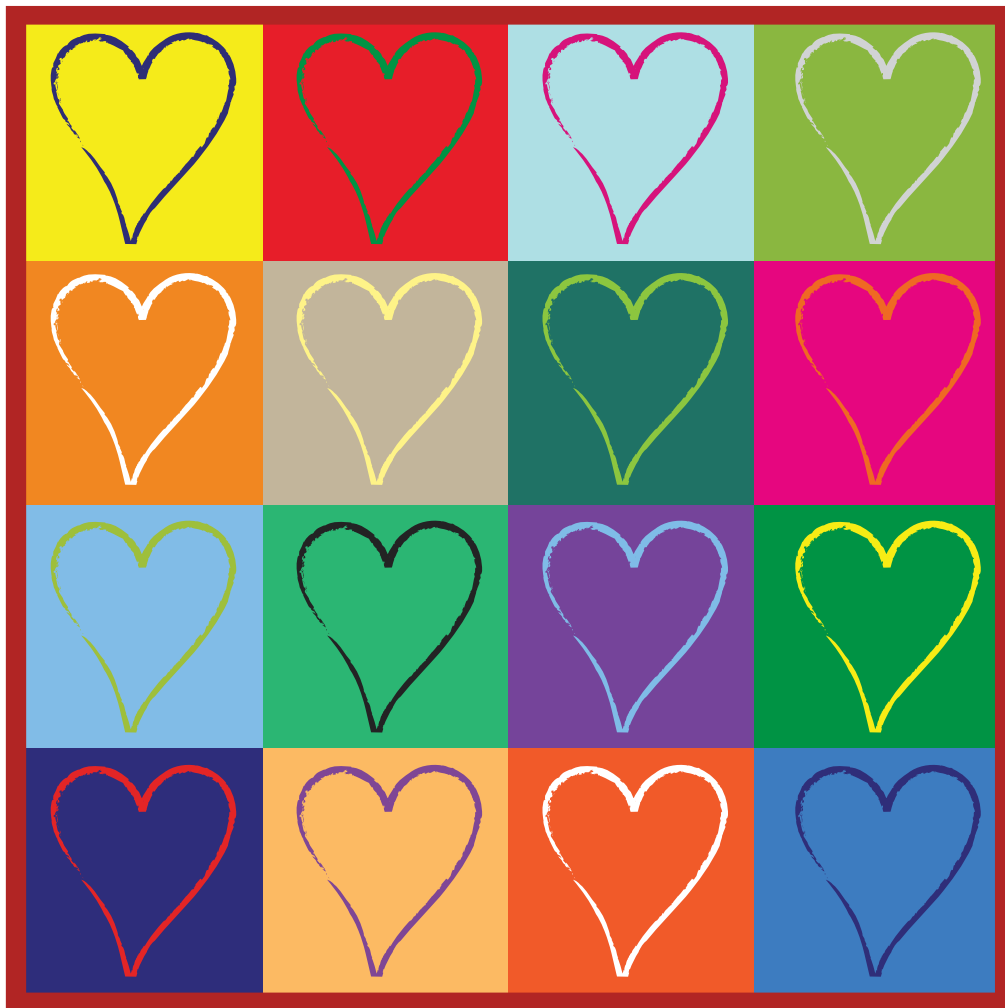
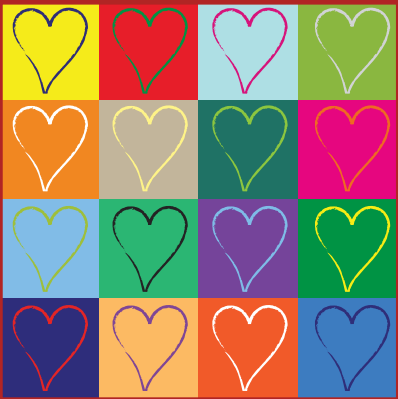


Η πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων σε κρίσιμη καμπή – ημερήσια διατάξη σε εξέλιξη

Πακέτο εργασίας EuroHeart 5:
Εθνικά σχέδια, πολιτικές και μέτρα για την προαγωγή
της καρδιαγγειακής υγείας και την πρόληψη των
καρδιαγγειακών παθήσεων



Σεπτέμβριος 2009





Περιεχόμενα

Ευχαριστήρια	3
Εισαγωγή.....	4
Ιστορικό.....	5
Ποσοστά θνησιμότητας για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5 του EuroHeart:	
Από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά.....	6
Επικράτηση παράγοντα κινδύνου για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5 του EuroHeart: Από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά	10
Το σχέδιο χαρτογράφησης EuroHeart.....	15
Μέθοδοι.....	15
Κατάρτιση ερωτηματολογίου.....	15
Συλλογή δεδομένων	15
Ανάλυση δεδομένων	16
Αποτελέσματα.....	17
Εθνικοί οργανισμοί.....	17
Εθνικές πράξεις, νόμοι και νομοθεσία.....	17
Εθνικές πολιτικές/στρατηγικές ή σχέδια.....	17
Εθνικά προγράμματα.....	22
Εθνικές κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα	24
Εθνικοί στόχοι, παρακολούθηση και αξιολόγηση.....	25
Γενικές παρατηρήσεις.....	26
Βασικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής για τις καρδιαγγειακές παθήσεις	28
Συμπεράσματα	36
Συστάσεις.....	37
Αναφορές	38
Παράρτημα Α: Συμβουλευτικό Συμβούλιο για το Πακέτο Εργασίας 5	39
Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο	40
Παράρτημα Γ: Επεξηγηματικές σημειώσεις για το ερωτηματολόγιο.....	48
Παράρτημα Δ: Συλλογή επιπρόσθετων δεδομένων	54
Γλωσσάριο	55



Πίνακες

1. Τυποποιημένα ανά ηλικία ποσοστά θνησιμότητας για άνδρες και γυναίκες ηλικίας κάτω των 65, στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά – Νόσος της στεφανιαίας.....	6
2. Τυποποιημένα ανά ηλικία ποσοστά θνησιμότητας για άνδρες και γυναίκες ηλικίας κάτω των 65, στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά – Εγκεφαλικό.....	8
3. Επικράτηση παράγοντα κινδύνου για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά - Κάπνισμα.....	10
4. Επικράτηση παράγοντα κινδύνου για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά – διαθεσιμότητα φρούτων και λαχανικών.....	12
5. Επικράτηση παράγοντα κινδύνου για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά – ποσοστό συνολικής ενέργειας από λίπος.....	13
6. Επικράτηση παράγοντα κινδύνου για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά – άτομα που πραγματοποιούν 4 ή περισσότερες ημέρες ήπιας σωματικής άσκησης ανά εβδομάδα.....	14
7. Χαρτογράφηση υπάρχουσας και μελλοντικής νομοθεσίας σε όλες τις χώρες του ΠΕ 5.....	19
8. Χαρτογράφηση υπαρχουσών και μελλοντικών εθνικών πολιτικών/στρατηγικών και σχεδίων σε όλες τις χώρες του ΠΕ 5.....	20
9. Χαρτογράφηση υπαρχόντων και προτεινόμενων εθνικών προγραμμάτων σε όλες τις χώρες του ΠΕ 5.....	23
10. Χαρτογράφηση υπαρχουσών και μελλοντικών εθνικών κατευθυντήριων γραμμών/προτύπων σε όλες τις χώρες του ΠΕ 5.....	24
11. Χαρτογράφηση υπαρχόντων και μελλοντικών εθνικών στόχων, παρακολούθηση και αξιολόγηση σε όλες τις χώρες του ΠΕ 5.....	27

Σχήματα

1. Ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο της στεφανιαίας σε άνδρες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού.....	7
2. Ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο της στεφανιαίας σε γυναίκες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού.....	7
3. Ποσοστά θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο σε άνδρες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού.....	9
4. Ποσοστά θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο σε γυναίκες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού.....	9
5. Ποσοστά καπνίσματος σε άνδρες ηλικίας 15 ετών και άνω στις χώρες του ΠΕ 5.....	11
6. Ποσοστά καπνίσματος σε γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω στις χώρες του ΠΕ 5.....	11
7. Διαθέσιμα φρούτα και λαχανικά στις χώρες του ΠΕ 5.....	12
8. Ποσοστό συνολικής ενέργειας από λίπος στις χώρες του ΠΕ 5.....	13
9. Ποσοστό ατόμων που πραγματοποιούν 4 ή περισσότερες ημέρες ήπιας σωματικής άσκησης στις χώρες του ΠΕ 5, 2005.....	14
10. Χώρες που αναφέρουν εθνική πολιτική σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων, της νόσου της στεφανιαίας, της υπέρτασης, του εγκεφαλικού και της υπερλιπιδαιμίας.....	21
11. Προτεινόμενο μοντέλο για βασικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής.....	28



Ευχαριστήρια

Η παρούσα έκθεση συντάχθηκε από τους:

Gill Cowburn¹, Prachi Bhatnagar¹, Susanne Løgstrup²

Ευχαριστούμε τους εθνικούς συντονιστές και τους συνεργάτες τους που συνέβαλλαν στη συλλογή δεδομένων:

