislosti s rakovinou plic dospělých, zvýšenou incidencí infekcí dolních cest dýchacích, zvýšenou prevalencí exudačních procesů středního ucha, příznaky iritace horních cest dýchacích, signifikantní redukcí plicních funkcí, častějšími epizodami a výrazně těžším průběhem

symptomů u astmatických dětí.

2. Závažnost a rozsah problému

Prevalence a trendy.

Kouření zůstává závažným problémem ve většině zemí Evropy. Stoupají počty kouřících mezi mladými lidmi, zejména mezi ženami. Prevalence kouření je obecně vyšší v populačních skupinách s nižším než vyšším příjmem.

Okres Liberec se radí mezi ty, kde je prevalence *kouření vyšší než je průměr ČR*. V r. 1990 kouřilo v Liberci v průměru ve věkové skupině 25 - 64 let 48% mužů a 31% žen. Přitom ve středním věku kouřilo 55% mužů a 40% žen. Muži kouřili většinou 10 -20 cigaret, ženy 6-10 cigaret. V populaci byl jen velmi nízký počet bývalých kuřáků -mužů 2%, žen 4%, což znamená, že naprostá většina osob, které začaly kouřit, se nedokázala tohoto návyku zbavit.

Postupný nárůst kuřáctví jak příležitostného (méně než 1x týdně) tak pravidelného (týdně - denně) je možné pozorovat *již od věku 10 let*

Ze šetření v r. 1992 vyplývá, že v osmých třídách ZŠ kouří 16% chlapců a 10% dívek a jen 50% dětí je nyní přesvědčeno, že v dospělosti nebude kouřit. V rodinách, kde se kouří, kouří děti 3x častěji a *pouze ve 30% rodin se vůbec nekouří*, což znamená, že většina dětské populace je vystavena účinkům tabákového kouře.

3. Intervenční opatření

Z prospektivních studií existuje mnoho důkazů, že zdravotní riziko kouření může být sníženo, jestliže přestaneme kouřit. V průběhu 5 let po zanechání kouření riziko onemocnění Ca plic u bývalého kuřáka klesá na hladinu srovnatelnou s nekuřáky. Podobný efekt má zanechání kouření i v případech kardiovaskulárních onemocnění -riziko se snižuje velice rychle a klesá v průběhu jednoho až dvou let o 50%. Průzkumy ukazují, že velká většina dospělých kuřáků si přeje přestat kouřit a také to jednou nebo i vícekrát zkusila. *Dosavadní zkušenosti*

Ověřování metody skupinové terapie pro odvykání kouření - nekuřácké poradenství - probíhá na OHS dva roky. V r. 1994 prošlo poradnou 32 osob. *Po pěti měsících* (doba trvání kurzu) *nekouřilo 86% osob*, což v porovnání s pokusy bez intervence, kdy bývá úspěšnost cca v 30%, prokazuje značný efekt poradny. Zdravotní dopad je dokumentován funkčním vyšetření plic, které se u všech vyšetřených pohybuje při prvních vyšetřeních v patologických hodnotách. Po pěti měsících se výsledky vyšetření nejen zlepšují, ale u některých osob se dostávají do fyziologických norem. První zkušenost s komunitní intervencí jsme měli v r. 1994, kdy jsme se okresním kolem soutěže Přestaň a vyhraješ, zapojili do evropské soutěže Quit and Win. Okresní soutěže se zúčastnilo 191 osob, z toho 37% žen. Téměř 50% tvořila populace do 40 let. V rámci celostátního kola se z Liberecka zúčastnilo 265 osob, což v přepočtu na počet obyvatel bylo *nejvíce z ČR*.

