



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 38/2019 z dnia 22 marca 2019 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki
Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-
mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania
żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej” realizowanego przez
województwo warmińsko-mazurskie

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej”.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej był już przedmiotem oceny Agencji w 2018 r. i uzyskał wówczas negatywną opinię Prezesa Agencji. W ocenianym projekcie, pomimo uwzględnienia grup ryzyka, przewidziano udział bardzo szerokiej populacji, wśród której znajdują się osoby o niskim lub skrajnie niskim ryzyku wystąpienia choroby zakrzepowo-żylnej (np. siedzący tryb życia). Prowadzenie zakładanych działań diagnostycznych w tak zdefiniowanej populacji jest obciążone wysokim ryzykiem nadwykrywalności żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej (ŻChZZ), co nie przełoży się na uzyskanie oczekiwanych efektów klinicznych i zdrowotnych populacji. Ponadto zwiększona nadwykrywalność danej jednostki chorobowej może przyczynić się do pogłębienia trudności w dostępie do świadczeń NFZ (zwiększenie kolejek do specjalistów) oraz negatywnie wpływać na pacjenta, powodując niepokój i dyskomfort związany z fałszywie pozytywnym wynikiem badania. Należy również podkreślić, iż diagnoza ŻChZZ związana jest z włączeniem leczenia antykoagulantami, które mogą zwiększać częstość występowania krwawień, a tym samym mogą stanowić potencjalne zagrożenie życia pacjenta, który przyjmuje leki pomimo braku choroby.

W zakresie zaplanowanych interwencji oraz określonej populacji docelowej, co szczegółowo opisano w dalszej części opinii, należy wskazać na brak zasadności realizacji określonych badań, ze względu na ich dostępność w ramach świadczeń gwarantowanych oraz fakt, że określona grupa ryzyka, to w większości osoby pozostające pod opieką lekarza specjalisty. Tym samym należy podkreślić, że opisany w projekcie skrining, został błędnie zaplanowany.

Należy podkreślić, że programy polityki zdrowotnej powinny być bardziej skupione na profilaktycznych działaniach edukacyjnych zwiększających świadomość społeczeństwa w zakresie analizowanego problemu zdrowotnego, nie zaś na prowadzeniu tak rozwiniętych działań diagnostycznych, mogących nieść więcej ryzyka niż korzyści zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę powyższe kwestie nie jest możliwe wydanie pozytywnej opinii.



Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu dotyczący profilaktyki i wykrywania żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Budżet przeznaczony na realizację programu oszacowano na 2 996 862,71 zł, zaś okres realizacji to lata 2019-2022.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany program wpisuje się w priorytet: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu” należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

Przedmiotowy program odnosi się do problemu zdrowotnego dotyczącego profilaktyki i wykrywania żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej. W projekcie przedstawiono opis problemu zdrowotnego oraz sytuację epidemiologiczną w skali ogólnopolskiej, krajowej i regionalnej, odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Według danych zawartych w MPZ, w 2014 r. w województwie warmińsko-mazurskim liczba hospitalizacji z rozpoznaniem zakrzepicy lub zatorowości płucnej wyniosła 0,73 tys.

Zapadalność na żylną chorobę zakrzepowo-zatorową (ŻChZZ) wynosi 1-2/1 000 osób rocznie. Na podstawie danych z Ameryki Północnej i Europy Zachodniej można sądzić, że w Polsce co roku ok. 57 000 osób zapada na zakrzepicę żył głębokich (ZŻG), zaś ok. 36 000 na zatorowość płucną (ZP). Liczba zachorowań zwiększa się z wiekiem i jest ponad 3-krotnie większa wśród osób w wieku ≥ 65 lat niż wśród młodszych dorosłych w wieku 45-55 lat, a u osób w wieku > 80 lat sięga 5/1 000 osób rocznie. Ok. 70% przypadków ŻChZZ dotyczy osób w wieku > 60 lat.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie o 100 przypadków wykrywalności żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u aktywnych zawodowo mieszkańców w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019-2022, ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 40. roku życia”.