- Freddy van de Casseye - Belgian Heart League
 - Mads Hyldegard - Danish Heart Foundation
 - Marianne Sirel - Estonian Heart Association
 - Anna-Liisa Rajala - Finnish Heart Association
 - Céline dos Santos - French Federation of Cardiology
 - Christine Dehn - German Heart Foundation
 - Γεώργιος Ανδρικόπουλος – Ελληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας
 - András Nagy - Hungarian Heart Foundation
 - Bylgja Valtýsdóttir - Icelandic Heart Association
 - Maureen Mulvihill - Irish Heart Foundation
 - Maria Luce Ranucci - Italian Heart Foundation
 - Marina Trovo - Italian Foundation for the Fight against Thrombosis (ALT)
 - Marijke Luif - Netherlands Heart Foundation
 - Grete Crowo - Norwegian Association of Heart and Lung Patients
 - Jan Slezak - Slovak Heart to Heart League
 - Nataša Jan - Slovenian Heart Association
 - Rebecca Salay - UK National Heart Forum
-
- Marleen Kestens - Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας

¹ Ομάδα Έρευνας για την Προαγωγή της Υγείας του Βρετανικού Καρδιολογικού Ιδρύματος, Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, Old Road Campus, Headington, Οξφόρδη, OX3 7LF, Ην. Βασίλειο - <http://www.dphpc.ox.ac.uk/bhfhprg>

² Ευρωπαϊκό Δίκτυο Καρδιολογικών Ιδρυμάτων, Rue Montoyer 31, B-1000 Βρυξέλλες, Βέλγιο - <http://www.ehnheart.org>



Εισαγωγή

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (CVD) εξακολουθούν να αποτελούν τη βασική αιτία θανάτου στην Ευρωπαϊκή Ένωση, και ευθύνονται για περισσότερους από 2 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Ενώ οι παράγοντες κινδύνου και οι παράγοντες των καρδιαγγειακών παθήσεων έχουν διαπιστωθεί με ακρίβεια, είναι ακόμα ελλιπής η εικόνα για το τι έχει κάνει κάθε χώρα όσον αφορά στρατηγικές και δράσεις για την αντιμετώπιση της μεγάλης ανθρώπινης και οικονομικής επιβάρυνσης που θέτουν αυτές οι παθήσεις.

Κατά το μισό της τελευταίας δεκαετίας, έχουν σημειωθεί στην Ευρώπη σημαντικές εξελίξεις πολιτικής σχετικά με την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων. Μεταξύ αυτών είναι τα Συμπεράσματα του Συμβουλίου για την προαγωγή της καρδιακής υγείας που υιοθετήθηκαν το 2004, ο Ευρωπαϊκός Χάρτης για την Υγεία της Καρδιάς που θεσπίστηκε το 2007, και το ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με δράσεις αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών παθήσεων που εγκρίθηκε με αυξημένη πλειοψηφία τον Ιούλιο του 2007.

Προκειμένου να αξιοποιήσουν αυτές τις εξελίξεις και να υλοποιήσουν συγκεκριμένες διατάξεις του Ευρωπαϊκού Χάρτη για την Υγεία της Καρδιάς, το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας και η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική συμφώνησαν να προσφέρουν την εμπειρογνωμοσύνη τους σε ένα κοινό σχέδιο που λέγεται «σχέδιο EuroHeart». Οι απώτεροι στόχοι του EuroHeart είναι η ενίσχυση της διατομετακής συνεργασίας, η συγκέντρωση ολοκληρωμένων συγκρίσιμων πληροφοριών σχετικά με πολιτικές και δράσεις για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, η βελτίωση της επίγνωσης, της διάγνωσης και της θεραπείας γυναικών με καρδιαγγειακές παθήσεις σε όλη την Ευρώπη, και η δημιουργία ενός ισότιμου πεδίου με την εισαγωγή εθνικών κατευθυντήριων γραμμών για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Αυτοί οι στόχοι έχουν αναλυθεί λεπτομερώς σε ξεχωριστά πακέτα εργασίας.

Η παρούσα έκθεση αφορά ένα από τα πακέτα εργασίας του EuroHeart – το πακέτο εργασίας (ΠΕ) 5 – και παρέχει μια γενική εικόνα των υπάρχουσών εθνικών στρατηγικών και δράσεων στους τομείς της προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας ή/και της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων σε 16 χώρες της Ευρώπης. Η έκθεση και τα συμπεράσματά της θα διαδοθούν ευρέως σε φορείς λήψης αποφάσεων στην Ευρώπη, ώστε να τους επιτραπεί να αναθεωρήσουν τις εθνικές στρατηγικές τους υπό το πρίσμα του τι συμβαίνει σε άλλες χώρες. Η έκθεση αποτελεί στιγμιότυπο της κατάστασης. Η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων δεν είναι μια στατική διαδικασία, και ως εκ τούτου είναι απαραίτητη η συνεχής αναθεώρηση και αξιολόγηση των επιπτώσεων των στρατηγικών που υλοποιούνται. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας πιστεύει ότι ενώ η πολιτική υγείας εμπίπτει κατά κύριο λόγο στο πεδίο αρμοδιότητας των κρατών μελών της ΕΕ, η ΕΕ μπορεί να τα στηρίξει και να συμβάλει στην εξομάλυνση τυχόν ανισοτήτων εντός και μεταξύ κρατών, επί παραδείγματι, με τη θέσπιση κριτηρίων συγκριτικής αξιολόγησης μέσω συστάσεων. Οποσδήποτε, όσον αφορά την εξέταση της καρδιακής υγείας σε άλλες πολιτικές, η ΕΕ μπορεί να αναλάβει ηγετικό ρόλο διασφαλίζοντας αποτελεσματική αξιολόγηση των επιπτώσεων που έχουν στην υγεία τα μέτρα που προτείνονται σε διάφορες πολιτικές.



Ιστορικό

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η βασική αιτία θανάτου γυναικών σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και βασική αιτία θανάτου ανδρών σε όλες τις χώρες εκτός από τη Γαλλία, τις Κάτω Χώρες και την Ισπανία. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη.

Το ίδιο ισχύει επίσης για τις χώρες του ΠΕ 5 του EuroHeart όπως παρουσιάζεται στους πίνακες 1 και 2 καθώς και στα γραφήματα 1 έως 4. Το ποσοστό θανάτων από καρδιαγγειακές παθήσεις στους άνδρες στην Ουγγαρία (105/100 000) είναι υπερεξαπλάσιο του αντίστοιχου ποσοστού για τη Γαλλία (17/100 000). Για τις γυναίκες, το ποσοστό θανάτων στην Ουγγαρία είναι υπερενεαπλάσιο του αντίστοιχου ποσοστού για τη Γαλλία. Το ποσοστό θανάτων από εγκεφαλικό στους άνδρες στην Εσθονία (41/100 000) είναι υπερδεκαπλάσιο του αντίστοιχου ποσοστού για την Ισλανδία (4/100 000). Το ποσοστό θανάτων από εγκεφαλικό σε γυναίκες στην Εσθονία είναι υπερτριπλάσιο του αντίστοιχου ποσοστού για την Ισλανδία.

Υπάρχουν επίσης σημαντικές διαφορές στις τάσεις θνησιμότητας. Στη Φινλανδία οι μειώσεις των ποσοστών θνησιμότητας τόσο από νόσο της στεφανιαίας (CHD) όσο και από εγκεφαλικό είναι σημαντικές (76% CHD, 74% εγκεφαλικό) από το 1972 έως το 2005. Κατά την ίδια περίοδο, στην Ελλάδα τα ποσοστά θνησιμότητας από νόσο της στεφανιαίας έχουν αυξηθεί κατά 11%. Ωστόσο σημειώνεται μείωση των ποσοστών θανάτων από εγκεφαλικό (48%) στην Ελλάδα.

Σε εννέα χώρες του σχεδίου EuroHeart, οι τάσεις στα ποσοστά θανάτων από τη νόσο της στεφανιαίας στις γυναίκες δείχνουν ότι έχουν μειωθεί λιγότερο σε σύγκριση με τα ποσοστά θανάτων για τους άνδρες.

Πιο λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη θνησιμότητα του πληθυσμού καθώς και σχετικά με επιλεγέντες παράγοντες κινδύνου μπορούν να βρεθούν στην συμπληρωματική έκθεση, με τίτλο «Country Summary reports» στην ιστοσελίδα: <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>.

Η πηγή για τους πίνακες 1 & 2, τα γραφήματα 1 έως 4 είναι: Allender, S., Scarborough, P., Peto, V., Rayner, M. (2008) Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές νόσους 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας, Βρυξέλλες.