PLÁN NEKUŘÁCKÉ INTERVENCE NA OBDOBÍ 1995 - 1997

1. Cíle projektu

- zabezpečit dostupnost nekuřáckého poradenství v okrese
- snížit kuřáctví zejména mladší generace, rizikových a zdravotně ohrožených osob
- poskytovat aktuální informace veřejnosti o vztahu kouření a zdraví a možnostech účinných postupů v odvykání kouření v podmínkách okresu
- poskytovat lékařům aktuální informace o důsledcích kouření, informovat je o metodách odvykání a poskytovat informační materiály pro pacienty

2. Metodika programu *Komunitní*

intervence

Spolupráce s místními sdělovacími médii, zejména v propagaci soutěže Přestaň a vyhraješ a při příležitosti mezinárodních dnů boje proti kouření.

Iniciace vlastních aktivit sdělovacích prostředků. Připraveny budou odborné podklady pro sdělovací prostředky.

Zajišťuje : OHS ve spolupráci s lokálním tiskem, rozhlasovými stanicemi a televizními společnostmi.

Skupinová intervence

Poradna pro odvykání kouření - pokračování v ověřených postupech. Zavádění metodik pro specifické skupiny (pedagogové, vedení podniků).

Výchova k nekuřáctví pro děti základních škol je součástí probíhajícího peer programu v rámci prevence AIDS a drogových závislostí.

Cílené programy pro vedení větších podniků, zdravotníky a pedagogy, při kterých budou podány základní informace o problému a metodách odvykání kouření.

Zajišťuje : OHS

Individuální intervence

Klíčovou roli v nekuřácké individuální intervenci mají lékaři na všech úrovních. Každý kontakt s pacientem by měl obsahovat dotaz na kouření - jeho délku a intenzitu - a krátký výklad o jeho škodlivosti, vztahu k pacientově zdravotnímu stavu a poučení o metodách a místních možnostech ukončení kouření.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Ve vhodných případech (nezbytná je vůle pacienta), by měla být doporučena nekuřácká poradna.

Pomocí by měly být informační materiály pro pacienty.

Zajišťuje : lékaři na všech úrovních

metodické podklady a informační materiály OHS

3. Hodnocení účinnosti programu

Základem pro hodnocení efektu strategie bude:

- vývoj kuřáctví v okrese Liberec v porovnání s trendem ČR
- počet osob, které přestali kouřit pod vlivem soutěže Přestaň a vyhraješ
- počet úspěšných osob v nekuřácké poradně
- počet ohrožených a rizikových osob, které přestali kouřit

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO LÉKAŘE A SESTRY V NEKUŘÁCKÉ INTERVENCI

V souladu s důkazy o účinnosti preventivních opatření používaných k ukončení kouření, by každý lékař a sestra měl:

- zjišťovat u svých pacientů zda on sám nebo někdo v jeho rodině kouří
 - zabezpečit, aby zdravotní záznamy obsahovaly informaci, zda pacient kouří či nekouří
 - pomocí jednoduchých otázek individuálně zhodnotit sílu návyku a výši nikotinové adikce:
 - Jak dlouho a kolik kouříte ?*
 - Jak brzo po probuzení si zapálíte první cigaretu?*
 - Máte zájem přestat s kouřením?*
 - Zkusil jste již někdy přestat kouřit?*
 - Domníváte se, že budete úspěšný, když se rozhodnete přestat kouřit?*
 - posilovat pozitivitu myšlenky nekuřáctví mezi kuřáky
 - vyhledávat příležitost hovořit o problému kouření, diskutovat názory na kouření a zdraví se všemi pacienty při jakémkoliv návštěvě ordinace, zejména se zaměřit na:
 - dospívající*
 - těhotné a nastávající matky*
 - osoby s malými a školními dětmi doma*
 - osoby s vysokým krevním tlakem, zvýšenými hladinami cholesterolu, onemocněním kardiovaskulárním, periferních cév, respiračními onemocněními a osoby před operací*
 - poradit všem kuřákům přestat kouřit
 - pomoci těm, kteří jsou připraveni zanechat kouření, naplánovat individuální strategii
 - být stále připraven poradit, poskytovat nezbytnou literaturu (brožury, letáky)
 - pokud je to nezbytné nabídnout náhradní nikotinovou terapii a vysvětlit použití
- Při rozhovoru s pacientem by konzultující měl:
- podat kompletní, jasnou a na konkrétní osobu zaměřenou informaci o zdravotních rizicích kouření, pátrat po pacientových předsudcích a mylných představách (např. pro mne je již pozdě)
 - ujistit se, že rada byla nejen přijata, ale i dobře pochopena a zopakovat ji pokud je to třeba
 - zeptat se pacienta, zda má zájem přestat kouřit
 - motivovat jej radou jaké jsou možnosti přestat, zdůraznit výhody nekuřáctví
 - podpořit pacientovo vlastní odhodlání přestat a připravit jej pro intervenci nenutit ty, kteří připraveni ještě nejsou
 - odeslat pacienta, pokud je to nezbytné, do nekuřácké poradny

