

Prevence kardiometabolických a onkologických onemocnění



AmCham
Health Care
Council

Jak zabránit tsunami chronických onemocnění

3. panelová diskuze u kulatého stolu

18. května 2021

V rámci panelové diskuze jsme hledali odpovědi mj. také na tyto otázky:

Umožňuje současná situace ve zdravotnictví otevřít konstruktivní diskusi o změně přístupu k prevenci?

Je koncept „center prevence“ jako nový prvek v systému zdravotní péče, akceptovatelný odbornou společností i plátcí – zdravotními pojišťovnami?

Je systém nastavených preventivních prohlídek dostatečně efektivní?

Jak podpořit mezioborovou a mezisektorovou spolupráci v primární prevenci?

Jaká je role regionů a municipalit pro nastavení systému prevence chronických onemocnění (NCD)?

MUDr. Alena Šteflová, PhD., MPH, *Koncept Investice do zdraví, Zdravotní gramotnost, Zdraví 2030*

Klíčovými směry ke snížení předčasných úmrtí na NCD, na základě rozhodnutí OSN, jsou *prevence, kontrola diabetu a obezity, kontrola krevního tlaku jako prevence kardiovaskulárních onemocnění a ikt, snížení příjmu soli, zvýšení pohybové aktivity, omezení kouření a omezení nadměrné konzumace alkoholu*. V ČR není ve zdravotních politikách dostatečně využívaný **ekonomický benefit prevence** jako argument pro nastavení efektivních opatření. Dle zahraničních dat je však patrné, že poměr nákladů prevence chronických neinfekčních onemocnění k přínosům prevence je 1:10.

Podpora zdravějšího životního stylu by zlepšila zdravotní výsledky, a zároveň **snížila nerovnosti v oblasti zdraví**, neboť **rizikové faktory chování korelují se sociálně-ekonomickými charakteristikami**. **Pohyb je nutnou součástí primární prevence i léčebného procesu**, avšak je potřeba vyřešit problém (ne)začlenění **odborníků pro pohyb** do zdravotnického systému (zdravotnické vzdělání).

V rámci reformy primární péče hraje **zásadní roli** také **praktický lékař** a je nutné jeho roli dále posilovat. V rámci současného systému nemá totiž praktický lékař kam odeslat svého pacienta, je-li potřeba náročnější konzultace v oblasti prevence/změny životního stylu.

Je nutné se také zamyslet nad vizí **individualizace preventivních prohlídek** podle rizikovosti pacienta. Je potřeba připravit a realizovat opatření, která povedou **k vyšší účasti a zájmu populace** o screeningové programy. Je potřeba se zaměřit na edukaci o prevenci, zvýšit zdravotní gramotnost populace, tedy kromě tradiční medicínské osvěty také podporovat schopnost získat, vyhodnotit, relevantně použít informace o změně životního stylu. Nízká zdravotní gramotnost znamená **o 5% vyšší náklady pro zdravotní systém**: horší vnímání zdravotního stavu, více návštěv zdravotního zařízení a vyšší konzumaci zdravotní péče.

Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví a zvyšování zdravotní gramotnosti je jeden z **klíčových cílů strategie Zdraví 2030**. Strategie se, mimo jiné, zaměřuje na realizaci konkrétních intervencí na regionální, municipální a komunitní úrovni, posílení role všeobecných sester ve zvyšování úrovně zdravotní gramotnosti, podporu pohybové aktivity, rozvoj Národního zdravotnického informačního portálu, zřízení a pilotní provoz sítě center edukace prevence ve zdravotnických zařízeních v ČR či vznik a rozvoj regionálních center podpory zdraví.

Prof. MUDr. Petra Tesařová, CSc., *Prevence zhoubných nádorů*

Ačkoli jsou nám v rámci prevence známy rizikové faktory, které mohou vést k onemocnění, chybí nám informace o

tom, proč a jakým způsobem nádory vznikají, zde primární souvislost 100% neexistuje. **Primární prevence tudíž nepokryje celé spektrum** preventivní problematiky.