W projekcie wskazano także 2 cele szczegółowe: „zmniejszenie o 5% zachorowalności i umieralności z powodu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u osób aktywnych zawodowo oraz osób aktywnych zawodowo powyżej 40 roku życia w latach 2019-2022”, „wzrost świadomości 20% osób aktywnych zawodowo w wieku 18-64 lat, mieszkających w województwie warmińsko-mazurskim w latach 2019-2022, w zakresie żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, profilaktyki oraz diagnostyki”.

Wskazane cele programowe zostały przeformułowane zgodnie z uwagami z poprzedniej opinii Prezesa AOTMiT i są zgodne z regułą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

Wskazane mierniki efektywności zostały sformułowane w sposób prawidłowy. Jednak nie określono miernika bezpośrednio odnoszącego się do celu szczegółowego w postaci: „zmniejszenie o 5% zachorowalności i umieralności z powodu żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej u osób aktywnych zawodowo oraz osób aktywnych zawodowo powyżej 40 roku życia w latach 2019-2022”, co należy uzupełnić. Przy formułowaniu mierników należy pamiętać, aby pozwoliły one na ocenę efektów programu, zaś wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu. Tworzenie mierników, powinno zaczynać się od określenia stanu istniejącego, opisanie spodziewanego efektu

po wdrożeniu interwencji oraz wskazania sposobu pomiaru zmiany. Następnie miernik powinien zostać dopasowany do odpowiedniego celu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu w zakresie planowanych działań diagnostycznych stanowią aktywni zawodowo mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 40. roku życia. Natomiast działania edukacyjne zostaną skierowane do wszystkich aktywnych zawodowo mężczyzn w wieku 18-64 lata i kobiet w wieku 18-59 lat.

W projekcie, na podstawie danych GUS oszacowano, że liczebność populacji docelowej programu w latach 2019-2020 wyniesie ok. 655 tys. osób. W tej grupie aktywni zawodowo mężczyźni w wieku 40-64 lata to ok. 211 tys. osób, a kobiety w wieku 40-59 lat to ok. 166 tys., czyli łącznie ok. 377 tys. osób. Działaniami diagnostycznymi planuje się objąć do 5% populacji powyżej 40. roku życia, co stanowi około 18,5 tys. mieszkańców, w całym okresie trwania programu.

Podstawowymi kryteriami formalnymi do udziału w programie będą: status zamieszkiwania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, wiek 18-64 lata w przypadku działań edukacyjnych oraz pisemna zgoda na udział w programie. Natomiast do udziału w badaniach przesiewowych zostaną włączone jedynie osoby u których, oprócz kryterium wieku, stwierdzono wskazania medyczne m.in.: wiek powyżej 40 lat, nowotwór złośliwy, przebyta zakrzepica żylna, choroby żyłne w wywiadzie rodzinnym, odwodnienie, terapia hormonalna, żylaki, otyłość. Oprócz konieczności spełnienia powyższych kryteriów, o włączeniu do programu będzie decydować także kolejność zgłoszeń.

Warto zaznaczyć, że wskazane czynniki ryzyka wskazują na grupy pacjentów, którzy prawdopodobnie pozostawać będą pod opieką specjalistów z danych dziedzin (np. onkolog, angiolog), w związku z czym realizacja badań przesiewowych w tym zakresie powiełać będzie działania realizowane w ramach opieki specjalistycznej. Ponadto należy zaznaczyć, że prowadzenie badań przesiewowych polega na wyłapywaniu z populacji ogólnej pacjentów ze wskazanym czynnikiem ryzyka, co nie zostało jednoznacznie opisane w programie, tym samym wydaje się, że w programie błędnie podchodzi się do realizacji działań skринingowych.

Zgodnie z poprzednią uwagą Prezesa AOTMiT w projekcie programu uwzględniono kryteria wykluczenia z programu, co jest podejściem poprawnym. Wskazano, że z programu nie będą mogły skorzystać osoby, które są już objęte opieką poradni angiologicznej, poradni chorób naczyń lub też poradni kardiologicznych, w zakresie obejmującym działania zaplanowane w programie.