V. Skupiny nemocí

Prevence kardiovaskulárních onemocnění

Kontaktní osoba: *primární prevence*

MUDr. T. Šoltysová OHS
Liberec, tel 22661

sekundární prevence

MUDr. A. Furst
koronární jednotka nemocnice Liberec
tel. 3272656

PROGRAM PREVENCE KARDIOVASKULÁRNÍCH NEMOCÍ

1. Vymezení problému

Kardiovaskulární nemoci (KVO) jsou v současné době hlavní příčinou úmrtí ve většině průmyslových zemích i v ČR. Věda v posledních 30-ti letech přitom prokázala, že hlavním rizikovým faktorem lze předcházet a že jsou kontrolovatelné.

Řada rozsáhlých studií dokladuje, že kouření, vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu a diabetes zvyšují riziko KVO, Tyto rizikové faktory jsou spojené s obezitou, nevyváženou výživou s vysokým obsahem nasycených mastných kyselin a nedostatečnou tělesnou aktivitou.

Je nutno připustit, že některé faktory spojené s KVO jsou neovlivnitelné, např. genetika, pokročilý věk, mužské pohlaví. V těchto případech je pak vliv ovlivnitelných rizikových faktorů podstatně vyšší, než u osob bez genetické zátěže.

2. Rozsah a závažnost problému

Hlavní příčinou zaostávání ČR za vyspělými evropskými zeměmi je vysoká úmrtnost na KVO, která je v porovnání s těmito zeměmi dvojnásobná.

Situace v okrese Liberec je naprosto obdobná. Úmrtnost na KVO tvoří v posledních **letech více než 50% celkové úmrtnosti mužů a více než 60% úmrtnosti žen.**

Přitom zvláště nepříznivý je jejich podíl na předčasných úmrtích - ve věku do 65 let, kdy tato onemocnění jsou příčinou úmrtí u mužů v 38% a u žen ve 42%. Prakticky to znamená, že každý čtvrtý zemřelý muž a každá desátá zemřelá žena umírá před dovršením 66 let na KVO onemocnění.

Nejčastější příčinou úmrtí z této skupiny nemocí je u obou pohlaví ischemická choroba srdeční, dále pak infarkt myokardu (AIM) u mužů a cévní onemocnění mozku u žen.

Přitom ze sledování nemocnosti AIM v letech 1990 - 91 v Liberci vyplynulo, že více než 50% mužů a 30% žen nemocných AIM je ve věku do 65 let. Mezi těmito nemocnými se vyskytuje statisticky významně více kuřáků a diabetiků než v běžné populaci.