Ποσοστά θνησιμότητας για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5: Από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά

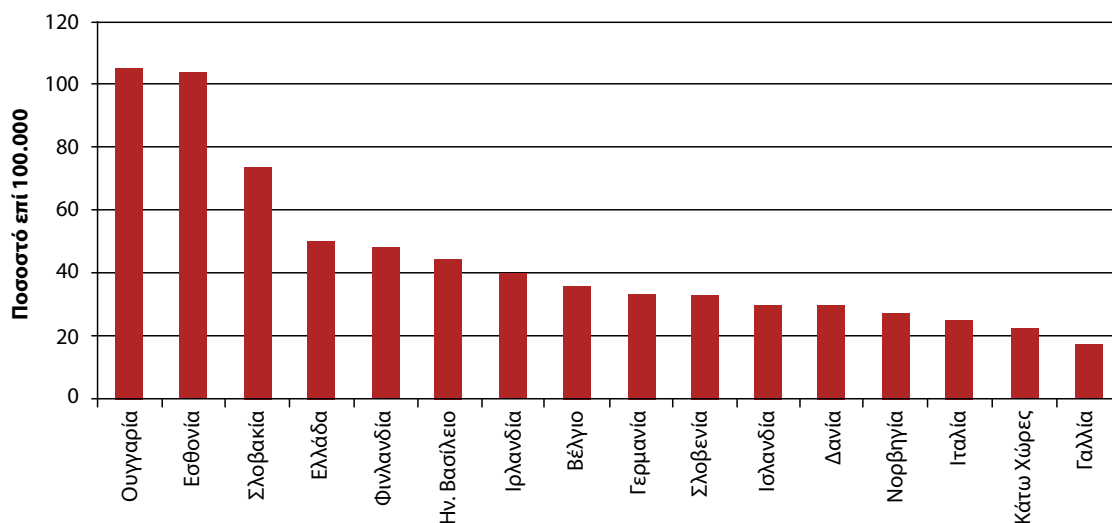
Τυποποιημένα ανά ηλικία ποσοστά θνησιμότητας για άνδρες και γυναίκες ηλικίας κάτω των 65, στις 16 χώρες του ΠΕ 5: από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά

Πίνακας 1:
Νόσος της στεφανιαίας: Τελευταίο διαθέσιμο έτος

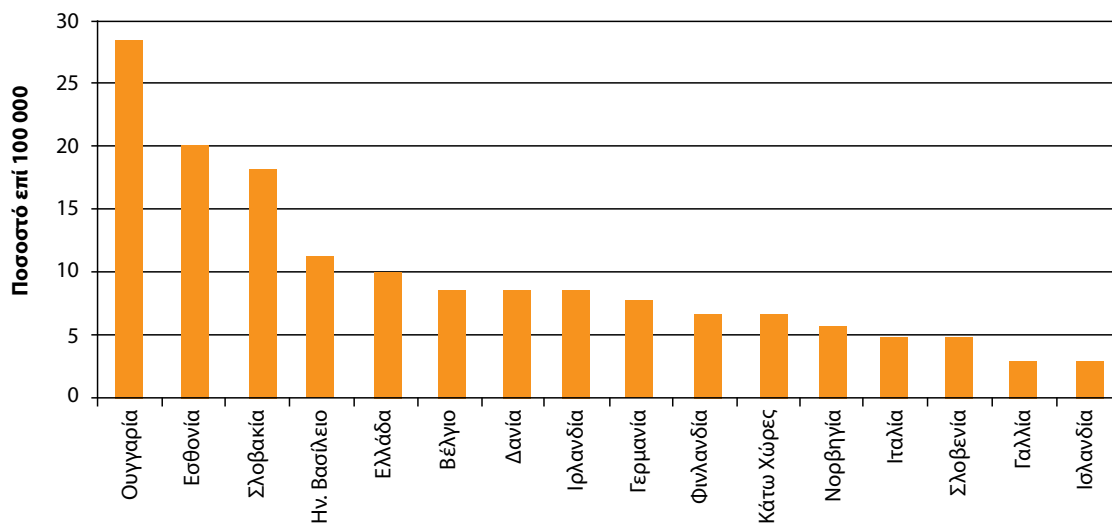
ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
Χώρα	Ποσοστό επί 100 000	Χώρα	Ποσοστό επί 100 000
Ουγγαρία	105	Ουγγαρία	28
Εσθονία	104	Εσθονία	20
Σλοβακία	74	Σλοβακία	19
Ελλάδα	50	Ην. Βασίλειο	11
Φινλανδία	48	Ελλάδα	10
Ην. Βασίλειο	44	Βέλγιο	9
Ιρλανδία	39	Δανία	9
Βέλγιο	36	Ιρλανδία	9
Γερμανία	33	Γερμανία	8
Σλοβενία	33	Φινλανδία	7
Ισλανδία	30	Κάτω Χώρες	7
Δανία	30	Νορβηγία	6
Νορβηγία	27	Ιταλία	5
Ιταλία	25	Σλοβενία	5
Κάτω Χώρες	22	Γαλλία	3
Γαλλία	17	Ισλανδία	3



ΣΧΗΜΑ 1:
Ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο της στεφανιαίας σε άνδρες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού, τελευταίο διαθέσιμο έτος



ΣΧΗΜΑ 2:
Ποσοστά θνησιμότητας από τη νόσο της στεφανιαίας σε γυναίκες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού, τελευταίο διαθέσιμο έτος



Πηγή: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές παθήσεις, 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας, Βρυξέλλες, Τελευταίο διαθέσιμο έτος (ποσοστά από το 1997 έως το 2006)

Πίνακας 2:
Εγκεφαλικό: Τελευταίο διαθέσιμο έτος

ΑΝΔΡΕΣ	
Χώρα	Ποσοστό επί 100 000
Εσθονία	41
Ουγγαρία	34
Σλοβακία	19
Ελλάδα	14
Σλοβενία	13
Δανία	12
Βέλγιο	11
Φινλανδία	11
Ιταλία	9
Ην. Βασίλειο	9
Γερμανία	8
Ιρλανδία	8
Γαλλία	7
Κάτω Χώρες	7
Νορβηγία	7
Ισλανδία	4

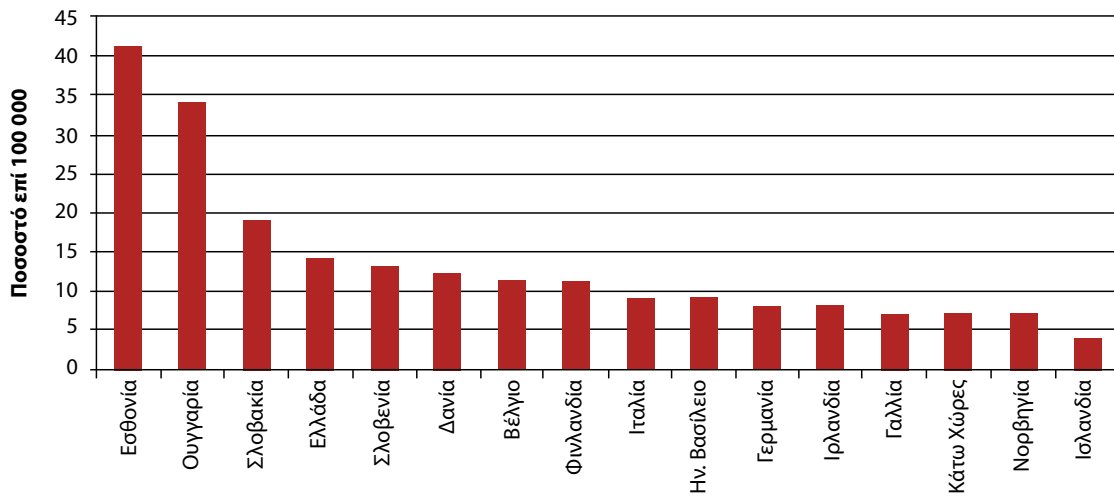
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
Χώρα	Ποσοστό επί 100 000
Εσθονία	16
Ουγγαρία	15
Βέλγιο	8
Δανία	7
Ελλάδα	7
Σλοβακία	7
Σλοβενία	7
Ην. Βασίλειο	7
Φινλανδία	6
Κάτω Χώρες	6
Γερμανία	5
Ισλανδία	5
Ιταλία	5
Νορβηγία	5
Γαλλία	4
Ιρλανδία	4





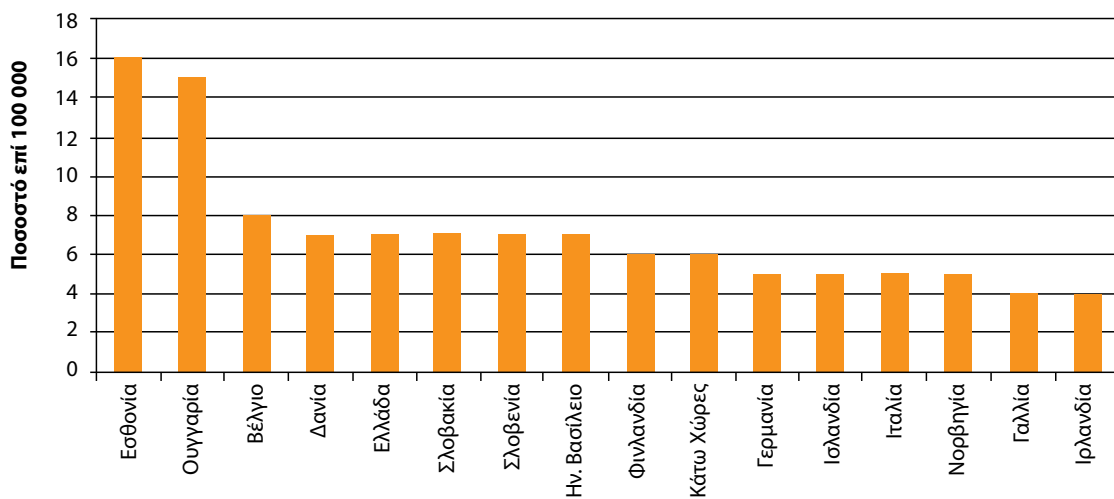
ΣΧΗΜΑ 3:

Ποσοστά θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο σε άνδρες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού, τελευταίο διαθέσιμο έτος



ΣΧΗΜΑ 4:

Ποσοστά θνησιμότητας από εγκεφαλικό επεισόδιο σε γυναίκες κάτω των 65 ετών, ανά 100.000 πληθυσμού, τελευταίο διαθέσιμο έτος



Πηγή: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές παθήσεις, 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας, Βρυξέλες, Τελευταίο διαθέσιμο έτος (διακυμάνσεις από το 1997 έως το 2006)



Επικράτηση παράγοντα κινδύνου για άνδρες και γυναίκες στις 16 χώρες του ΠΕ 5: Από τα υψηλότερα στα χαμηλότερα ποσοστά

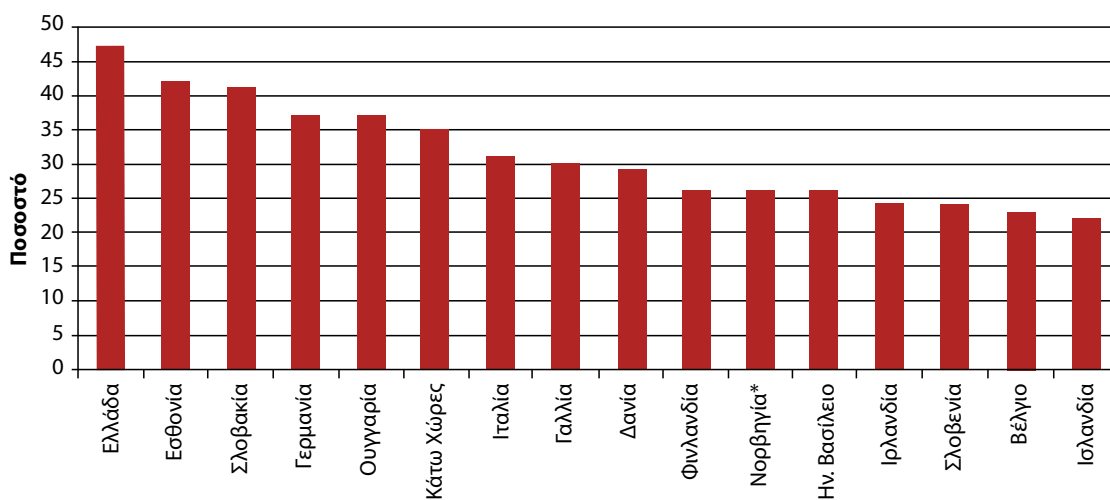
Πίνακας 3:
Κάπνισμα: Τελευταίο διαθέσιμο έτος

ΑΝΔΡΕΣ	
Χώρα	%
Ελλάδα	47
Εσθονία	42
Σλοβακία	41
Γερμανία	37
Ουγγαρία	37
Κάτω Χώρες	35
Ιταλία	31
Γαλλία	30
Δανία	29
Φινλανδία	26
Νορβηγία*	26
Ην. Βασίλειο	26
Ιρλανδία	24
Σλοβενία	24
Βέλγιο	23
Ισλανδία	22

ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
Χώρα	%
Γερμανία	31
Ελλάδα	29
Κάτω Χώρες	26
Ουγγαρία	25
Ιρλανδία	24
Νορβηγία*	24
Δανία	23
Ην. Βασίλειο	23
Σλοβενία	22
Εσθονία	21
Γαλλία	21
Ισλανδία	19
Φινλανδία	18
Ιταλία	17
Βέλγιο	16
Σλοβακία	15

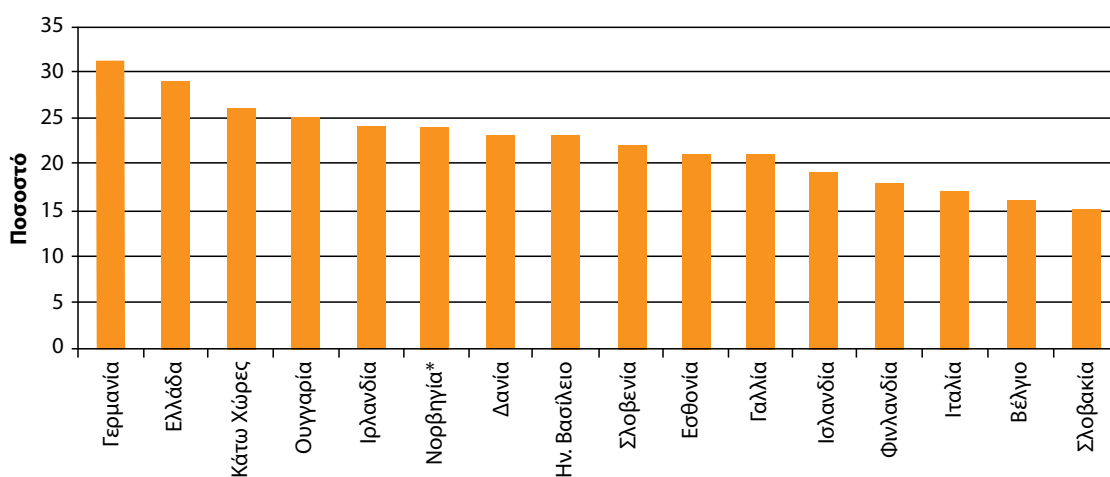
Σχήμα 5:

Ποσοστά καπνίσματος σε άνδρες ηλικίας 15 ετών και άνω στις χώρες του ΠΕ 5, τελευταίο διαθέσιμο έτος



ΣΧΗΜΑ 6:

Ποσοστά καπνίσματος σε γυναίκες ηλικίας 15 ετών και άνω στις χώρες του ΠΕ 5, τελευταίο διαθέσιμο έτος



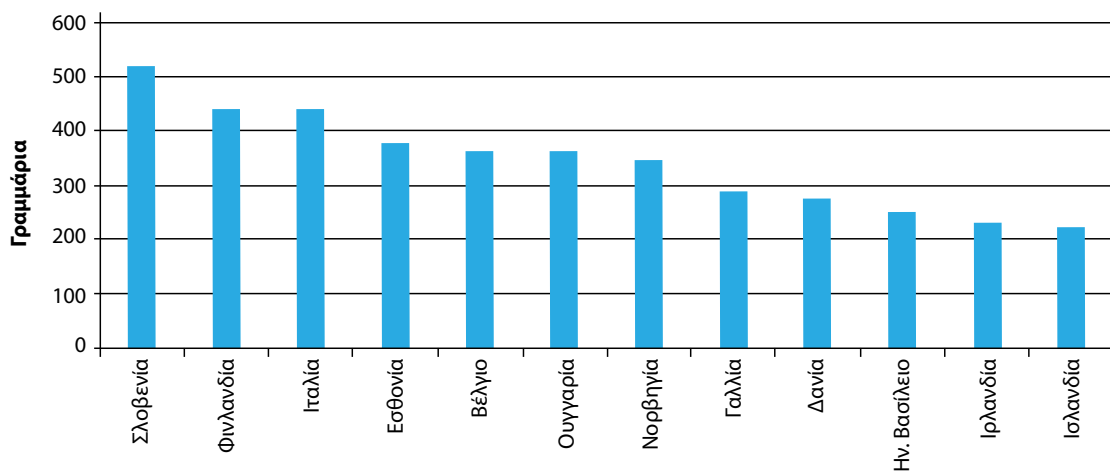
Πηγές: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας. Βρυξέλλες, Τελευταίο διαθέσιμο έτος (ποσοστά από το 1998 έως το 2008)

*Νορβηγία: Νορβηγική Διεύθυνση Υγείας, 2009

Πίνακας 4:
Διαθεσιμότητα φρούτων και λαχανικών: Τελευταίο διαθέσιμο έτος

ΌΛΟΙ	
Χώρα	Ανά άτομο/ημέρα
Σλοβενία	516
Φινλανδία	433
Ιταλία	433
Εσθονία	378
Βέλγιο	360
Ουγγαρία	360
Νορβηγία	341
Γαλλία	288
Δανία	273
Ην. Βασίλειο	248
Ιρλανδία	229
Ισλανδία	224

ΣΧΗΜΑ 7:
Διάθεση φρούτων και λαχανικών στις χώρες του ΠΕ 5, τελευταίο διαθέσιμο έτος



Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Ελλάδα, τη Γερμανία, τις Κάτω Χώρες και τη Σλοβακία.