Należy wskazać, że w programie założono udział bardzo szerokiej populacji. W związku z czym można przypuszczać, iż wśród zdefiniowanej populacji będą osoby o niskim ryzyku wystąpienia żylnej choroby zakrzepowo-żylnej, takich jak żylaki, otyłość, ciąża, lub o skrajnie niskim ryzyku, jak osoby długotrwale pracujące w pozycji siedzącej i wykonujące prace z obciążeniem. Powyższe może skutkować przewagą liczby wyników fałszywie dodatnich nad liczbą wyników prawdziwie dodatnich.

Interwencja

W ramach programu zaplanowano przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz kompleksowych badań przesiewowych ukierunkowanych na wczesne wykrycie choroby żylnej zakrzepowo-zatorowej.

Działania edukacyjne będą realizowane w formie wykładów na temat promocji zdrowia. Wskazano zakres tematyczny, częstotliwość spotkań, odniesiono się do kompetencji osoby odpowiedzialnej za przeprowadzenie edukacji oraz liczby uczestników ww. działań.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi „Konsensusu Polskiego” z 2017 r. ponawiane działania edukacyjne w połączeniu z systemem zachęt, ostrzeżeń, a jeżeli to możliwe – również skomputeryzowanego, elektronicznego alarmowania powinny zapewnić jak najlepsze wykorzystanie profilaktyki ŻChZZ.

Do etapu obejmującego wykonanie badań przesiewowych będą kwalifikowane osoby na podstawie wyników ankiety dotyczącej występowania medycznych kryteriów włączenia do badania, przeprowadzonej przez pielęgniarkę.

Wśród osób zakwalifikowanych do badań przesiewowych będzie realizowane wstępne badanie lekarskie, które zostanie przeprowadzone przez lekarza specjalistę, w celu zebrania wywiadu w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego oraz rodzinnego występowania zaburzeń sercowo-naczyniowych. Rozpoznanie i kwalifikacja do dalszych badań opierać się będzie na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa zakrzepicy.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi, proces wykrywania ZŻG należy rozpocząć od kompleksowej oceny sytuacji klinicznej pacjenta z uwzględnieniem objawów podmiotowych i przedmiotowych oraz ze szczególnym zwróceniem uwagi na obecność czynników ryzyka wystąpienia ŻChZZ (KP 2017, NICE 2012). Rozpoznanie ZŻG opiera się na ocenie klinicznego prawdopodobieństwa zakrzepicy, oszacowanego za pomocą jednej ze skal klinicznych np. skali Wellsa, oznaczeniu stężenia D-dimeru oraz wykonaniu testu diagnostycznego (KP 2017, NICE 2012). Uzyskany wynik prawdopodobieństwa klinicznego podejrzenia ZŻG dzieli pacjentów na 3 kategorie: dużego, umiarkowanego i małego prawdopodobieństwa ZŻG. Dalsze postępowanie diagnostyczne uzależnia się od tego, do której pacjent trafił grupy. W przypadku pacjentów z małym i umiarkowanym prawdopodobieństwem klinicznym należy oznaczyć stężenie D-dimeru. U osób, u których podejrzenie ZŻG oceniono jako „wysoce prawdopodobne”, konieczne jest jak najszybsze wykonanie testu diagnostycznego – badania ultrasonograficznego układu żył głębokich (KP 2017). Powyższe zalecane postępowanie zostało uwzględnione w przedmiotowym programie.

W treści projektu programu zaznaczono natomiast, że w zależności od wskazań lekarskich zostanie wykonany kolejny element diagnostyki – badanie ultrasonografii z oceną dopplerowską: dupleks Doppler.

Jak wskazują wytyczne kliniczne ultrasonografia z oceną dopplerowską jest obecnie najczęściej wykonywanym badaniem w diagnostyce chorób żył kończyn dolnych (AIUM 2015, ESVS 2015, PTChN/PTF 2013). Głównymi wskazaniami do wykonywania tego badania są żylna choroba zakrzepowo-zatorowa oraz przewlekła niewydolność żylna (PTChN/PTF 2013).