3. Intervenční opatření *Dosavadní*

zkušenosti

V r. 1992 - 4 byla ověřována metoda intervence KVO v modelovém projektu „Snižování výskytu kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních nemocí v ČR“, který je finančně podporován Agency for International Development USA. Metoda celopopulační intervence byla ověřována v obci Dubec a individuální intervence rizikových osob na 2. interní klinice 3.LF Praha a v nemocnici Litoměřice. Výsledky svědčí o pozitivních změnách jak v komunitní oblasti, tak u osob s vysokým rizikem KVO. Společný postup primární a sekundární prevence u osob s vysokým rizikem s přístupem komunitním, je efektivnější, než přístupy oddělené. Od dubna 1995 je program rozšiřován do dalších lokalit ČR s cílem aplikovat ověřené intervenční postupy v praxi. Jedním ze 4 základních modelových okresů pro ČR je Liberec.

PLÁN KARDIOVASKULÁRNÍ PREVENCE NA OBDOBÍ 1995 - 1997

1. Cíle programu

Krátkodobé:

- ověřit efektivitu intervence (výživa, nekuřáctví, tělesná aktivita) u osob ohrožených kardiovaskulárním onemocněním a nemocných AIM ve věku do 65 let
- snížit výskyt rizikových faktorů (nesprávné výživy, hypertenze, hypercholesterolemie, tělesné inaktivity) u rizikových osob

Dlouhodobé:

- zabezpečit systematickou preventivní péči o osoby s vysokým rizikem KVO
- snížit počet nemocných KVO a výskytu AIM zejména v mladších věkových skupinách

2. Postupy

Uvedených cílů bude dosaženo realizací následujících postupů:

- programem záchytu časných stadií KVO a vytypováním rizikových osob v praxi lékařů primární péče
- individuální intervencí těchto osob v oblasti nutriční, tělesné aktivity, nekuřáctví
- podporou svépomocných aktivit nemocných KVO
- edukaci lékařů primární péče

3. Cílová skupina:

- osoby, které onemocněly AIM ev. jinou formou KVO ve věku do 65 let
- příbuzní (sourozenci, děti, ev. vnoučata) těchto nemocných, kteří jsou v riziku vzniku KVO
- osoby s rizikem vzniku KVO ve věku do 65 let

4. Metodika programu

Na realizaci programu se budou podílet všechny úrovně zdravotní péče. Základem bude práce na koronární jednotce ev. interním odd., kdy ošetřující lékař bude působit na pacienta a získávat ho pro aktivní přístup k sekundární prevenci. Dále lékař vysvětlí zvýšené riziko, kterým jsou ohroženi pokrevní příbuzní nemocného a doporučí jim odborné vyšetření.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

V dalším stupni pak odborní lékaři (kardiologové) povedou léčbu dle nejnovějších poznatků, vč. získání pacienta ke vhodnému životnímu stylu. U vyšetřených příbuzných posoudí jejich zdravotní riziko a rozhodnou o dalším léčebném postupu.

Pokud se nebude jednat o odhalení závažného stadia nemoci, bude terapie zahájena úpravou životního stylu.

Praktičtí lékaři by měli podporovat postup kardiologa. U nemocných ve věku do 65 let s jiným typem KVO a rizikových osob vhodných k prevenci (primární či sekundární) budou postupovat obdobným způsobem.

Poradna ochrany zdraví při OHS bude zajišťovat intervenci nutriční, nekuřáckou a vhodné tělesné aktivity.

5. Hodnocení programu

Program bude dlouhodobě hodnocen podle vývoje nemocnosti a úmrtnosti na KVO, zejména v mladších věkových skupinách.

Krátkodobě budou hodnoceny změny ovlivnitelných rizikových faktorů KVO (kuřáctví, cholesterolemie, BMI, hypertenze) u nemocných AIM, KVO i ohrožených osob.

PRAKTICKÉ POSTUPY V PROGRAMU PREVENCE KVO

Role koronární jednotky nemocnice (KJ)

Základním krokem programu je *intervence pacienta na KJ*.

Pomocí informačních materiálů jsou pacienti seznámeni se základními údaji o **možnostech sekundární a primární prevence KVO**.