Primární onkologická prevence se překrývá s prevencí civilizačních chorob (spánek, obezita, stres, pohyb, ÚV záření, ionizující záření, alkohol, kouření, smog, výživa, stres, očkování atd.). Prevence rakoviny začíná v dětství a to zdravým životním stylem. Dále dochází k posouzení rizikových faktorů, věku (vyšší riziko solidních nádorů ve vyšším věku), pohlaví (jiné nádorové riziko u mužů a u žen), nabídky zařazení do screeningových programů, rodinné historie, komorbidit, individuálních rizik (obezita, kouření, práce). **Prevence by se měla tedy ušít na míru každého člověka. Intenzivní vyšetřování neselektované populace má velmi malý přínos a není cost-effective.**

V rámci sekundární prevence (včasného zachycení nádoru), kam patří screening, genetické predispozice, prekancerosy a komorbiditidy, je organizace nejednotná, screeningové programy jsou podceňovány a vyskytuje se zde nejasnost ohledně genetických mutací nejasného významu. Přibývá zdravých nosičů rizikových mutací, které musíme sledovat. A zároveň chybí **jednotná politika**, jak se o tyto pacienty plošně postarat. Prekancerosy jsou v rukou orgánových specialistů, avšak zde chybí propojení, kam pacienta referovat, jak bude fungovat péče, není jednotná organizace péče.

Terciární prevence se soustřeďuje na lokání recidivu a generalizací, duplicity, sekundární nádory a nežádoucí účinky předchozí onkologické léčby.

Ing. Kateřina Konečná, Europe's Beating Cancer Plan s ohledem na prevenci a jeho implementaci na národní úrovni

Boj proti rakovině je prioritou Evropské Komise (EK). Plán boje proti rakovině však preferuje onkologii a **ukrajuje finance jiným nemocím**, které také potřebují zdroje.

10 stěžejních iniciativ EU

V rámci **plánu boje proti rakovině** (screening, prevence, výzkum, vývoj, právo být zapomenut, vyléčení pacientů) má EK za cíl pak podporovat činnost členských států, s vyčleně-



Znalostní centrum pro nádorová onemocnění



Diagnostika rakoviny a léčba pro všechny



Evropská iniciativa v oblasti snímkování nádorových onemocnění



Evropská iniciativa pro výzkum nádorovým onemocněním



Eliminace rakoviny způsobené lidským papilomavirem



Iniciativa pro lepší život pacientů s rakovinou



Systém EU pro screening rakoviny



Rejstřík nerovnosti v souvislosti s nádorovými onemocněními



Sít národních komplexních onkologických center v EU



Pomoc dětem s nádorovým onemocněním

nými EU 4bn z programů: Horizon Europe EUR 2bn, EU for Health EUR 1.25bn (kampaň pro Evropský kodex proti rakovině), granty, Next Generation EU, Invest EU a další.

U Evropských referenčních sítí ERN, které fungují u pacientů se vzácnými onemocněními, nyní probíhá aplikace na boj proti rakovině, směrem k jejich integraci do národních systémů zdravotní péče. V rámci Znalostního onkologického centra, EU může pomoci s formátem pro výměnu elektronických dat (spuštění červen 2021).

Nejenom ČR se potýká s poklesem zájmu o preventivní screeningy z důvodu strachu z Covid-19. Za poslední rok je u onkologických onemocnění zaznamenáno o 100 milionů screeningů méně, někde až dokonce o 80 %. **Je tak potřeba rozjet preventivní programy a projekty na podporu prevence v rámci EU, na národních i regionálních úrovních.** Je potřeba celostního přístupu, nových poznatků a technologií. Nutná je i kombinace zdravotních údajů a technologií, je potřeba personalizovat medicínu. Je důležité smazat rozdíly mezi lékaři v rámci jednoho společného evropského prostoru, neboť aktuálně mají rozdílné možnosti pomáhat svým pacientům.

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, Onkologická prevence v Ústeckém kraji

V Ústeckém kraji je patrná vyšší incidence onkologických onemocnění (nádor plic, nádor hrtanu) ve srovnání s ostatními kraji v ČR, podmíněno nejspíše skladbou populace a souvisejícím životním stylem (kouření).

Screeningové programy sice zlepšily včasnou diagnostiku (u nádorů prsu st. I a II o 78 %, nádorů prostaty o 70 %, nádorů tlustého střeva a konečníku o 46 %), **nedostatečná je však včasná diagnostika nižších stádií** u zhoubných nádorů plic. Řešením by mohl být **připravovaný screening bronchogenního karcinomu**, což by u dlouhodobých kuřáků ve věku 50-55 let mohlo znamenat snížení mortality.

V Ústeckém kraji existuje **poradna pro rodiny s hereditární nádorovou zátěží**, v rámci KOS a ve spolupráci s oddělením lékařské genetiky MNUL. Dispenzarizuje pacienty s prokázanou dědičnou dispozicí k nádorovému onemocnění.

