

KARDIOVASKULARNO ZDRAVLJE –
Javnozdravstveni aspekti sekundarne prevencije i rehabilitacije

Javnozdravstvene strategije u zaštiti kardiovaskularnog zdravlja

Prof.dr.sc. Marija Strnad

Hrvatski zavod za javno zdravstvo



Zagreb, 30. studenoga
2007.

PRIMARNA PREVENCIJA KVB

- Smanjenje rizika za razvoj simptomatske bolesti u pojedinaca i populaciji,
- Uspješnost se može pratiti stopama incidencije bolesti

Incidencija je determinirana kompleksnom interakcijom rizičnih čimbenika tijekom života. Njih 9 lako mjerljivih i potencijalno modificirajućih objašnjava 94% KVB rizika u populaciji. Ostalih 6% je još neidentificiranih.

Koncept rizičnih čimbenika u primarnoj prevenciji

- Nemodificirajući : dob, spol, rasa, obiteljska anamneza
- Biheviorarni: sedentarni način života, nepravilna prehrana, pušenje, alkohol
- Fiziološki: hipertenzija, debljina, lipidi, dijabetes, što može biti posljedica načina življenja
- Primarna prevencija zahtijeva utvrđivanje veličine rizika u asimptomatskoj populaciji, kako bi se mogli kvantificirati ciljevi programa

Smanjenje rizika u populaciji

- Aktivnosti u zajednici: škole, radna mjesta, crkve, zdravstvene ustanove, stan ili kuća
- Način djelovanja: mediji, brošure pošta, razni događaji, dućani, restorani, grupna I direktna edukacija, skrininzi
- Najbolje je koristiti multiple preventivne pristupe

To su najvažnije javnozdravstvene strategije koje trebaju provoditi javnozdravstvene ustanove u suradnji s primarnom zdravstvenom zaštitom, zašto su nam potrebni naši modeli organizacije

SEKUNDARNA PREVENCIJA KVB

- Identifikacija i liječenje osoba kod kojih je utvrđena bolest i onih s visokim rizikom za KVB, uključujući i one s bolesti perifernih krvnih žila
- Liječenje i rehabilitacija pacijenata nakon srčanog ili moždanog udara kako bi se prevenirao ponovni kardiovaskularni ili cerebrovaskularni događaj
- godišnje cijepljenje protiv gripe

SEKUNDARNA PREVENCIJA KVB

- Osnovna je svrha prevenirati daljnju bolest i smrt u osoba sa simptomima bolesti (prevalencija) a upješnost se mjeri njihovim stopama smrtnosti (case fatality rates)
- Primjerice: preboljeli akutni MI imaju povećni rizik rekurentnog MI i 10% smrtnosti u prvoj i 5% slijedećih godina
- Uključuje : **promociju smanjenja rizika** (prehrana, težina, pušenje, tjelesna aktivnost); **farmakološke intervencije** (odgovarajući lijekovi) i optimalnu **kontrolu dijabetesa, hipertenzije i zatajenja srca**

ŠTO POSTIŽEMO SEKUNDARNOM PREVENCIJOM

Ključne su komprehenzivne intervencije za smanjenje ili modifikaciju rizičnih čimbenika:

- Produžuju život (preživljenje)
- Poboljšavaju kvalitetu života
- Smanjuju potrebu za interventnim postupcima (angioplastika, bypas)
- Smanjuju incidenciju ponovnih ataka

PRIMORDIJALNA PREVENCIJA

- Smanjenje pojave rizičnih čimbenika predipospozirajućih za KVB

Primjerice: promjene životnih navika za održavanje idealne tjelesne težine ili smanjenje soli preveniraju povišeni krvni tlak

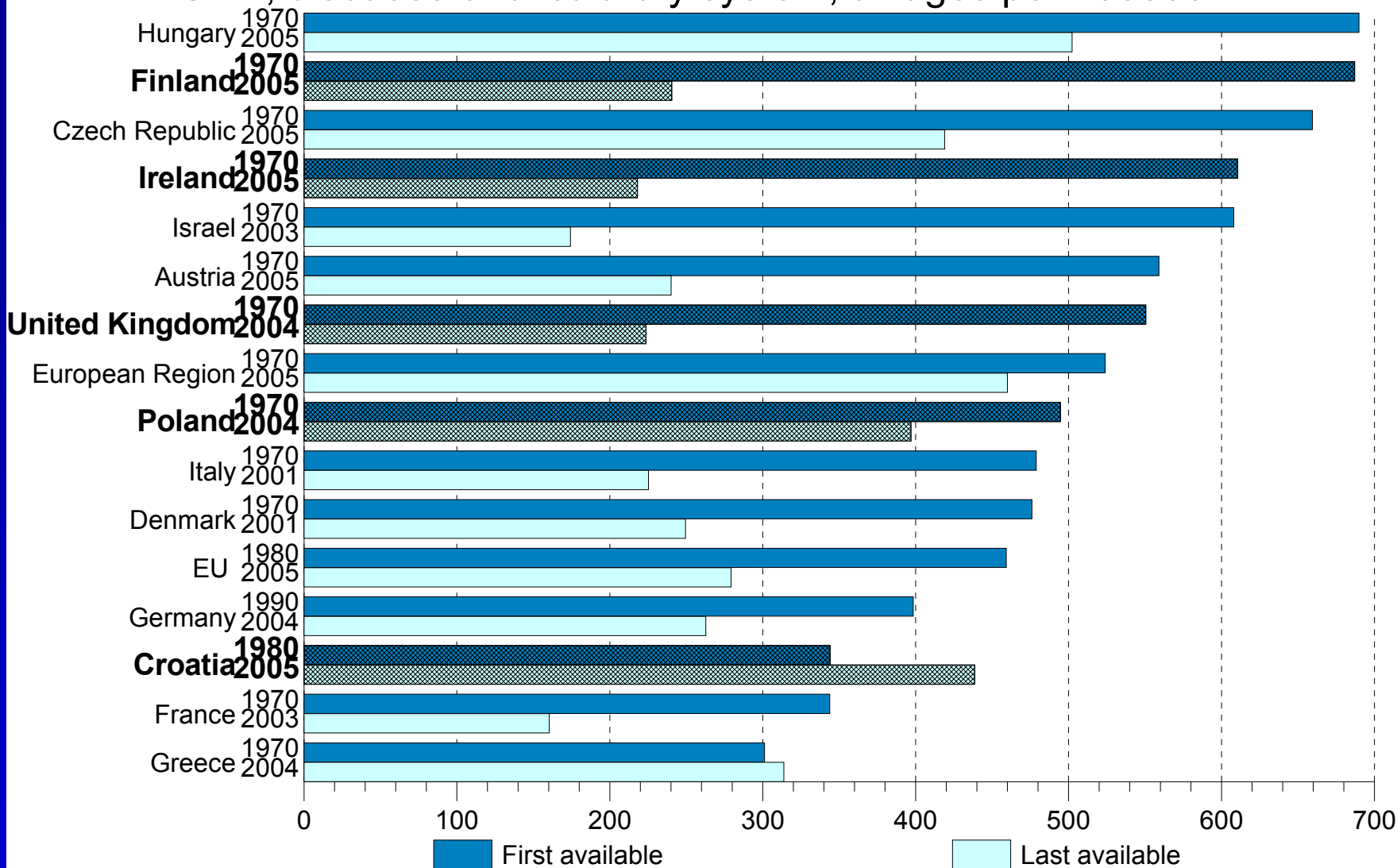
IZLOŽENOST KLJUČNIM RIZIČNIM ČIMBENICIMA