Πηγή: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας. Βρυξέλλες.

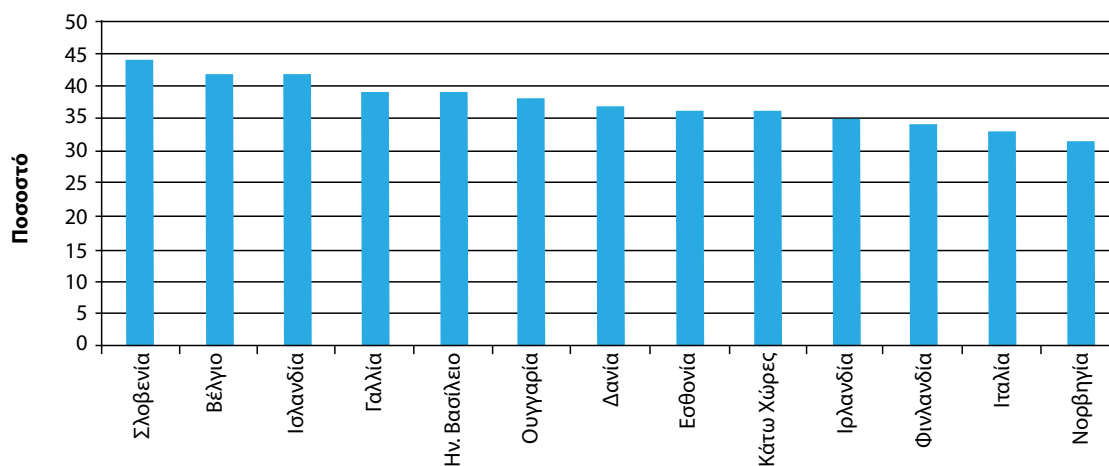




Πίνακας 5:
Ποσοστό συνολικής ενέργειας από λίπος: Τελευταίο διαθέσιμο έτος

ΌΛΟΙ	
Χώρα	%
Σλοβενία	44
Βέλγιο	42
Ισλανδία	42
Γαλλία	39
Ην. Βασίλειο	39
Ουγγαρία	38
Δανία	37
Εσθονία	36
Κάτω Χώρες	36
Ιρλανδία	35
Φινλανδία	34
Ιταλία	33
Νορβηγία	31

ΣΧΗΜΑ 8:
Ποσοστό συνολικής ενέργειας από λίπος στις χώρες του ΠΕ 5, τελευταίο διαθέσιμο έτος



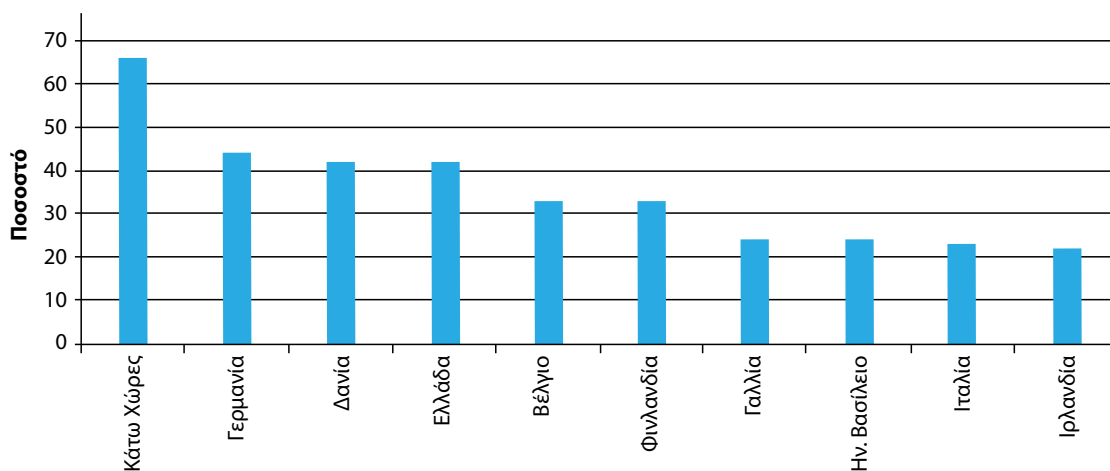
Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Ελλάδα, τη Γερμανία και τη Σλοβακία.

Πηγή: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας. Βρυξέλλες Τελευταίο διαθέσιμο έτος (ποσοστά από το 1980/84 έως το 1997)

Πίνακας 6:
Άτομα που πραγματοποιούν 4 ή περισσότερες ημέρες ήπιας σωματικής άσκησης την εβδομάδα, 2005

ΌΛΟΙ	
Χώρα	%
Κάτω Χώρες	66
Γερμανία	44
Δανία	42
Ελλάδα	42
Βέλγιο	33
Φινλανδία	33
Γαλλία	24
Ην. Βασίλειο	24
Ιταλία	23
Ιρλανδία	22

ΣΧΗΜΑ 9:
Ποσοστό ατόμων που πραγματοποιούν 4 ή περισσότερες ημέρες ήπιας σωματικής άσκησης στις χώρες του ΠΕ 5, 2005



Δεν υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για την Εσθονία, την Ουγγαρία, Ισλανδία, Νορβηγία, Σλοβενία και Σλοβακία.

Πηγή: S Allender, P Scarborough, V Peto, M Rayner. Ευρωπαϊκές στατιστικές για τις καρδιαγγειακές παθήσεις, 2008. Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας, Βρυξέλλες. Τελευταίο διαθέσιμο έτος (ποσοστά από το 1980/84 έως το 1997)





Το σχέδιο χαρτογράφησης του ΠΕ 5 του EuroHeart

Η παρούσα έκθεση παρουσιάζει τα ευρήματα του σχεδίου χαρτογράφησης EuroHeart (πακέτο εργασίας 5), στόχος του οποίου είναι η προβολή των στρατηγικών για την υγεία της καρδιάς σε 16 χώρες της Ευρώπης. Αυτή η χαρτογράφηση ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2007 και ολοκληρώθηκε το Νοέμβριο του 2008.

Οι πρωταρχικοί στόχοι του πακέτου εργασίας 5 ήταν, μέσω της χαρτογράφησης και της ανάλυσης, να συγκεντρώσει ολοκληρωμένες συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με πολιτικές, σχέδια και μέτρα για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Στόχος ήταν επίσης ο εντοπισμός διαφορών και κενών σε πολιτικές και δράσεις σε όλη την Ευρώπη και ο καθορισμός των βασικών στοιχείων μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Το πακέτο εργασίας στοχεύει ακόμα στη βελτίωση της επίγνωσης σχετικά με τη σημασία της συνεκτίμησης της καρδιακής υγείας σε διάφορες πολιτικές. Το σχέδιο EuroHeart χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση στο πλαίσιο του προγράμματος για τη δημόσια υγεία.

Μέθοδοι

Το σχέδιο χαρτογράφησης υλοποιήθηκε ως διαδικασία συνεργασίας μεταξύ του Ευρωπαϊκού Δικτύου Ιδρυμάτων Καρδιολογίας, συνεργαζόμενων εθνικών εταιριών και της Ομάδας Έρευνας για την Προαγωγή της Υγείας του Βρετανικού Καρδιολογικού Ιδρύματος (BHFHPRG) στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης (του ακαδημαϊκού εταίρου για το παρόν πακέτο εργασίας). Κάθε συνεργαζόμενη οργάνωση ανέλαβε συγκεκριμένο ρόλο στο σχέδιο. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιδρυμάτων Καρδιολογίας ανέλαβε τη γενική διαχείριση και διοίκηση του πακέτου εργασίας και συνέλεξε δεδομένα σε επίπεδο ΕΕ. Οι συνεργαζόμενοι εθνικοί εταίροι ήταν επιφορτισμένοι με τη συλλογή δεδομένων στη χώρα τους και η BHFHPRG ήταν υπεύθυνη για την ανάπτυξη εργαλείων συλλογής δεδομένων, τις αναλύσεις δεδομένων και την παραγωγή της έκθεσης του σχεδίου.

Ιδρύθηκε μια Συμβουλευτική Επιτροπή, η οποία συνεδρίασε τρεις φορές (βλέπε Παράρτημα Α για λεπτομέρειες σχετικά με τα μέλη της επιτροπής). Η πρώτη συνεδρίαση πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2007 για τη συζήτηση των σχεδίων του πακέτου εργασίας 5 καθώς και για τη συζήτηση του σχεδιασμού και της ανάπτυξης των εργαλείων συλλογής δεδομένων. Η δεύτερη συνεδρίαση πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2008 για τη συζήτηση των ευρημάτων του σχεδίου. Η τρίτη και τελική συνεδρίαση της Συμβουλευτικής Επιτροπής πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2009 για τη συζήτηση της διάδοσης των ευρημάτων.