Pracuje se také **na vzniku Imunitního centra Ústeckého kraje** jako podpora osobní odpovědnosti za zdraví, podpora pohybu, edukace na školách, v rodinách v kraji. Ukázka správných vzorů.

Prof. MUDr. Marek Svoboda, Ph.D., Rozvojové aktivity MOÚ v oblasti prevence a péče o onkologické „přeživší“

Česká populace je více zatížena rizikovými faktory pro vznik nádorů, vykazuje **nižší úroveň zdravotní gramotnosti a vyšší míru rezistence** části obyvatel k preventivním programům. Více než polovina úmrtí na rakovinu lze však zabránit prevencí.

Reformní a investiční aktivity na národní úrovni a na ev-

ropské úrovni: Národní onkologický program ČR NOP 2030; Europe's Beating Cancer Plan, ReactEU, Národní plán obnovy ČR (NGEU), IROP II.

Při MOÚ do roku 2026 dojde ke vzniku centra podpůrné péče a centra genetické prevence, v rámci nichž budou poskytovány informace o diagnóze, možnostech léčby, nežádoucích důsledcích léčby, návazanosti na patientské organizace, kontakty, nové léky, podpůrná péče, screening u rodinných anamnéz. Zakomponovaná bude i péče o zdravé osoby a nové screeningové programy. Cílem je zvýšení zájmu o stávající screeningové programy.

- **Centrum inovativní a podpůrné péče:** Centrum podpůrné péče (onkopsychologie, onkokosmetika, sociální poradenství, výživa a podpůrné prostředky, péče o rány, stomie), Centrum inovativní péče, Centrum prvního kontaktu a Edukační centrum, s navýšením kapacity podpůrné péče MOÚ o více než 20 %;
- **Centrum genetické prevence:** Oddělení preventivních onkologických prohlídek (onkologická prevence pro každého, prevence pro osoby s geneticky podmíněným zvýšeným rizikem a terciární prevence), Oddělení preventivního vyšetřování (screeningové programy), Oddělení preventivního poradenství (zdravá výživa, životní styl, adiktologie, pohyb...), s navýšením kapacity preventivní péče MOÚ o 20-30 %.

INTENT PROJECT: Patient Centered Cancer Care (PCCC).

Cílem projektu je najít řešení pro inovativní model onkologické péče, orientované na pacienta, který by byl aplikovatelný pro systém i jednotlivé poskytovatele zdravotní péče (nejenom) ve střední Evropě. V rámci výstupu došlo k vytvoření inovativního modelu PCCC, know-how centra, online nástroje pro zjištění úrovně PCCC („benchmarking tool“), desatera PCCC pro poskytovatele, pro pacienty a jejich blízké.

Desatero PCCC: 1. Dostatečný čas vyhrazený na první návštěvu a rozhovor o plánu léčby, vč. přítomnosti blízké osoby. 2. Tištěné informace o onemocnění, léčbě a péči, vč. poskytnutí kontaktu. 3. Šetření spokojenosti, zpětná vazba. 4. Informace o patientských organizacích, informačních zdrojích, vzdělávacích programech. 5. Součástí sítě onkologických pracovišť s jednotnými postupy a kvalitou diagnostiky a léčby. 6. Konzultace plánu léčby v rámci multioborové onkologické indikační komise. 7. Plán léčby přizpůsoben pacientovi a onemocnění, vč. důkladného vysvětlení a společného rozhodování o postupu léčby. 8. Během dlouhodobé onkologické léčby konzultace s pacientem o přínosech léčby, cílech. 9. Zvýšení a udržení kvality života díky podpůrné péči. 10. „Druhý názor“ na léčbu.

Prof. MUDr. Štěpán Svačina, MBA, DrSc., *Prevence a orgánový pohled na metabolická rizika*

Diabetes a metabolická onemocnění přinášejí zvýšené riziko většiny kardiovaskulárních, onkologických, infekčních a dalších (zánětlivých, metabolických, degenerativních) onemocnění. Odhadnout individuální riziko je obtížné.

Civilizační choroby mají společnou prevenci (fyzická aktivita, zdravá výživa, prevence diabetu ev. obezity, která je i prevencí onkologických onemocnění, psychologická podpora zdravého životního stylu, individualizovaná edukace a farmakoterapie, kdy řada léků má preventivní účinek). Důležité je **analyzovat život a životní zvyky**, nikoliv edukovat na základě brožur.