- Bihevioralni rizični čimbenici ne događaju se u vakumu
- Na njih utječu: psihološko zdravlje, socijalno okruženje na poslu i kod kuće, širje determinante zdravlja : zaposlenje, stanovanje, izobrazba, prihodi, fizikalno okruženje
- Psihosocijalni (depresija, socijalna izolacija) i fizikalni rizični čimbenici klasteriraju se primjerice u osoba s niskim socioekonomskim statusom ili nekim drugim grupama

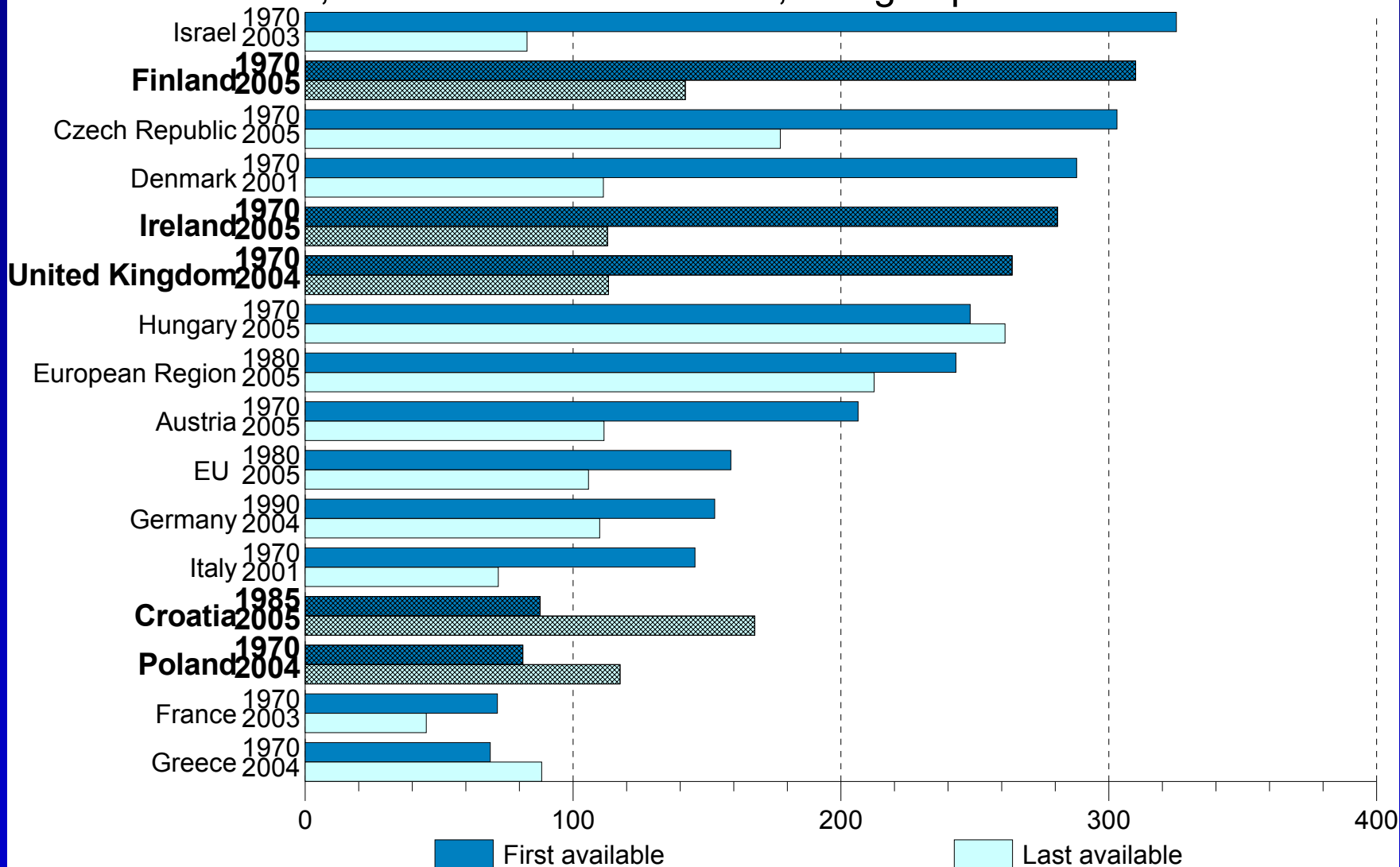
Studije u Europi, SAD-u i Novom Zelandu konzistentno ukazuju da se 50-75% smanjenja kardijalnih smrti može pripisati populacijskim poboljšanjima :

- **Pušenja**
- **Ukupnog kolesterola**
- **Krvnog tlaka**
- **25-50%modernom kardiološkom tretmanu(tromboliza, ACH inhibitori, statini, bypas)**