Nezastupitelná je *role lékaře*, který při pohovoru s pacientem v rámci vyplnění dotazníku (viz. dále) zopakuje základní údaje, zdůrazní význam prevence a objasní případné nejasnosti. Zvláštní důraz klade na rizika životního stylu a možnosti jejich eliminace.

Dále KJ zajišťuje:

- základní registr AIM (jednoduchá evidence dle RČ)
- výběr pacientů s předčasným AIM (věk do 65 let) a shromáždění základních dat
- předání pacienta a adres přímých příbuzných ve věku do 65 let ambulantním kardiologům

Role ambulantních kardiologů

Základní úlohou ambulantních kardiologů je sekundární prevence osob po AIM a účast na primární prevenci ohrožených příbuzných:

- sekundární prevence nemocných po AIM s důrazem na intervenci rizik životního stylu (spolupráce s nutriční a nekuřáckou poradnou, preskripce TA)
- cílené vyšetření (dotazník č. 2 - viz příloha) přímých příbuzných
- posouzení rizika KVO a rozhodnutí o potřebě ponechání příbuzných v odborné dispenzární péči nebo předání do péče ošetřujícího lékaře
- kontrolní vyšetření po 1 roce

Role odborných lékařů a lékařů primární péče

- dispenzarizace pacienta po AIM a rizikových příbuzných
- pokračování v individuální intervenci zaměřené na omezení rizik životního stylu
- kontrola vývoje rizikových faktorů

Role OHS

- koordinace projektu
- zajištění kontaktu s pacienty hospitalizovanými zač. r.1995

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- individuální nutriční intervence, skupinová terapie odvykání kouření
- zajištění informačních materiálů pro pacienty
- sběr dat a vyhodnocování projektu
- komunitní intervence - seznamování odborné i laické veřejnosti s programem, jeho rozsahem, cíli a výsledky.

Pro komplikované případy a specializované výkony (koronarografie, poruchy lipidového metabolismu) je zajištěna specializovaná ambulance na 2. interní klinice 3. LF Praha a na pracovišti pro prevenci aterosklerozy IKEM .

VI. Skupiny nemocí

Prevence diabetes mellitus

Kontaktní osoba: *primární prevence*

MUDr. T. Šoltysová OHS
Liberec, tel. 22661

sekundární prevence

MUDr. A. Klimovičová
diabetologické centrum nemocnice Liberec
tel. 3272410

PROGRAM PREVENCE DIABETES MELLITUS II. TYPU 1.

Vymezení problému

V ČR podobně jako v dalších vyspělých zemích v současné době probíhá epidemie diabetů, který se tak zařazuje mezi společensky nejzávažnější choroby. Počet nemocných zvláště s typem II se neustále zvyšuje. Roční nárůst v ČR je asi 6% onemocnění. To znamená, že nepodaří-li se zásadně ovlivnit preventivní přístupy a zajistit včasnou léčbu onemocnění, pak v budoucnosti by mohlo každé páté dnes narozené dítě onemocnět za svého života diabetem.

Přitom se jedná o závažné celkové onemocnění s druhotnými komplikacemi, především cévními. Ty jsou příčinami vysoké úmrtnosti a zkracují předpokládanou délku života v závislosti na typu diabetu o 30 - 50%. Dlouhodobá léčba a sociální zabezpečení diabetiků pak výrazně zatěžuje výdaje na zdravotní péči.

Přitom diabetes II. typu patří mezi tzv. preventibilní nemoci, t.j. nemoci, jejichž vzniku a vývoji je možné zabránit, nebo alespoň zmírnit průběh onemocnění či posunout jeho začátek do vyššího věku.

Pokud již onemocnění vzniklo, je možné řízenou výživou, správným životním stylem a vhodnou terapií omezit vznik komplikací.

Mezi hlavní rizikové faktory diabetu, které je nutné sledovat a počítovat, patří: obezita, nesprávná skladba výživy, tělesná inaktivita, rodinný výskyt, vysoký krevní tlak a vysoká hladina krevních lipidů.