Κατάρτιση ερωτηματολογίου

Για τη συλλογή συγκρίσιμων πληροφοριών, συμφωνήθηκε ότι η πιο αποτελεσματική μέθοδος συλλογής δεδομένων στις συμμετέχουσες χώρες θα ήταν τα ερωτηματολόγια σε ενότητες, τα οποία θα διανεμόταν μέσω e-mail. Η BHFHPRG συνέταξε και δοκίμασε πιλοτικά ένα ερωτηματολόγιο σε ενότητες και μια σειρά από επεξηγηματικές σημειώσεις που βασίζονταν εν μέρει σε παρόμοιο έργο που είχε αναλάβει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ)^{1,2} (βλέπε Παράρτημα Β & Γ).

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή πληροφοριών πραγματοποιήθηκε σε εθνικό επίπεδο από τους συνεργαζόμενους εταίρους που συμμετείχαν στο παρόν πακέτο εργασίας. Πραγματοποιήθηκαν τρεις συναντήσεις για τους εθνικούς συντονιστές, δηλαδή



τα άτομα που ορίστηκαν σε κάθε συμμετέχουσα χώρα για τη συλλογή δεδομένων εκ μέρους του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης. Σε μια αρχική συνάντηση το Νοέμβριο του 2007 ενημερώθηκαν οι εθνικοί συντονιστές σχετικά με τη διαδικασία συλλογής δεδομένων που έπρεπε να αναλάβουν, ενόψει της θέσπισης κριτηρίων ποιότητας για την ανάκτηση και καταγραφή δεδομένων. Περαιτέρω συμβουλές και υποστήριξη παρασχέθηκαν μέσω e-mail καθώς οι εθνικοί συντονιστές ολοκλήρωναν τη συλλογή δεδομένων τους. Μετά από τη λήξη της αρχικής προθεσμίας για την επιστροφή των δεδομένων, εστάλησαν e-mail στους εθνικούς συντονιστές που δεν είχαν ανταποκριθεί (n=4) με τα οποία τους υπενθυμίζονταν ότι έπρεπε να υποβάλουν τα δεδομένα τους. Ως αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας όλες οι χώρες υπέβαλαν δεδομένα για ανάλυση. Μετά από τον έλεγχο των δεδομένων, ορισμένοι εθνικοί συντονιστές κλήθηκαν να παράσχουν τυχόν ελλείψεις πληροφοριών. Επιπλέον, κάθε εθνικός συντονιστής κλήθηκε να συλλέξει περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τις εθνικές πολιτικές/ στρατηγικές ή σχέδια της χώρας του (βλέπε Παράρτημα Δ). Τον Ιούνιο του 2008, πραγματοποιήθηκε δεύτερη συνάντηση όπου παρουσιάστηκαν τα αρχικά ευρήματα του σχεδίου στους εθνικούς συντονιστές. Μετά από αυτήν την συνάντηση, η εθνικοί συντονιστές κλήθηκαν να μελετήσουν μια σύνοψη των πληροφοριών που είχαν συγκεντρώσει και να διορθώσουν τυχόν παρερμηνείες των δεδομένων.

Τον Σεπτέμβριο του 2008, τα δεδομένα που είχαν συλλεχθεί στο πλαίσιο του σχεδίου της ΠΟΥ^{1,2} εξετάστηκαν προκειμένου να αξιολογηθεί η συγκρισιμότητα των δύο σετ δεδομένων, λαμβάνοντας υπόψη ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε διαφορετικά χρονικά σημεία. Οι εθνικοί συντονιστές κλήθηκαν να παρουσιάσουν τις παρατηρήσεις τους σχετικά με τυχόν διαφορές δεδομένων που διαπιστώθηκαν.

Ως αποτέλεσμα των συζητήσεων που πραγματοποιήθηκαν στην Συμβουλευτική Επιτροπή τον Οκτώβριο του 2008, κάθε εθνικός συντονιστής κλήθηκε επίσης να συνθέσει συνοπτικές πληροφορίες σχετικά με την εθνική πολιτική προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας ή/και πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Μια τελική συνάντηση των εθνικών συντονιστών πραγματοποιήθηκε τον Μάρτιο του 2009 όπου συμφωνήθηκαν οι τελικές αλλαγές στην έκθεση και συζητήθηκε η διάδοση και η παρακολούθησή της.

Ανάλυση δεδομένων

Όλες οι αναλύσεις δεδομένων πραγματοποιήθηκαν από την BHFHPRG στο Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης. Τα δεδομένα από κάθε χώρα συντέθηκαν χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Excel. Αρχικά οι αναλύσεις σχεδιάστηκαν γύρω από την ανάπτυξη ενός προτύπου λαμβάνοντας υπόψη παρόμοιους τύπους συγκριτικής ανάλυσης¹⁻⁴ και σε σχέση με το Χάρτη της Οτάβας.⁵

Μετά από τρεις γύρους συλλογής δεδομένων, οι συνεργαζόμενοι εθνικοί εταίροι παρήγαγαν αρκετά μεγάλο όγκο πληροφοριών. Ωστόσο, λόγω της μεταβλητότητας των δεδομένων, δεν ήμασταν σε θέση να πραγματοποιήσουμε λεπτομερή ανάλυση όλων των πληροφοριών. Αντίθετα, πραγματοποιήσαμε περιγραφική ανάλυση.



Αποτελέσματα

Εδώ παρουσιάζεται μια περίληψη των βασικών συμπερασμάτων. Περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με μεμονωμένες χώρες μπορούν να ληφθούν στην συμπληρωματική, «εθνική συνοπτική έκθεση» που διατίθεται στην ιστοσελίδα <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

Στο παράρτημα Γ παρέχεται γλωσσάριο των όρων

Εθνικοί οργανισμοί

Σε όλες τις χώρες εντοπίστηκε μια κυβερνητική υπηρεσία με βασική αρμοδιότητα τις δράσεις για τη δημόσια υγεία σε σχέση με την πρόληψη και τον έλεγχο χρόνιων παθήσεων. Στις περισσότερες χώρες μπορούσαν επίσης να εντοπιστούν και άλλες κυβερνητικές υπηρεσίες ή/και άλλοι εθνικοί οργανισμοί με παρόμοιες αρμοδιότητες.

Σε όλες τις χώρες μπορούσε επίσης να εντοπιστεί η κυβερνητική υπηρεσία με τη βασική ευθύνη σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Διάφοροι άλλοι οργανισμοί (κυβερνητικοί, μη κυβερνητικοί, φιλανθρωπικοί, επαγγελματικοί σύλλογοι) εμπλέκονταν στην προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων και στις 16 χώρες.

Σε ορισμένες χώρες μπορούσε να εντοπιστεί ένας οργανισμός υπεύθυνος για τον συντονισμό της υλοποίησης μιας πολιτικής/στρατηγικής ή σχεδίου για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων. Η Ιρλανδία ανέφερε τους οργανισμούς που ήταν υπεύθυνοι για την υλοποίηση των δράσεων στόχων. Η Φινλανδία ανέφερε ότι διάφοροι παράγοντες έχουν αναλάβει ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικά με την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων.

Εθνικές πράξεις, νόμοι και νομοθεσία

Στον πίνακα 7 παρουσιάζεται η χαρτογράφηση υπάρχουσών και μελλοντικών νομοθεσιών και στις 16 χώρες. Κάθε χώρα ανέφερε κάποιο τύπο νομοθεσίας που διέπει τη δημόσια υγεία, τον έλεγχο του καπνού και τα τρόφιμα. Η νομοθεσία περί δημόσιας υγείας ήταν συνήθως γενικής φύσης, και τις περισσότερες φορές κατηύθυνε την παροχή υπηρεσιών υγείας και συναφών ιατρικών υπηρεσιών. Η νομοθεσία περί καπνού περιελάμβανε την πρόβλεψη απαγορεύσεων/περιορισμών του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, περιορισμούς στη διαφήμιση και τις πωλήσεις προϊόντων καπνού, και προειδοποιητικές σημάνσεις. Οι νομοθεσίες σχετικά με τα τρόφιμα ήταν ποικίλες, από απαιτήσεις σχετικά με τη σήμανση έως την παροχή τροφίμων σε σχολικά περιβάλλοντα. Όλες οι χώρες εκτός από την Ελλάδα ανέφεραν κάποια νομοθεσία σχετικά με τον έλεγχο του αλκοόλ, η οποία σχετιζόταν συνήθως με τον περιορισμό της διαφήμισης ή/και των πωλήσεων σε νεαρά άτομα, μεταξύ άλλων. Έντεκα από τις 16 χώρες είχαν κάποια νομοθεσία σχετικά με την προώθηση της σωματικής άσκησης, όπου περιλαμβάνονταν η διοργάνωση και προώθηση αθλητικών εκδηλώσεων και η παροχή ευκαιριών για σωματική άσκηση σε σχολεία.

Η νομοθετική δράση σχετικά με τον διαβήτη, την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, την αντιμετώπιση των ανισοτήτων και την παχυσαρκία ήταν λιγότερο συχνή, και αναφέρθηκε στις μισές ή και σε λιγότερες χώρες. Μόνον δύο χώρες ανέφεραν κάποια νομοθεσία σχετικά με το άγχος (Βέλγιο, Σλοβακία), στο χώρο εργασίας ή/και την εξασφάλιση της ψυχικής υγείας.