SDR, diseases of circulatory system, all ages per 100000

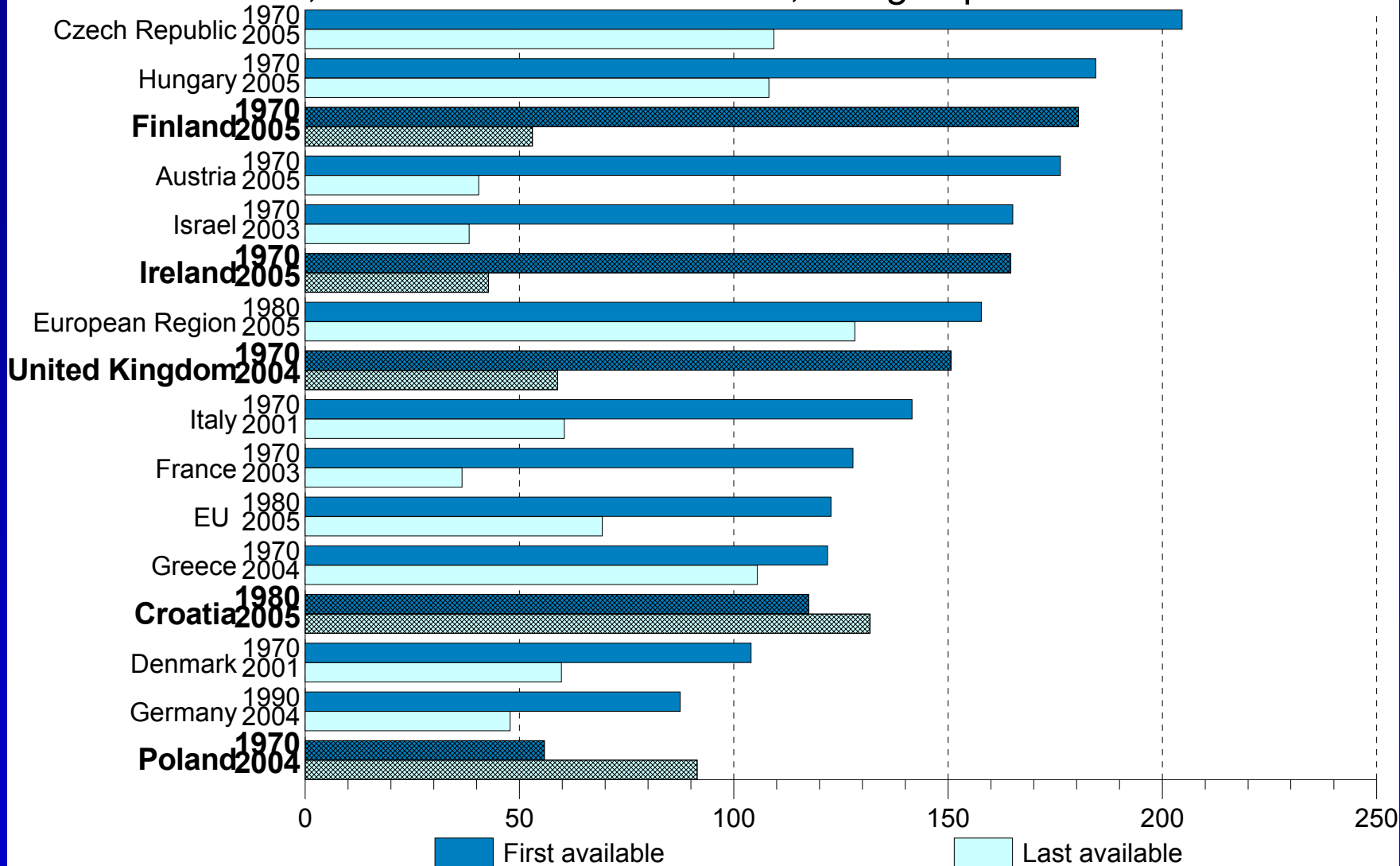


SDR, ischaemic heart disease, all ages per 100000



HFA, 2007.

SDR, cerebrovascular diseases, all ages per 100000



HFA, 2007.

Hrvatska

- **Zadnjih godina smanjenje smrtnosti od KVB,**
- **Posebice u dobi 0-64 godine , izraženije za CVB**

ZAŠTITA KV ZDRAVLJA

primarna prevencija	←← sekundarna prevencija	←← tercijarna prevencija
promicanje zdravog življenja: kontrola težine, tjelesna aktivnost	skrining/kontrola multiplih rizičnih čimbenika ako je prisutan makar jedan	liječenje nakon KV događaja
Pušenje: savjetovanje prestanka pušenja i praćenje učinka	skrining /kontrola individualnih rizičnih čimbenika: kolesterola, krvnog tlaka, dijabetesa	

Javnozdravstvene komprehenzivne strategije za modifikaciju rizičnih čimbenika velikim su dijelom zajedničke za primarnu i sekundarnu prevenciju

Za poboljšanje zdravlja populacije važna je primarna i sekundarna prevencija

- **Udio svake od njih teško je kvantificirati koristeći postojeće podatke**
- **Zato se koriste modeli koji kvantificiraju potencijalne učinke smanjenja rizičnih čimbenika prije i nakon manifestne koronarne bolesti**

USPOREDBA SNAGE PRIMARNE I SEKUNDARNE PREVENCIJE

Primjer: smanjenje stopa smrtnosti od koronarne bolesti u Irskoj 1985-2000. za polovicu

Pad broja poznatim rizičnim čimbenicima pripisivih smrti iznosio je 68% za osobe bez prepoznate KB a 32% za bolesnike s KB, odnosno 2 530 smrti manje

U tom razdoblju:

- **prevalencija pušenja smanjila se za 14% ili 685 manje umrlih (275 bez i 410 s KB)**
- **Ukupna razina kolesterola pala je za 4,6% uslije promjena u prehrani što se povezuje s 1300 smrti manje (1 185 bez i 115 s KVB)**
- **Liječenje statinom smanjilo je broj umrlih za 305 (45 bez KB i 260 s KB)**
- **Dijastolički krvni tlak za 7,2% smanjo je broj umrlih za 170 (140 bez i 30 s KB)**
- **70 smrti manje zahvaljujući antihipertenzivnoj terapiji osoba kod kojih još nije bila dijagnosticirana koronarna bolest**

- **Više od 2/3 smanjenja smrti od KB Irskoj između 1985 i 2000 pripisuje se primarnoj prevenciji, djelovanjem na tri značajna rizična čimbenika (pušenje, kolesterol i krvni tlak)**
- **Primarna prevencija ima dvostruko veći učinak nego sekundarna**
- **Mogućnosti sekundarne prevencije su frustrirajuće limitirane, zbog visoke smrtnosti IM**
- **Primarna prevencija je vrlo važna, ali nema dovoljno dokaza o njenoj uspješnosti**

- **Veći učinci u smanjenju kolesterola postignuti su promjenama u prehrani u primarnoj prevenciji (smanjeni unos zasićenih masnoća i soli ima učinke i na krvni tlak)**
- **Veći učinci statina u sekundarnoj prevenciji**

Smanjenje razine kolesterola u nekim zemljama odražava učinka više faktora: nacionalne politike, ekonomike, promicanja zdravlja, multisektorske suradnje kao i individualnog savjetovanja

**Populacijski pristup je najisplativiji I ima najveći učinak
na incidenciju, prevalenciju I mortalitet**

**Male promjene u cijeloj populaciji
postižu veće smanjenje smrtnosti
nego velike promjene u relativno
malom broju osoba s visokim
rizikom**

Rose G., Strategy of Preventive medicine, 1992.

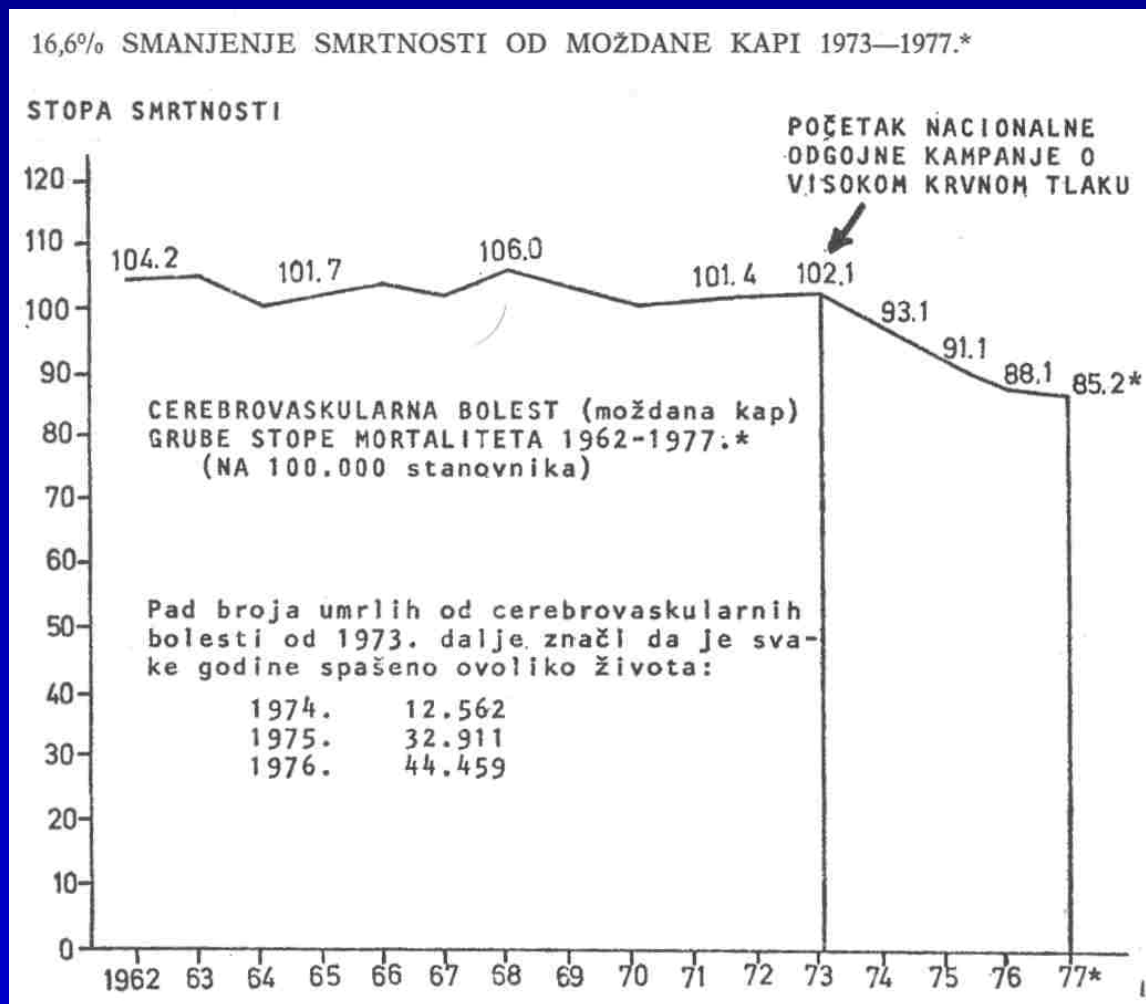
Hvala na pozornosti!