Zgodnie z treścią projektu w przypadkach uzasadnionego podejrzenia występowania choroby zakrzepowo-zatorowej w ramach programu będzie przeprowadzona pletyzmografia – badanie ciśnienia krwi w kończynach. Pletyzmografia to badanie, które ma na celu monitorowanie zmian upośledzających przepływ w naczyniach kończyn, głównie dolnych (wykorzystuje zmianę objętości kończyn wywołaną przez wypełnienie naczyń krwią). Można je wykonać kilkoma metodami różniącymi się rodzajem wykorzystywanych czujników. W celu oceny układu naczyń tętnicznych wykonuje się pletyzmografię klasyczną lub pletyzmografię segmentalną, natomiast w celu oceny naczyń żylnych – fotopletyzmografię lub pletyzmografię pneumatyczną. W projekcie nie wskazano planowanej techniki wykonania pletyzmografii.

Należy zaznaczyć, że wraz z wprowadzeniem ultrasonografii dupleks Doppler i innych alternatywnych metod diagnostycznych, istotnie zmalało znaczenie badań pletyzmograficznych w rutynowej diagnostyce układu żylnego (ESVS 2015).

Konieczne jest wskazanie, iż zdiagnozowanie ŻChZZ wiąże się z włączeniem leczenia antykoagulantami. Leczenie przeciwkrzepliwie może skutkować wzrostem częstości występowania krwawień, w tym najczęściej krwawień z nosa i przewodu pokarmowego oraz rzadziej z dróg moczowo-płciowych czy do ośrodkowego układu nerwowego, które mogą być potencjalnym zagrożeniem życia.

Uczestnik programu po wykonaniu kompleksowej oceny stanu zdrowia ukierunkowanej na wczesne wykrycie choroby żylniej zakrzepowo-zatorowej zostanie poinformowany przez lekarza o wynikach badań oraz otrzyma zalecenia dalszego postępowania poza programem. Nie uwzględniono uwagi Prezesa AOTMiT dotyczącej monitorowania osób, które zostały skierowane do dalszego leczenia, co wydaje się istotne z punktu widzenia zarówno standardu postępowania terapeutycznego, jak również powiązania działań programowych z dalszą opieką nad pacjentem w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Biorąc po uwagę możliwe trudności w dostępie do świadczeń specjalistycznych dla danego pacjenta po zakończeniu programu oraz braku wskazania w projekcie powiązania programu ze świadczeniami gwarantowanymi, istnieje ryzyko, że ewentualny efekt zdrowotny może nie zostać

utrzymany, lub też pacjent nie trafi w odpowiednim momencie pod opiekę specjalisty (tym samym stan jego zdrowia może ulec pogorszeniu). Należy mieć tym samym na uwadze, że w przypadku planowania działań z zakresu wczesnego wykrywania chorób, wymagających opieki specjalistycznej, konieczne jest odpowiednie skoordynowanie działań realizowanych poza systemem opieki zdrowotnej, tak aby w rzeczywisty sposób przełożyły się one na poprawę stanu zdrowia pacjentów, nie zaś pozostawiały pacjenta z diagnozą bez dalszego monitorowania jego sytuacji zdrowotnej.

Ponadto, zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej badania: USG naczyń kończyn dolnych – doppler należą do świadczeń gwarantowanych w ramach AOS. Zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania ww. świadczenia.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zawiera opis monitorowania oraz ewaluacji programu.

W ramach oceny zgłaszalności monitorowana będzie: liczba zgód na udział w programie, liczba wykonanych poszczególnych badań przesiewowych oraz liczba uczestników działań edukacyjnych. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z założeń i prognoz konkretnego realizatora programu oraz do liczebności zakładanej populacji docelowej. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na populację, która nie weźmie udziału w programie, pomimo złożenia zgody na udział w badaniu.

Ocena jakości świadczeń ma być przeprowadzona na podstawie analizy wyników anonimowych ankiet satysfakcji, co jest podejściem poprawnym.

Ewaluacja programu zostanie dokonana na podstawie mierników efektywności. Należy pamiętać, że ocena efektywności programu stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową, wykraczającą znacznie poza okres trwania programu, co zostało uwzględnione w programie.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis jego organizacji z wyszczególnieniem kolejnych etapów programu. Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Odniesiono się także do kompetencji/warunków niezbędnych do realizacji programu.