2. Rozsah a závažnost problému

V České republice je asi 6% nemocných s diabetem, přičemž ve věku nad 60 let trpí diabetem kolem 20% osob. Přitom se předpokládá, že asi polovina diabetiků zůstává nerozpoznána, celková úmrtnost diabetiků je 3 x vyšší než u ostatní populace. V okrese Liberec bylo v r. 92 registrováno 5.600 diabetiků s mírnou převahou žen (60%). Přitom 90% nemocných mělo diabetes II. typu. Z toho jen 21% bylo léčeno pouze dietou a 29% muselo aplikovat inzulín. Předčasných nemocí (do 65 let) bylo více než 40%. Z komplikací se v r. 1992 vyskytlo 26 případů slepoty, 145 případů renální insuficience a 700 případů angiopatií dolních končetin se 77 amputacemi.

3. Intervenční opatření *Dosavadní*

zkušenosti

V 80. letech probíhal celostátní diabetologický program. Jeho hlavní zásluhou bylo, že se sjednotila standardní péče o diabetiky, hlavně I. typu, vyškolil diabetology a získal prostředky na zkvalitnění péče (inzulínové stříkačky).

Do r. 1990 byla péče o diabetiky zcela centralizována do diabetologických poraden.

Výhodou byla jednotná péče vyškoleným odborníkem, možnost poměrně přesné evidence a sledování vývoje této nemoci. Nevýhodou bylo přetížení poraden množstvím pacientů.

Po r. 1990 převzala část privátních praktických lékařů některé diabetiky do své péče.

To přináší výhody, pokud se jedná o lehké diabetiky bez komplikací, kdy vedle úlevy diabetologickým poradnám, je jistě užší kontakt lékaře a pacienta a snad i lepší spolupráce pacienta. Nevýhodou jsou nedostatečné praktické zkušenosti nespécializovaných lékařů, nestandardizovaná péče a podstatně zhoršená možnost statistického sledování.

Zásadní nevýhodou obou systémů je skutečnost, že chybí časový a materiální prostor nejen pro vyhledávání rizikových osob a jejich intervenci, ale i pro skupinovou a účinnou individuální edukaci nemocných.

Přitom krátkodobé zkušenosti z nutričního poradenství ukazují, že je velmi obtížné měnit životní režim a špatné dietní návyky u pacientů, kteří jsou již **několik let léčení farmakologicky.**

PROGRAM PREVENCE DIABETES MELLITUS V OBDOBÍ 1995 -1997

1. Cíle programu

Krátkodobé:

- ověřit efektivitu intervence (výživa, nekuřáctví, tělesná aktivita) u nově diagnostikovaných nemocných ve věku do 65 let a u vysoce ohrožených osob (dva a více rizikových faktorů)
- snížit výskyt rizikových faktorů (nesprávné výživy, hypertenze, hypercholesterolemie, tělesné inaktivity) u rizikových osob
- zvýšit podíl záchytů v raných stádiích nemoci

Dlouhodobé:

- snížit počet nemocných DM II zejména v mladších věkových skupinách
- zvýšit podíl pacientů léčených správným životním režimem (vč. řízené diety)
- snížit počet nemocných s lékovou terapií, zejména inzulinem
- snížit počet komplikací, zejména slepoty a amputací DK.