Svjetska iskustva u prevenciji KVB

- Nacionalni programi prevencije - sedamdesetih godina niz razvijenih zemalja počeo provoditi intenzivne programe prevencije (npr. SAD, Finska – populacijski orijentirani)

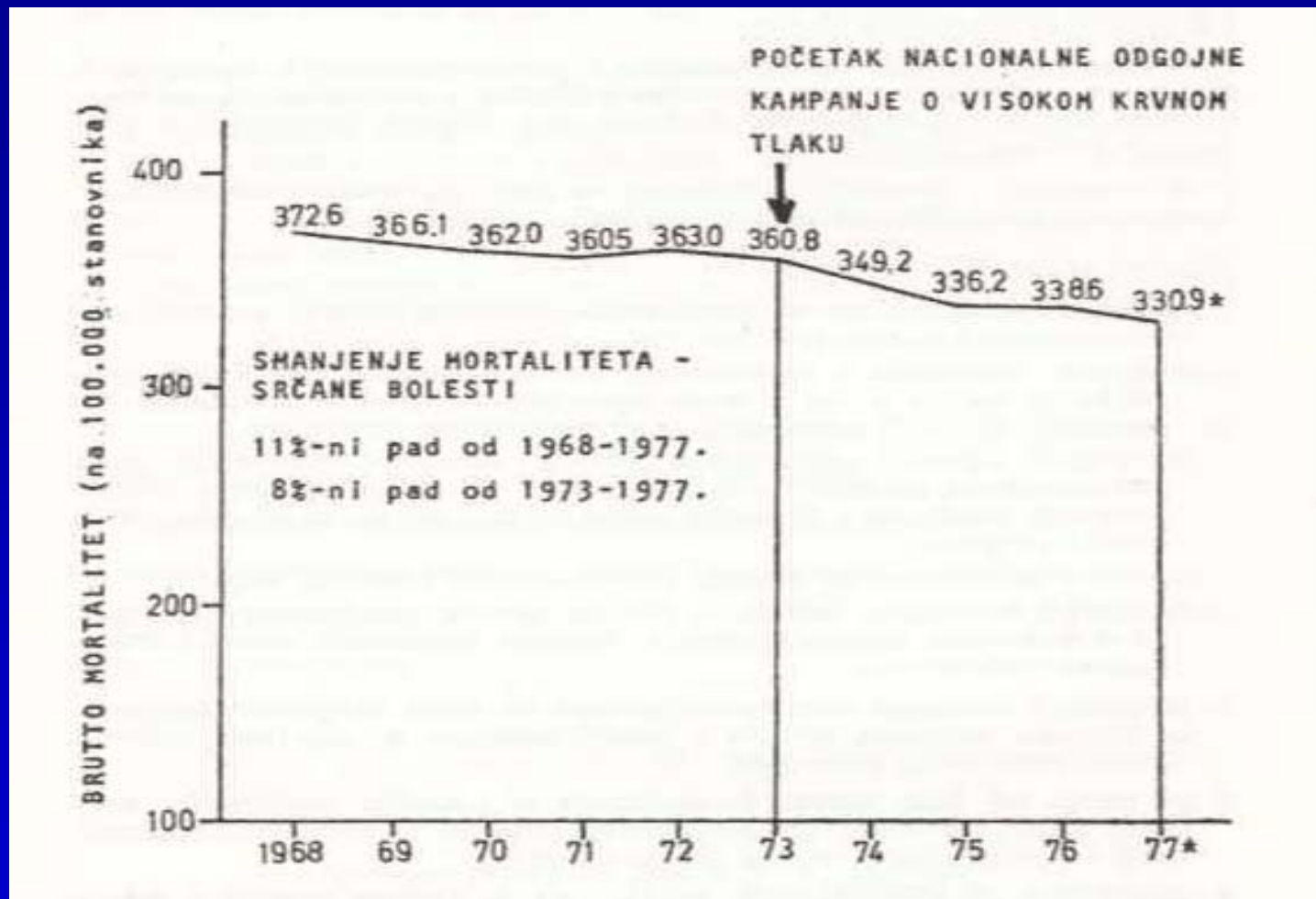
Smanjenje smrtnosti od moždane kapi 1973-1977*



Izvor: Nacionalni centar za zdravstvenu statistiku, Služba za javno zdravstvo SAD, Sekretarijat za zdravlje, školstvo i socijalnu skrb SAD.

* Procjena; brojka obuhvaća samo prvih 9 mjeseci 1977.