Εθνικές πολιτικές/στρατηγικές ή σχέδια

Ο πίνακας 8 παρουσιάζει τη χαρτογράφηση υπάρχουσών και προτεινόμενων εθνικών πολιτικών/στρατηγικών ή σχεδίων και στις 16 χώρες. Οι πιο συχνά αναφερόμενες εθνικές πολιτικές σχετιζόταν ευρύτερα με τους τομείς που καλύπτονταν συχνότερα από τη νομοθεσία. Δεκαπέντε χώρες ανέφεραν μια εθνική πολιτική δημόσιας υγείας (εκτός από τη Γερμανία, όπου αυτός ο τύπος



δράσης αποτελεί ευθύνη των ομόσπονδων κρατών). Αντιστοίχως, όλες οι χώρες (εκτός από τη Δανία) ανέφεραν μια εθνική πολιτική για τον καπνό. Δεκατέσσερις χώρες (εκτός από τη Γερμανία και την Ελλάδα) είχαν εθνικές πολιτικές σχετικά με τη νόσο της στεφανιαίας. Όλες οι χώρες (εκτός από τη Δανία και την Ελλάδα) είχαν εθνικές πολιτικές σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική άσκηση.

Στο σχήμα 9 παρουσιάζονται οι χώρες που αναφέρουν εθνική πολιτική σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, της νόσου της στεφανιαίας, της υπέρτασης, του εγκεφαλικού και της υπερλιπιδαιμίας. Σε κάθε χώρα οι δράσεις σε αυτούς τους τομείς εξελίχθηκαν με διάφορους τρόπους. Οι περισσότερες χώρες είχαν μια εθνική πολιτική που αφορούσε είτε έναν είτε και τους τέσσερις αυτούς τομείς. Ορισμένες χώρες είχαν υιοθετήσει εθνικές πολιτικές σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων και της νόσου της στεφανιαίας μόνο (Δανία, Ουγγαρία), ενώ άλλες [όπως η Αγγλία και η Βόρεια Ιρλανδία (Ην. Βασίλειο)] ανέφεραν μια εθνική πολιτική για τη νόσο της στεφανιαίας και μια ξεχωριστή στρατηγική για το εγκεφαλικό επεισόδιο. Η Γερμανία δεν ανέφερε καμία εθνική πολιτική, αλλά υπάρχουν δραστηριότητες για το εγκεφαλικό επεισόδιο σε περιφερειακό επίπεδο. Η Ελλάδα ανέφερε ότι βρίσκεται στο στάδιο της προετοιμασίας μια στρατηγική για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Διάφορες χώρες ανέφεραν προγράμματα ή συστάσεις για προγράμματα/πολιτικές που επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση (εντοπισμό πληθυσμού υψηλού κινδύνου ή έλεγχο). Αυτές οι χώρες είναι οι εξής: Βέλγιο, Γαλλία, Ελλάδα, Εσθονία, Ιρλανδία, Κάτω Χώρες και Ουγγαρία. Για παράδειγμα, στην γαλλόφωνη κοινότητα του Βελγίου η συνολική προσέγγιση της προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας περιλαμβάνει ένα στόχο για τη βελτίωση του ελέγχου έτσι ώστε να αξιολογείται ο συνολικός κίνδυνος καρδιαγγειακών παθήσεων στον πληθυσμό ηλικίας από 30 έως 75 ετών. Γενικά, οι χώρες αναθέτουν την ευθύνη για τον εντοπισμό και τη διαχείριση του ελέγχου σε γενικούς ιατρούς. Τρεις χώρες, η Γαλλία, η Γερμανία και η Ιρλανδία, αναφέρουν συστάσεις για επείγουσες πρώτες βοήθειες, π.χ. καρδιοαναπνευστική ανάνηψη (CPR) και αξιολόγηση και κατάρτιση σχετικά με τη χρήση εξωτερικών απινιδωτών.

Διαπιστώθηκαν διάφορες προσεγγίσεις όταν οι χώρες ανέφεραν τις δράσεις τους σχετικά με την πολιτική για νόσους και συντελεστές κινδύνου του τρόπου ζωής που σχετίζονται με τις καρδιαγγειακές παθήσεις (αλκοόλ, διατροφή, σωματική άσκηση και κάπνισμα). Δέκα χώρες (και δύο μέρη του Ηνωμένου Βασιλείου) ανέφεραν εθνικές πολιτικές σχετικά με την παχυσαρκία, τον διαβήτη και τους τέσσερις συντελεστές κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Η Ελλάδα δεν ανέφερε εθνικές πολιτικές σε κανέναν από αυτούς τους τομείς. Η Σκοτία ανέφερε συνοδευτικές πολιτικές για την πολιτική κατά της παχυσαρκίας όσον αφορά όλους τους συντελεστές κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, και η Βόρεια Ιρλανδία έχει μια πολιτική διαβήτη και πολιτικές για όλους τους συντελεστές κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Η Σλοβενία ανέφερε συνοδευτικές πολιτικές της πολιτικής διαβήτη, η οποία βρίσκεται στο στάδιο προετοιμασίας και αφορά όλους τους συντελεστές κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής. Η Εσθονία και η Ουγγαρία έχουν πολιτικές σχετικά με τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και το κάπνισμα. Η Δανία ανέφερε εθνικές πολιτικές σχετικά με την παχυσαρκία και το διαβήτη. Έντεκα χώρες (εκτός της Δανίας, της Εσθονίας, της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Ελλάδας) ανέφεραν εθνικές πολιτικές για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Αντίθετα, λίγες είναι οι χώρες που έχουν κάποια εθνική πολιτική σχετικά με το άγχος.

Οι χώρες ανέφεραν μια κοινή δομή στα έγγραφα πολιτικής τους, παρότι σημειώνονται διαφορές στην έκτασή τους, στον εκάστοτε τομέα. Τα περισσότερα έγγραφα πολιτικής αναφέρεται ότι περιέχουν πληροφορίες σχετικά με την σοβαρότητα του υπό εξέταση ζητήματος υγείας στην χώρα, τους στόχους και το χρονοδιάγραμμα που πρέπει να τηρηθεί, επιλογές δράσης, συστάσεις και προσδιορισμό σημαντικών φορέων για την υποστήριξη της αλλαγής. Ορισμένες χώρες ανέφεραν τη δημοσίευση πιο λεπτομερών σχεδίων δράσης για τη στήριξη των γενικών δηλώσεων που περιγράφονται στα έγγραφα πολιτικής, ενώ άλλες ανέφεραν τη δημοσίευση εκθέσεων προόδου. Άλλα στοιχεία που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής για τις καρδιαγγειακές παθήσεις θα συζητηθούν αργότερα. Παραδείγματα εθνικών πολιτικών για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων μπορούν να αναζητηθούν στη συμπληρωματική «εθνική συνοπτική έκθεση» που διατίθεται στην ιστοσελίδα [http://www.ehnheart.org/content/ itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176](http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176).



Πίνακας 7:
Χαρτογράφηση υπάρχουσας και μελλοντικής νομοθεσίας σε όλες τις χώρες του ΠΕ5

Χώρα	Δημόσια υγεία	Καρδιαγγειακές παθήσεις	Παχυσαρκία	Διαβήτης	Αλκοόλ	Διατροφή	Σωματική Άσκηση	Κάπνισμα	Υπογραφή του ΣΠΕΚ	Άγχος	Ανισότητες
Γαλλική κοινότητα Βελγίου	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●
Φλαμανδική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Γερμανική κοινότητα Βελγίου	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	✘
Δανία	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●
Εσθονία	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Φινλανδία	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Γαλλία	●	●	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	✘
Γερμανία	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	✘	●
Ελλάδα	●	✘	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	✘
Ουγγαρία	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	✘	✘
Ισλανδία	●	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	✘	●
Ιρλανδία	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	●
Ιταλία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Κάτω Χώρες	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘
Νορβηγία	●	✘	●	✘	●	●	●	●	●	✘	●
Σλοβακία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Σλοβενία	●	●	■	○	●	●	●	●	●	✘	✘
Αγγλία (Ην. Βασ.)	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
Β. Ιρλανδία (Ην. Βασ.)	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
Σκωτία (Ην. Βασ.)	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘
Ουαλία (Ην. Βασ.)	●	✘	✘	✘	●	●	✘	●	●	✘	✘

Σύμβολα: ● = ναι; ✘ = όχι; ○ = σε στάδιο προετοιμασίας; ■ = δεν ξέρω, δεν απαντώ

Πίνακας 8:

Χαρτογράφηση υπαρχουσών και μελλοντικών εθνικών πολιτικών/στρατηγικών και σχεδίων σε όλες τις χώρες του ΠΕ5