W projekcie określono tryb zapraszania do programu. W tym celu zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej za pomocą np. lokalnych mediów, stron internetowych jednostek samorządu terytorialnego, placówek medycznych oraz plakatów i ulotek. Jednak do projektu nie załączono wzorów materiałów akcydensowych, zatem nie była możliwa weryfikacja ich treści.

Koszt całkowity został określony na 2 996 862,71 zł. W projekcie oszacowano koszty jednostkowe interwencji o charakterze diagnostycznym (150 zł – badanie lekarskie, 200 zł – badanie USG duplex Doppler kończyn dolnych wraz z opisem, 120 zł – pletyzmografia). Łączny koszt przeprowadzenia działań edukacyjnych oszacowano na ok. 401 200 zł.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób ICD-10, choroby układu sercowo-naczyniowego mają przypisany kod I00-I99. Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa (ŻChZZ), czyli zakrzepica żył głębokich (ICD-10: I80) i jej najgroźniejsze powikłanie – zator tętnicy płucnej (ICD-10: I26) stanowi niezwykle ważny, interdyscyplinarny problem współczesnej medycyny.

Pojęcie triady Virchowa, która obejmuje czynniki sprzyjające ŻChZZ: zastój żylny, zmiany składników krwi oraz zmiany w śródbłonku, jest tak samo aktualne dziś, jak w czasie wprowadzenia go w XIX wieku. Wystąpienie ŻChZZ wymaga często współistnienia co najmniej 2 czynników.

Choroby tętnic i żył obwodowych są istotnym problemem wśród chorób układu krążenia. Objawy przewlekłej choroby żyłnej występują u 49% dorosłej populacji Polski, w tym 38% mężczyzn i 51% kobiet. Czynne lub zagojone owrzodzenie żyłne goleni - najbardziej zaawansowana postać choroby - dotyczy 1,5% dorosłej populacji.

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. 2016 poz. 357), badania: USG naczyń kończyn dolnych – doppler oraz flebografia żył kończyny dolnej należą do świadczeń gwarantowanych w ramach AOS.

Ocena technologii medycznej

Wnioski z odnalezionych wytycznych klinicznych

Odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących towarzystw/institucji/organizacji: KP – Konsensus Polski 2017; NICE – National Institute for Health and Care Excellence 2012; PTU – Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne 2014; PTChN – Polskie Towarzystwo Chirurgii Naczyniowej/PTF – Polskie Towarzystwo Flebologiczne 2013; ESVS – European Society for Vascular Surgery 2015; AIUM – The American Institute of Ultrasound in Medicine 2015.

Zgodnie z wytycznymi KP 2017, NICE 2012 rekomenduje się przyjęcie za podstawę rozpoznania ZŻG schematu diagnostycznego opartego na ocenie prawdopodobieństwa klinicznego ZŻG, wykorzystującego stężenie D-dimeru oraz kompresyjne badanie ultrasonograficzne układu żył głębokich.

W przypadku pacjentów, u których podejrzewa się ZŻG, należy wykonać ocenę klinicznego prawdopodobieństwa ZŻG, oszacowanego za pomocą skali Wellsa dot. ZŻG (NICE 2012).

Według wytycznych PTU 2014 ultrasonografia w skali szarości (2D) w połączeniu z obrazowaniem w kolorze (color Doppler) zapisem widma (PW Doppler) pozostaje podstawową techniką oceny zmian w każdym łózysku naczyniowym. Diagnostyka zakrzepicy żył kończyn dolnych, a także przygotowanie pacjenta do operacji żylaków kończyn dolnych opiera się na diagnostyce.

Ultrasonografia z oceną dopplerowską jest obecnie najczęściej wykonywanym badaniem w diagnostyce chorób żył kończyn dolnych. Podstawowymi wskazaniami do wykonywania tego badania są żylna choroba zakrzepowo-zatorowa oraz przewlekła niewydolność żylna (PTChN/PTF 2013).