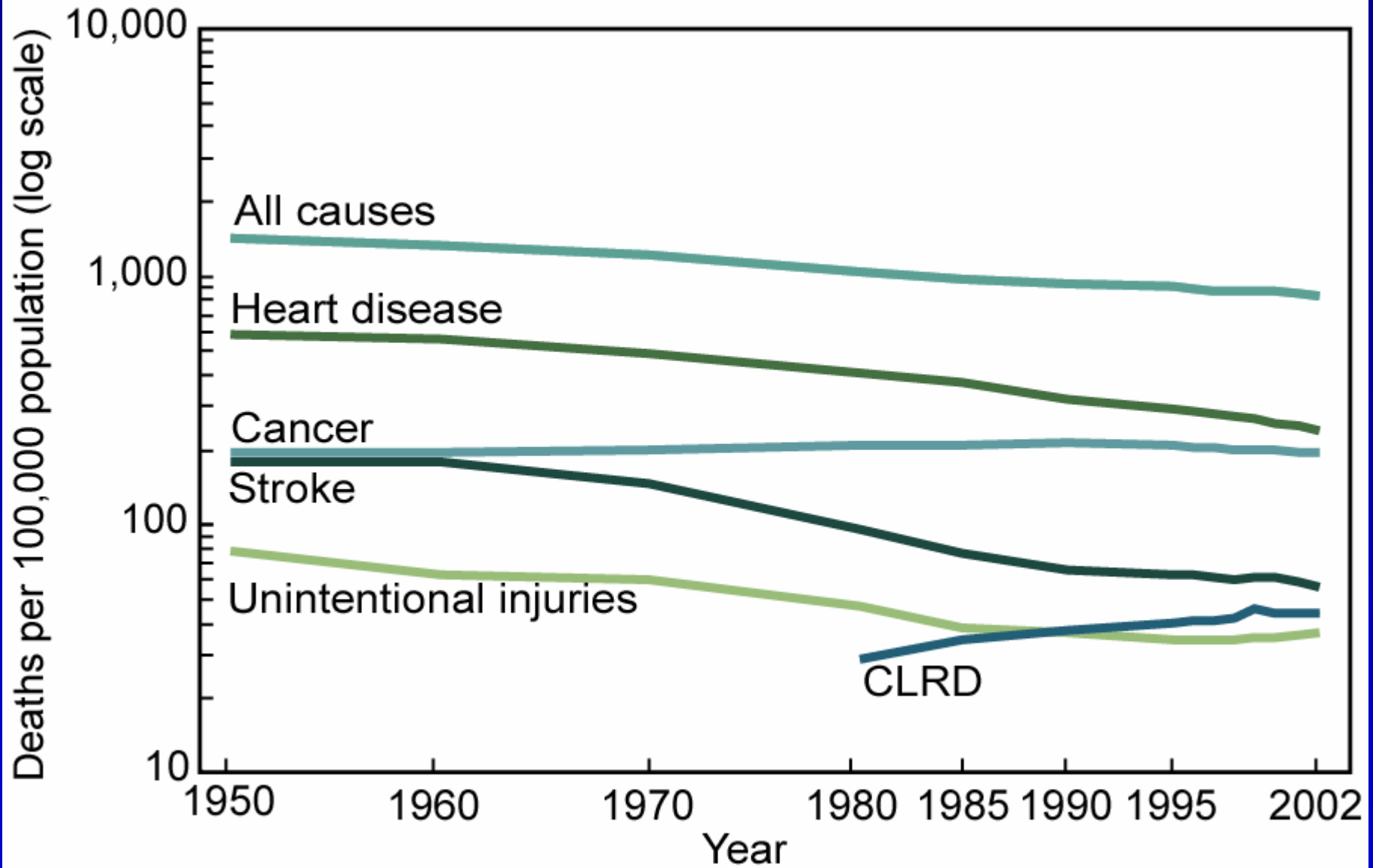
Smanjenje smrtnosti od srčanih bolesti 1973-1977* za 8 %



Izvor: Nacionalni centar za zdravstvenu statistiku, Služba za javno zdravstvo SAD, Sekretarijat za zdravlje, školstvo i socijalnu skrb SAD.

* Procjena; brojka obuhvaća samo prvih 9 mjeseci 1977.

Leading causes of death for all ages



The Stanford Community Projects

- The Three-Community Study (1972-1975)
- Five-City Multifactor Risk Reduction Project (1978-1996)
- Cilj: razviti i evaluirati metode za pozitivne promjene ponašanja – smanjiti prevalenciju čimbenika rizika
- Uključivali sveobuhvatne kampanje za educiranje zajednice o čimbenicima rizika (povišeni krvni tlak, povišeni kolesterol, pušenje, pretilost)

The Minnesota Heart Health Program

- Istraživački i demonstracijski projekt (1980-1993)
- Utvrditi učinak zdravstvene edukacije u zajednici na rizične čimbenike, osnažiti svijest zajednice o KVB, omogućiti sudjelovanje zajednice u zdravstvenim programima, poticati stil življenja koji reducira čimbenike rizika (povišeni kolesterol, povišeni krvni tlak, pušenje, tjelesna neaktivnost)

Sastojao se od 7 intervencijskih komponenti:

1. skrining rizičnih čimbenika za KVB
2. "food labeling" u restoranima
3. edukacijske kampanje o rizičnim čimbenicima uz sudjelovanje zajednice
4. kontinuirana edukacija zdravstvenih djelatnika
5. edukacija putem masovnih medija
6. edukacija odraslih
7. edukacija mladih

North Karelia Project – od demonstracijskog projekta do nacionalnog programa

- Počeo 1972. g. community-based program
- Glavni cilj: smanjiti smrtnost od KVB,
 - smanjiti smrtnost od drugih kron. bol.
 - promicanje zdravlja u populaciji

Ostali ciljevi: smanjiti razinu čimbenika rizika u populaciji, ojačati sekundarnu prevenciju

U početku usmjeren na 3 čimbenika rizika: pušenje, povišen kolesterol i hipertenzija – naglasak na promjeni životnog stila

Kasnije aktivnosti usmjerene i na tj. aktivnost, pretilost, psihosocijalni stres, alkohol, prehranu

North Karelia Project – od demonstracijskog projekta do nacionalnog programa

- Proveden kao sveobuhvatna intervencija kroz strukture zajednice i aktivnosti samih građana
- Sveobuhvatne aktivnosti su uključivale zdravstvene i druge službe, školstvo, NGO-s, medijske kampanje, lokalne medije, trgovinu, industriju hrane, poljoprivredu i dr., te evaluaciju
- Nakon prvog perioda projekta (1972-77) iskustva su implementirana na nacionalnom nivou
- Javna politika i legislativa podržavale su projekt (Zakon o suzbijanju pušenja – 1977, amandmani 1994, promjene u legislativi za food labeling – malo masnoća i soli, poticaji za proizvodnju biljnih ulja, voća, Zakon o sportu -1980)

Intervencije u zajednici

- 1. Informiranje i edukacija široke javnosti (mediji, edukacijski materijali, kampanje)
- 2. Organizacija službi (primarna zdr. zaštita, ostale službe u zdravstvu, druge djelatnosti)
- 3. Edukacijski programi (zdravstveni djelatnici, ostali uključeni u program, ključne osobe)
- 4. Promjene okoliša
- 5. Monitoring/informacijski sustav

Intervencije u zajednici - podprogrami

- 1. Protiv pušenja
- 2. Pravilna prehrana
- 3. Hipertenzija
- 4. Koronarna bolest i AMI
- 5. Rehabilitacija
- 6. Skrining (za rizične čimbenike)

Izvor: Puska P, et al. The North Karelia project. 20 Year results and experiences. KTL, Helsinki. 1995.