2. Postupy

Uvedených cílů bude dosaženo realizací následujících postupů :

- programem záchytu časných a preklinických stadií DM v praxi lékaře primární péče
« edukačním programem péče o zdraví pro nemocné a ohrožené DM
- individuální intervencí v oblasti nutriční, tělesné aktivity, nekuřáctví
- podporu svépomocných aktivit nemocných DM
- edukací lékařů primární péče

3. Cílová skupina:

- osoby s vysokým zdravotním rizikem (dva a více rizikových faktorů) ve věku do 65 let
- nově diagnostikované případy v časných stádiích nemoci ve věku do 65 let

4. Metodika programu

Protože základem programu je včasná péče o ohrožené pacienty a raný záchyt DM II., budou *praktičtí lékaři hrát klíčovou roli*. Základem bude postup v rámci preventivních prohlídek pacienta, kdy budou vytypovány rizikové osoby t.j. s anamnézou diabetu v rodinně, obezitou, těhotenským diabetem nebo dítětem s velkou porodní hmotností. U osob, kde se vyskytuje více než jeden rizikový faktor, vyšetří lékař postprandiální glykemii a sérový cholesterol. Pacientům s vyššími hodnotami postprandiální glykemie a s nově diagnostikovaným diabetem ve věku do 65 let lékař stručně vysvětlí zdravotní riziko,

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

kterému je pacient vystaven, předá mu základní informační materiály a odešle ho do diabetologické poradny.

Dále bude zajištěna péče diabetologické poradny dle standardních postupů.

Všichni pacienti s nově diagnostikovaným DM II a porušenou glukózovou tolerancí ve věku do 65 let budou doporučeni k individuální výživové intervenci a do edukačního centra.

Konkrétní postupy lékařů na různých úrovních zdravotní péče jsou uvedeny v příloze (Praktické postupy v programu prevence DM).

5. Hodnocení účinnosti programu

Efekt programu bude dlouhodobě hodnocen podle změn v prevalenci DM II. a typu léčby. V krátkodobém pohledu bude hodnocen počet vyhledaných raných stadií DM II a změn ve výskytu rizikových faktorů u těchto osob - stav výživy, obezita, cholesterolemie, kouření, tělesná aktivita. Hodnocena bude míra zapojení rizikových osob a nemocných do programu intervence.

Lékař primární péče dodržuje tyto zásady :

- ve vlastní péči má pacienty kompenzované dietou a stabilizované, nekomplikované případy léčené p.o. antidiabetiky
- « nové záchyty, diabetes léčený inzulínem a komplikace ponechává v péči odborného diabetologa
- vlastní kontroly provádí lékař 1 x za 3 měsíce (krev, moč) a vždy při podezření na zhoršení kompenzace
- u všech nemocných a ohrožených DM II důsledně kontroluje krevní tlak a léčí hypertenzi při vzestupu diastolického TK nad 95 mmHg.

Role odborných lékařů - diabetologů

- zajišťují odborné vyšetření, diagnostiku a navrhnou další postup péče o pacienty s vyššími hodnotami postprandiální glykemie, poruchami glukózové tolerance a s nově diagnostikovaným nekomplikovaným onemocněním diabetes měli. II
- zajišťují vlastní péči o pacienty léčené inzulínem a o nemocné s komplikacemi
- v rámci edukace informují pacienty o činnosti edukačního centra, vhodné pacienty (nové záchyty, osoby mladší 60 let) doporučí do péče centra Role nemocnice - diabetologické jednotky (DJ)
- DJ tvoří odborné zázemí programu
- je metodickým centrem pro praktické lékaře a odborné lékaře
- odborně vede edukační diabetologické centrum

Edukační diabetologické centrum

Je zřizováno ve spolupráci s ČČK. Je odborným zázemím pro svépomocné skupiny nemocných DM. Odbornou péči zajišťují lékaři a sestry DJ nemocnice.

Poučí pacienta o nemoci, jejich komplikacích a prevenci. Podle stavu doporučí pacienta k individuální nutriční ev. nekuřácké intervenci, stanoví optimální tělesnou zátěž a doporučí vhodné aktivity.

Role OHS

Zajišťuje: koordinaci projektu

sběr dat a jejich vyhodnocení pro hodnocení efektivity projektu

informační materiály pro pacienty i lékaře

podíl na intervenci pacientů v oblasti život, stylu - nutriční a nekuřácká poradna

napomáhá svépomocným aktivitám diabetiků