Je potřeba podporovat **sítě edukačních center**, pilotní centra v krajích, jako podpora také praktických lékařů.

Ing. David Šmehlík, MHA, *VZP Prevence, VZP PLUS, Program organizace a kvality péče*

Důraz na správné definování prevence primární, sekundární a podporu organizace péče, která zlepší průchod pacienta systémem, aby se co nejdříve dostal k léčbě, kterou potřebuje, nebo aby léčba započala ve stavu, kdy pacient z ní může co nejlépe profitovat. **Investice do prevence a včasného zachytu je rozumnější** než investice do stavu, kdy už je nemoc rozvinutá. Hlavním cílem je zlepšit kvalitu života pacienta a jeho přežití.

Důraz na roli primární péče a převzetí pacienta (zpět) do primární péče po (onkologické) léčbě. Ta stojí na odborných doporučením a definování cílů.

V rámci **VZP PLUS programových modulů** dochází ze strany VZP k **bonifikaci poskytovatelů péče**, zvýšení dostupnosti péče a hodnocení kvality péče o pacienty. V rámci bonifikace poskytovatelů péče existují guideliney pro pacienty v péči i pro ty, jež jsou k nim referováni. Zacílení na chronicky nemocné klienty.

V onkologii dochází ze strany VZP také k follow-up onkologického pacienta. Komplexní onkologická centra jsou zatížena intenzivní léčbou velkého počtu pacientů, a proto VZP definovala postup, aby byli pacienti po intenzivní léčbě převedeni k praktickému lékaři, který má odbornou guideline, jak postupovat, přičemž výkony jsou ohodnocené pojišťovnou. To vedlo ke změně chování. Při remisi pak také existuje guideline pro návrat do komplexního onkologického centra.

VZP podporuje **vznik sítě komplexních center prevence**, kde by byla dostupná edukace, možnost zapojení se do programů, aktivit kolem jako kupř. Stan proti melanomu, které přitáhnou pozornost pojištěnců.

Účastníci panelové diskuze se shodli na tom, že účinnou prevencí můžeme zabránit vzniku až 80% kardiometabolických a 50% onkologických onemocnění, a tím významně prodloužit dobu života prožitou ve zdraví. V současné době neexistuje v ČR komplexní Národní program prevence chronických onemocnění, který by definoval priority v této oblasti a zajistil dostupnost primární či sekundární preventivní péče občanům podle jejich individuálního rizika.

DOPORUČENÍ vyplývající z panelové diskuze:

1. **Nastavení nástrojů pro motivaci veřejnosti** a jednotlivců k vyšší odpovědnosti o své zdraví. Aktivní zapojení občanů – zvyšování zdravotní gramotnosti a její sledování, důležitá role komunit/municipalit. Motivace pojištěnců ze strany zdravotní pojišťovny ke zdravému životnímu stylu. Nutno zahájit diskuzi o ocenění starosti o vlastní zdraví formou bonusů a přidáných benefitů. Min. 75 % klientů zdravotních pojišťoven souhlasí s **bonusem nebo odměňováním** při odpovědném přístupu k vlastnímu zdraví.
2. **Diskuze se všemi pojišťovnami** ohledně preventivních programů u kulatého stolu. Jak přimět pacienty si uvědomit zodpovědnost za vlastní zdraví? Personalizace preventivních prohlídek na míru pacientům.
3. **Nastavení nástrojů pro motivaci poskytovatelů zdravotní péče** – primární péče a ambulantní specialisté, ale i v lůžkových zařízeních a plátců zdravotní péče ze strany všech pojišťoven.
4. **Nastavení nástrojů pro bonifikaci zaměstnavatelů** při motivaci zaměstnance k účasti na preventivních programech.
5. **Zvýšení role praktického lékaře v prevenci. Institucionalizace experta na pohybovou aktivitu** jako prvku zdravotního systému ve zdravotnickém zařízení.
6. **Vznik a pilotní provoz sítě edukačních center, center prevence, imunitních center.** Zájem ze strany FN, MOU, Ústeckého kraje Krajské zdravotní, okresních nemocnic, zapojení také Univerzity Karlovy, UJEP, možnost zapojení studentů nelékařských oborů. Zapojení pojišťoven.
7. **Networking mezi komplexními onkologickými centry.** Je potřeba kriticky vyhodnotit jednotlivá centra, navázat na to prevenci.
8. **Podpora při čerpání financí EU.** Závazek EU k investicím do prevence do r. 2025. Je potřeba využít příležitosti na národní úrovni.