Rezultati: Razina čimbenika rizika

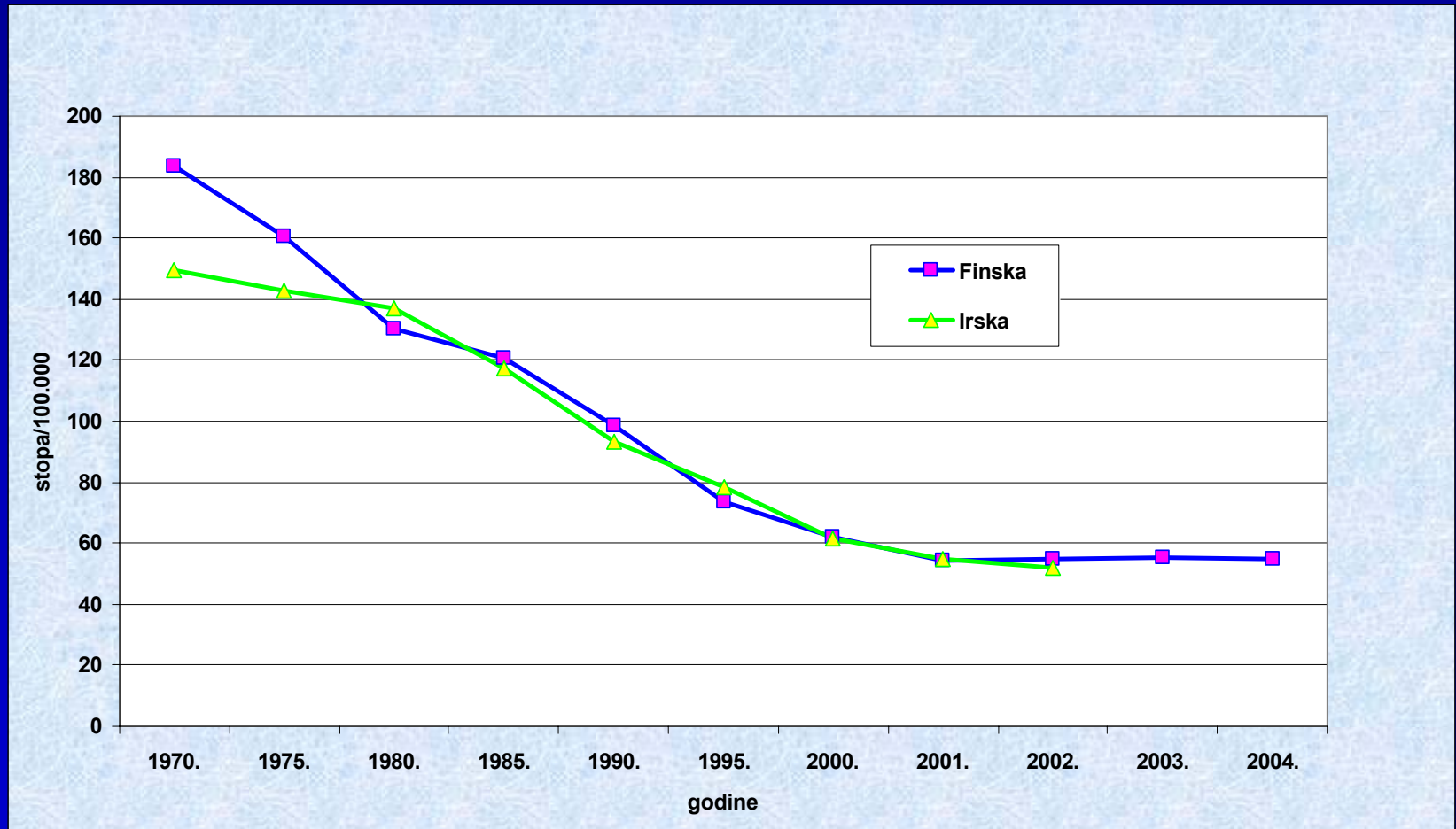
	1972	1992
Muškarci	Srednja vrijednost	Srednja vrijednost
Kolesterol (mmol/l)	6,78	5,90
Dijastolički tlak (mmHg)	92,8	84,2
Pušenje(%)	53	37
Žene		
Kolesterol (mmol/l)	6,72	5,54
Dijastolički tlak (mmHg)	91,8	79,6
Pušenje (%)	11	20

Rezultati: Smanjenje smrtnosti od IBS

	Pad smrtnosti (%) M		Pad smrtnosti (%) Ž
1972	0	1972	0
1977	17	1977	28
1982	25	1982	41
1987	38	1987	45
1992	55	1992	68

Izvor: Puska P, et al. The North Karelia project. 20 Year results and experiences. KTL,Helsinki.1995.

Usporedba DSSS od kardiovaskularnih bolesti za dob 0-64, u Finskoj i Irskoj u razdoblju od 1970.-2004. godine



Building Healthier Hearts – Ireland's Cardiovascular Strategy (1999)

Aktivnosti na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini usmjerene na 4 glavna područja: promicanje zdravlja i prevenciju; primarnu zaštitu; izvanbolničku, bolničku zaštitu i rehabilitaciju; informacijski sustav.

Ciljevi:

- Smanjenje razine rizika u općoj populaciji
- Detekcija osoba s povišenim rizikom
- Odgovarajuća dijagnostika, terapija i rehabilitacija
- Bolje preživljenje i kvaliteta života oboljelih

Prevenzijske strategije:

1. Populacijska strategija – promicanje zdravlja usmjereno čitavoj populaciji, uključuje mjenjanje načina života i čimbenika okoliša, društvenih i ekonomskih odrednica, mora biti sastavnim dijelom javne politike (gospodarstvo, industrija hrane, prehrana, prijevoz, zapošljavanje, školstvo, zdravstvo i to na nacionalnoj, regionalnoj i svjetskoj razini)

➤ male promjene na populacijskoj razini dovode do velikog poboljšanja zdravlja time što zahvaćaju veliki broj pojedinaca

(npr. smanjenje razine kolesterola za 1% na razini populacije ili smanjenje dijastoličkog tlaka za 1 mmHg može svaki zasebno rezultirati smanjenjem incidencije srčanih bolesti u populaciji za 2-3%

(International Heart Health Society. International Action on Cardiovascular Disease, A Platform for Success, www.internationalhearthealth.org. 2005))

Prevenzijske strategije:

2. **Strategija za visoko rizične grupe**, tj. - identifikacija ugroženih osoba te aktivnosti za smanjenje rizika
3. **Sekundarnu prevenciju**, tj. sprječavanje progresije bolesti, komplikacija ili recidiva

Posljednje dvije strategije moraju biti svakodnevni dio kliničke prakse

Populacijska strategija i strategija usmjerena visoko rizičnim grupama uzajamno se nadopunjuju, ali za smanjenje tereta bolesti osnovna je populacijska strategija

The Canadian Heart Health Initiative (1987)

- Strategija na nacionalnoj, regionalnoj i lokalnoj razini - jačanje kapaciteta za prevenciju KVB
- Bazirana na multifaktorijalnom pristupu – usmjerena općoj populaciji i stvaranju okoliša koji podržava zdrave životne navike
- Kombinira istraživanje s implementacijom community based programa

The Canadian Heart Health Initiative

Implementacija 15 godina u 5 faza:

- 1. razvoj zdravstvene politike usmjerene zdravlju srca- Heart health policy (1987-88) - Report: Promoting Heart Health in Canada
- 2. Heart Health Surveys
- 3. i 4. implementacija i evaluacija istraživačkih i demonstracijskih programa u regijama (10 provincija od 1989.)
- 5. objava i publiciranje rezultata struci i javnosti (Research dissemination)

Strategija: koordinator javno zdravstveni sustav; programi u zajednici; intersektorska suradnja; odgovarajuće zdravstvene službe; edukacija populacije ; monitoring, evaluacija i istraživanje.

The Canadian Heart Health Initiative – dobar model za druge zemlje!