ESVS 2015 zaleca wykonanie badania USG dupleks Doppler w diagnostyce żylaków nawrotowych w celu identyfikacji źródła i przyczyny nawrotów. W ocenie pacjentów z zespołem pozakrzepowym lub klinicznym podejrzeniem innych przyczyn niedrożności żył biodrowych lub żyły głównej dolnej zaleca stosowanie badania USG dupleks Doppler żył kończyn dolnych oraz żył brzucha i miednicy o ile tylko badanie to jest możliwe do wykonania. Badania kliniczne i obrazowanie ultrasonograficzne mogą dostarczyć szczegółowych informacji umożliwiających ukierunkowaną ocenę i zaplanowanie dalszego postępowania. Dowody w przypadku badań diagnostycznych pacjentów z przewlekłą chorobą żylną można pogrupować w następujących kategoriach:

- Poziom 1: wywiad medyczny i badanie z użyciem ręcznego aparatu dopplerowskiego (tzw. „ślepego” Dopplera – Doppler fali ciągłej) lub bez niego.
- Poziom 2: diagnostyka nieinwazyjna przy pomocy (w zależności od dostępności) badania dupleks Doppler i pletyzmografii.
- Poziom 3: obrazowanie inwazyjne lub kompleksowe, w tym: wenografia, tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny.

Według AIUM 2015 wskazania do badań ultrasonograficznych żył obwodowych obejmują (ale nie są ograniczone): ocenę ewentualnego ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej lub niedrożności żyłnej wśród pacjentów w stadium objawowym oraz osób bezobjawowych, znajdujących się w grupie

wysokiego ryzyka; ocenę niewydolności żyłnej i refluksu oraz żyłaków; ocenę dostępu naczyniowego w dializie; mapowanie żyłne przed wykonaniem zabiegu chirurgicznego.

Odnosząc się do edukacji zdrowotnej KP 2017 wskazuje, że ponawiane działania edukacyjne w połączeniu z systemem zachęt, ostrzeżeń, a jeżeli to możliwe – również skomputeryzowanego, elektronicznego alarmowania powinny zapewnić jak najlepsze wykorzystanie profilaktyki ŻChZZ.

Wnioski z odnalezionych dowodów naukowych

Zgodnie z wnioskami z publikacji Kelechi, T. J. 2008 przewlekła niewydolność naczyń żylnych nóg ma znaczny wpływ na śmiertelność i rozpowszechnienie przewlekłej niewydolności żył. Świadomość znaczenia wczesnej diagnozy zapobiega utracie tkanek. Niestety aktualne standardy diagnostyczne wykrywają chorobę w ciężkim stadium, gdy doszło już do obrzęku i zmian skórnych lub ran.

Z kolei autorzy publikacji Neil M. 2010 wnioskuje, że badanie USG duplex jest najważniejszym narzędziem do diagnozowania pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.

Wnioski z opinii ekspertów klinicznych

Opinie ekspertów klinicznych dotyczące prowadzenia programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki chorób naczyń były pozytywne. Jeden z ekspertów klinicznych w swojej opinii podkreśla znaczenie prowadzenia programów profilaktycznych z zakresu profilaktyki chorób naczyń dla pacjenta, ponieważ zapewniają one wczesne wykrycie schorzeń, ratują zdrowie i poprawiają jakość życia (bez wpływu na jego długość). Programy profilaktyki powinny być prowadzone ze szczególnym zwróceniem uwagi na patologię żył i tętnic, jednak prowadzenie ich na ograniczonym terenie nie ma dużego wpływu na zmianę sytuacji województwa. Zdaniem innego eksperta programy dotyczące profilaktyki żył powinny być finansowane i prowadzone przez jst. Przewlekła choroba kończyn dolnych ze względu na częstość występowania kwalifikuje się do uznania za chorobę społeczną. Rozpoznanie zagadnienia w ramach programów polityki zdrowotnej na obszarze zarządzanym przez jst jest godne polecenia.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: OT.441.5.2018 „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej” realizowany przez: Województwo Warmińsko-Mazurskie, data ukończenia: marzec 2019 oraz Aneksu do raportów szczegółowych: „Wczesna diagnostyka chorób naczyń – wspólne podstawy oceny” z marca 2013 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 75/2019 z dnia 18 marca 2019 roku o projekcie programu „Program Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2019-2022 w zakresie profilaktyki i wykrywania żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej”.