Iskustva ovog nacionalnog programa:

- Prije svakog nacionalnog programa mora postojati koncenzus svih važnih sudionika u programu
- Dokazi o visokoj prevalenciji modificirajućih čimbenika rizika (evidence based - surveys) mogu motivirati razvoj preventivnih programa
- Regionalne i lokalne vlasti često mogu omogućiti veću financijsku podršku od državne vlasti
- Stvaranje koalicija i mreža koje mogu djelovati na zdravstvenu politiku, izmjenjivati iskustva i omogućiti institucionalizaciju intervencija
- Demonstracijski programi trebaju trajati 10 ili više godina da bi se vidjeli rezultati na nacionalnoj razini – potrebno je strpljenje!

Međunarodni programi

1. CINDI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Programme)

- WHO 1984. kao dio međunarodne aktivnosti za provedbu strategije Zdravlje za sve do 2000.
- Naglašen javnozdravstveni populacijski pristup kako čitavoj populaciji tako i posebnim grupama
- Cilj je bio redukcija rizičnih čimbenika zajedničkih većini kroničnih bolesti
- Rezultat – pomogao redukciji pušenja, poboljšane prehrambene navike i tjelesna aktivnost - značajno smanjeni rizični čimbenici i smrtnost u nekim područjima
- Mogući pozitivan utjecaj na zdravstvenu politiku na nacionalnoj razini

Međunarodni programi

2. InterHealth program - globalni

- Osnovan 1986. od SZO
- Cilj-smanjiti rizike
- Omogućiti smjernice i tehničku pomoć za osnivanje demonstracijskih projekata i monitoring
- **Integrirani pristup** - uključenost zajednice, naglašava promicanje zdravlja, promjene ponašanja te provođenje programa preko primarne zdravstvene zaštite i ostalih struktura u zajednici

Međunarodni programi

3. International Quit and Win

- Organiziran prvi put 1994. u okviru CINDI programa-SZO – Hrvatska sudjeluje od 1996.
- Najveća globalna podrška pušačima da prestanu pušiti i najveći globalni pokušaj prestanka pušenja
Cilj: pozitivnim pristupom, a ne samo zabranama potaknuti one koji žele prestati pušiti
- Rezultati: 15-25% nepušača nakon godinu dana
- Jačanje svijesti o štetnosti pušenja
- Međunarodna i intersektorska suradnja

- Održano pet međunarodnih konferencija o zdravlju srca sa donešenim Deklaracijama što je omogućilo izradu strateških okvira na temelju kojih se može izraditi strategije za prevenciju, bilo na lokalnoj, nacionalnoj ili međunarodnoj razini
 - 1992. Victoria Deklaracija o zdravlju srca – poziva cijelu zajednicu da donošenjem nove zakonske regulative, javne politike krene u primjenu preventivnih programa usmjerenih cijeloj populaciji
 - 1995. Catalonia Deklaracija- Investiranje za zdravlje srca
 - 1998. Singapore Deklaracija – usmjerena stvaranju kapaciteta i razvoju infrastrukture za poboljšanje zdravlja srca
 - 2000. Vitoria Deklaracija – usmjerena na bolesti srca u žena
 - 2001. Osaka Deklaracija- usmjerena na zdravstvenu ekonomiku i političke aktivnosti

Strategija prevencije KVB

- Učinkovita strategija mora uključivati aktivnosti usmjerene pojedincu, obitelji i zajednici, te nacionalne i međunarodne aktivnosti

Definiranje ciljeva

- Programi prevencije KVB nerazdvojni su dio integriranih programa protiv kroničnih nezaraznih bolesti – razvoj javne politike usmjerene zdravlju, mobiliziranje zajednice, razvoj podudarnih edukacijskih programa i promicanje zdravog načina življenja, učinkovita dijagnostika i liječenje, osnove su svih programa

Izbor strategija: sveobuhvatni program prevencije KVB bazira se na nekoliko grupa strategija

- Strategije usmjerene pojedincu i obitelji za podizanje znanja, vještina i usvajanje zdravih životnih navika, brigu o vlastitom zdravlju i odgovor na zdravstvene probleme
- Javna politika usmjerena zdravlju koja djeluje na kulturelne i društveno-ekonomske čimbenike (sprječavanje štetnog utjecaja duhanskih proizvoda, osiguranje i lakši pristup izboru pravilne prehrane, osiguranje mogućnosti za redovitu tjelesnu aktivnost i kreiranje zdrave životne okoline)
- Akcije zajednice u edukaciji, zagovaranju i provođenju programa
- Istraživanja novih spoznaja o uzročnicima KVB i učinkovitim intervencijama
- Povećanje znanja, vještina i primjene novih strategija prevencije i promicanja zdravlja od strane zdravstvene službe
- Prikupljanje i praćenje podataka o čimbenicima rizika, incidenciji bolesti, korištenju zdr. službe i zdravstvenim ishodima

Razvijanje kapaciteta za provedbu

- Zdravstveni sustav zahtjeva snažno javno zdravstvo i primarnu zdravstvenu zaštitu
- Dijagnostiku, specijalističku zaštitu, rehabilitaciju
- Sudjelovanje nevladinih organizacija
- Odgovarajući informacijski sustav

Nacionalni program prevencije kardiovaskularnih bolesti



Ciljevi Nacionalnog programa:

- **Smanjiti smrtnost od koronarne bolesti i infarkta miokarda u dobi do 64 godine za 20%**
- **Poboljšati otkrivanje i liječenje hipertenzije**
- **Poboljšati otkrivanje i liječenje hiperlipidemije**
- **Smanjiti broj pušača, osobito među mladima, za 10%**
- **Smanjiti broj pretilih za 20%**
- **Unapređenje prehrane**
- **Povećati za 20% broj stanovnika koji provode redovitu tjelesnu aktivnost**

- Iza donošenja Programa nije bio izrađen provedbeni plan nije došlo do njegove operacionalizacije i sustavnog provođenja, iako su se neke od predloženih aktivnosti provodile.
- Zahvaljujući pojedinim preventivnim programima, te boljoj dijagnostici i terapiji vidi se trend pada stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti. Međutim za ostvarivanje ciljeva zacrtanih Nacionalnim programom trebalo bi prići njegovoj operacionalizaciji i intenzivirati rad na sustavnim programima prevencije i promocije zdravlja uključujući usvajanje zdravijeg načina života, skrb za osobe pod povećanim rizikom, rano otkrivanje bolesti, suvremene učinkovite dijagnostičke i terapijske postupke te rehabilitaciju oboljelih.

Europske smjernice za prevenciju KVB u kliničkoj praksi 2003.- Hrvatsko izdanje 2004.

HKD u suradnji s HZJZ i više relevantnih društava
HLZ

- Preporuča novi model procjene ukupnog kardiovaskularnog rizika na osnovi SCORE sistema, u praktičnoj primjeni rizici se očitavaju na score dijagramu, a u pripremi je i primjena interaktivnog elektronskog modela SCORE sistema (pokazuju kolika je vjerojatnost da neka osoba oboli ili umre od IM ili MU u slijedećih deset godina)

**PLAN I PROGRAM MJERA ZDRAVSTVENE
ZAŠTITE**

**PROGRAMI PREVENCIJE I PROMICANJE ZDRAVLJA
ZA ODABRANE ZDRAVSTVENE PRIORITETE**

(NN 30/2002)

(NN 126/2006)

BOLESTI SRCA I KRVNIH ŽILA

***(Cjeloviti Program sukladan Nacionalnom programu
prevencije kardiovaskularnih bolesti)***

Plan i program mjera zdravstvene zaštite za Republiku Hrvatsku

Slijedeći strategije zemalja koje su postigle dobre rezultate Hrvatska je izradila program mjera zdravstvene zaštite koji uključuje:

-mjere *prevencije* – izbjegavanje ili smanjenje izloženosti pojedinca ili zajednice poznatim izbjegljivim uzročnicima bolesti za njihov nastanak (primarna prevencija)

- mjere *promicanja zdravlja* usmjerene su podizanju razine zdravlja, uključuju usvajanje zdravijeg načina življenja

1. Promicanje zdravlja usmjereno prevenciji bolesti srca i krvnih žila

- Informiranje, educiranje i poticanje stanovništva na usvajanje zdravijeg načina življenja s ciljem unaprjeđenja i očuvanja zdravlja te suzbijanja navika koje pridonose razvoju bolesti srca i krvnih žila, posebice hipertenzije, ishemijske bolesti srca i cerebrovaskularnih bolesti.

Posebno treba naglasiti važnost:

- pravilne prehrane
 - redovite tjelesne aktivnosti
 - nepušenja,
 - suzbijanja prekomjerne konzumacije alkoholnih pića itd.
- Izrada stručnog sadržaja za tiskane edukacijske materijale i audiovizualna pomagala

2. Primarna prevencija bolesti srca i krvnih žila:

Utvrđivanje i suzbijanje čimbenika rizika:

utvrđivanje prekomjerne tjelesne težine, povišenog krvnog tlaka, pušenja itd.

Edukacija o po zdravlje korisnim životnim

navikama (pravilna prehrana, nepušenje, redovita tjelesna aktivnost, održavanje poželjne tjelesne težine, izbjegavanje konzumiranja alkohola itd.)

Posebne mjere za:

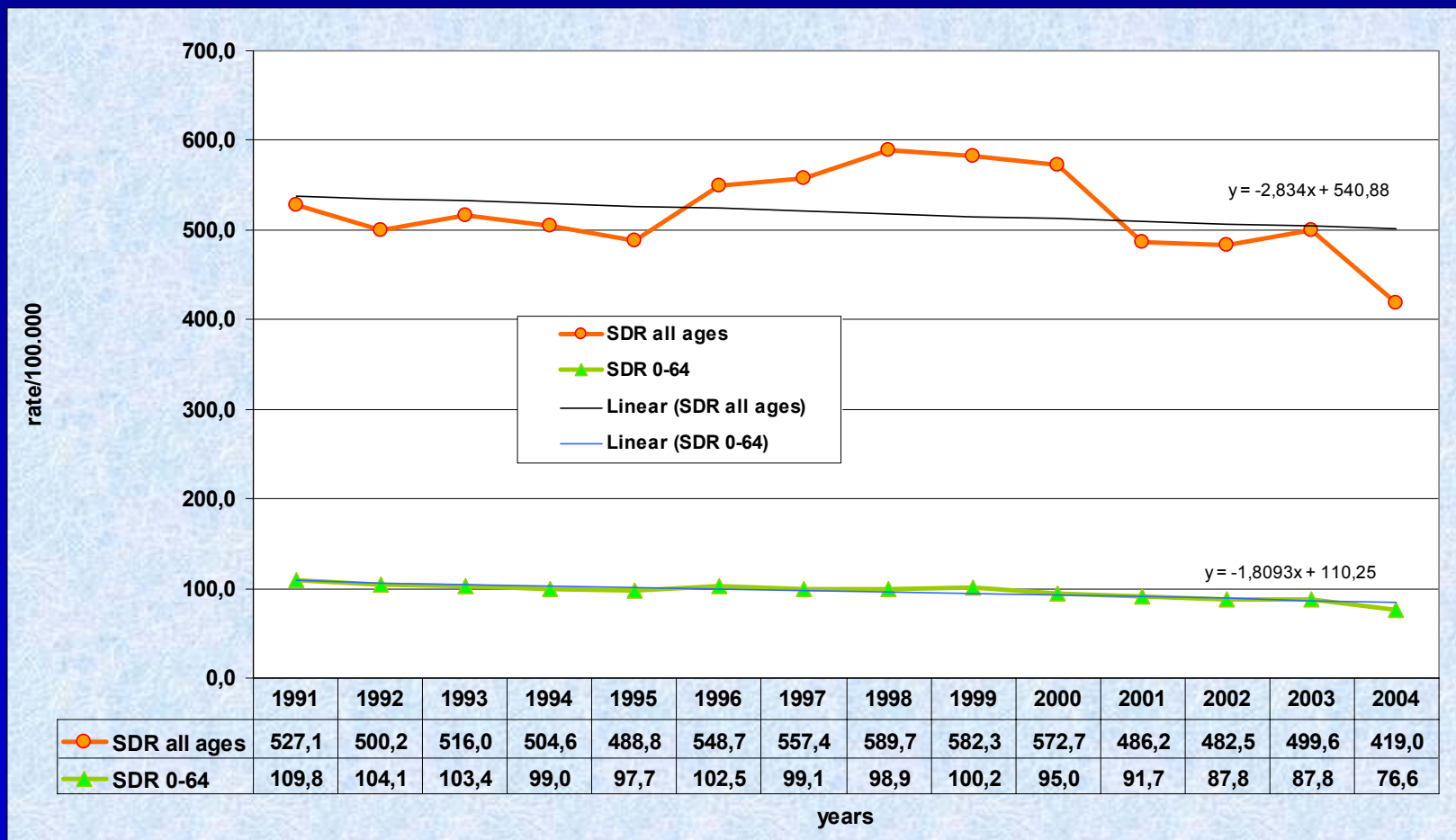
Arterijsku hipertenziju,

Ishemijsku bolest srca,

Cerebrovaskularne bolesti

- **Rana detekcija i verifikacija dijagnoze**
- **Promptna dijagnostika, liječenje i rehabilitacija**
- **Edukacija bolesnika**
- **Tečajevi za bolesnika i obitelj**
- **Izrada stručnog sadržaja za tiskane edukacijske materijale i audiovizualna pomagala**

DSSS od kardiovaskularnih bolesti u Hrvatskoj od 1991. -2004.godine, za sve dobi i dob 0-64 godine



Zaključak

- smatra se da je moguće reducirati i više od 50% prijevremenih smrti i dizabiliteta od KVB
- čvrsti dokazi o učinkovitosti primarne i sekundarne prevencije
- SZO - strategijom uravnotežene kombinacije populacijskog pristupa i pristupa rizičnim skupinama može se postići učinkovit nadzor nad epidemijom kardiovaskularnih bolesti

Zaključak

- Što prije prići operacionalizaciji Nacionalnog programa prevencije KVB i intenzivirati rad na sustavnim programima promicanja zdravlja i prevencije KVB svih razina uključujući i rano otkrivanje bolesti, suvremene učinkovite dijagnostičke i terapijske postupke te rehabilitaciju oboljelih
- U provođenju programa najznačajniju ulogu imaju primarna zdravstvena zaštita i javnozdravstvena djelatnost na svim razinama
- Za provedbu programa kao i razvoj kapaciteta za njihovu provedbu, potrebna je snažna politička i financijska potpora.