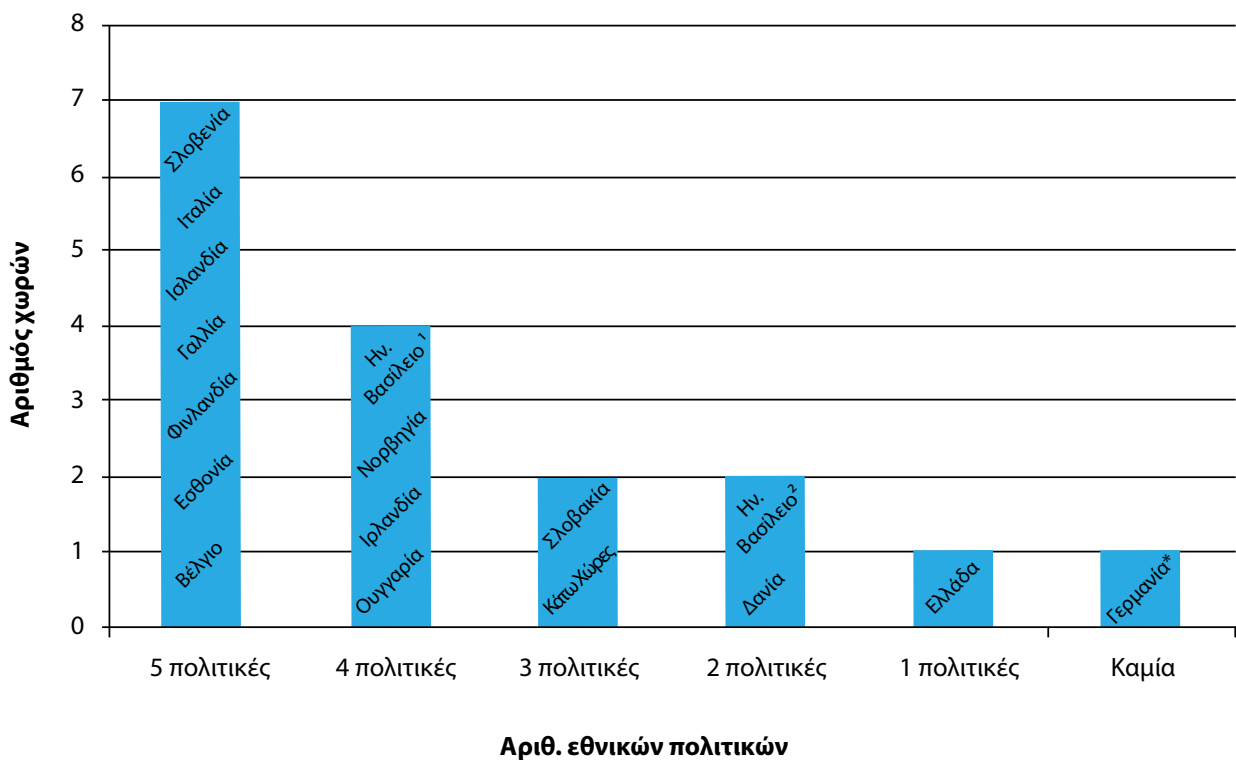
Pays	Δημ. Υγ.	Καρδιαγγ. παθήσεις	Νόσος στεφανιαίας	Υπέρταση	Εγκεφαλικό	Υπερλιπιδ.	Παχυσ.	Διαβ.	Άλλ.	Διατρ.	Σωμ. Άσκ.	Κάπν.	Άγχος	Ανοσώτ.
Γαλλική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Φλαμανδική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Γερμανική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●	
Δανία	●	●	●	✗	✗	✗	●	●	✗	✗	✗	✗	✗	✗
Εσθονία	●	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	●	●	●	✗	✗
Φινλανδία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●
Γαλλία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	✗
Γερμανία	✗	✗	✗	✗	✗	✗	○	○	●	●	●	●	✗	✗
Ελλάδα	○	○	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✗	●	✗	✗
Ουγγαρία	●	●	●	●	●	✗	✗	✗	✗	●	●	●	✗	●
Ισλανδία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	●
Ιρλανδία	●	●	●	●	○	✗	●	●	●	●	●	●	●	●
Ιταλία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●
Κάτω Χώρες	●	●	●	✗	✗	●	○	●	●	●	●	●	✗	●
Νορβηγία	●	✗	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✗	●
Σλοβακία	●	○	●	✗	○	✗	●	●	●	●	●	●	●	●
Σλοβενία	●	●	●	●	●	●	✗	○	●	●	●	●	○	●
Αγγλία (Ην. Βασ.)	●	✗	●	✗	●	✗	●	●	●	●	●	●	✗	●
Β. Ιρλανδία (Ην. Βασ.)	●	✗	●	✗	○	✗	●	✗	●	●	●	●	●	●
Σκωτία (Ην. Βασ.)	●	✗	●	●	●	●	✗	●	●	●	●	●	✗	●
Ουαλία (Ην. Βασ.)	●	✗	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	●	●

Σύμβολα: ● = ναι; ✗ = όχι; ○ = σε στάδιο προετοιμασίας; ■ = δεν ξέρω, δεν απαντώ



ΣΧΗΜΑ 10:

Χώρες που αναφέρουν κάποια εθνική πολιτική σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, της νόσου της στεφανιαίας, την υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο και την υπερλιπιδαιμία



¹ Ην. Βασίλειο – Σκωτία και Ουαλία

² Ην. Βασίλειο – Αγγλία και Βόρεια Ιρλανδία

* Η Γερμανία δεν αναφέρει εθνικές πολιτικές επειδή η αρμοδιότητα για τις στρατηγικές στο πλαίσιο της πολιτικής υγείας έγκειται κυρίως στα ομόσπονδα κράτη



Εθνικά προγράμματα

Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τη χαρτογράφηση υπαρχόντων και προτεινόμενων εθνικών προγραμμάτων και στις 16 χώρες. Τα προγράμματα για την αντιμετώπιση θεμάτων σχετικά με τον καπνό, τη δημόσια υγεία, τη σωματική άσκηση, τη νόσο της στεφανιαίας και τη διατροφή ήταν τα πιο συχνά αναφερόμενα σε όλες τις χώρες, όπως εξάλλου φαίνεται από, και ίσως και να σχετίζεται με νομοθετικές δράσεις και δράσεις πολιτικής. Οι προγραμματικές δραστηριότητες ποικίλουν από εκστρατείες σε πολυμέσα έως δράσεις που απευθύνονται σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες, σε διάφορα περιβάλλοντα – για παράδειγμα, σε σχολεία, χώρους εργασίας και κέντρα πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης. Τα προγράμματα υιοθετούσαν διάφορες προσεγγίσεις. Τα περισσότερα προγράμματα που αναφέρθηκαν από τις περισσότερες χώρες ήταν εκπαιδευτικά προγράμματα σχεδιασμένα να επηρεάζουν μεμονωμένες συμπεριφορές σχετικά με την υγεία. Ορισμένες χώρες ανέφεραν επίσης μια προσέγγιση βάσει πληθυσμού σε ορισμένους τομείς, για παράδειγμα, για την προώθηση της σωματικής άσκησης μέσω διαρθρωτικών αλλαγών όπως η παροχή εγκαταστάσεων ποδηλασίας ή παιχνιδιών. Δώδεκα χώρες ανέφεραν ένα εθνικό πρόγραμμα για το διαβήτη. Μισές ή περισσότερες από τις χώρες ανέφεραν την ύπαρξη εθνικού προγράμματος για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων ή προγραμμάτων αντιμετώπισης της υπέρτασης, του αλκοόλ ή/και της παχυσαρκίας. Λιγότερο συχνά ήταν τα εθνικά προγράμματα σχετικά με την υπερλιπιδαιμία, το εγκεφαλικό επεισόδιο και το άγχος. Μόνον τέσσερις χώρες (Βέλγιο, Φινλανδία και Ηνωμένο Βασίλειο) ανέφεραν ειδικά εθνικά προγράμματα αντιμετώπισης των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Μέτρησης Παιδιών στην Αγγλία

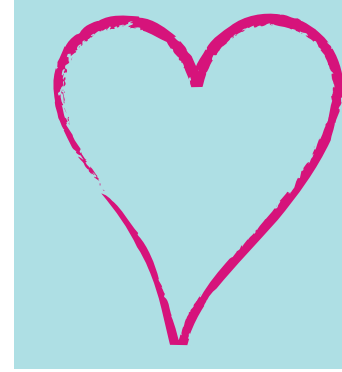
Το Εθνικό Πρόγραμμα Μέτρησης Παιδιών είναι μια συνιστώσα του κυβερνητικού προγράμματος εργασίας για την παιδική παχυσαρκία, και λειτουργεί από κοινού από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Παιδιών, Σχολείων και Οικογένειας. Το πρόγραμμα θεσπίστηκε το 2005.

Κάθε έτος, τα παιδιά που βρίσκονται σε ηλικία Υποδοχής (4-5 ετών) και στο σχολικό έτος 6 (10-11 ετών) ζυγίζονται και μετρώνται κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους ώστε να ενημερωθεί ο τοπικός σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών για παιδιά, και να συγκεντρωθούν δεδομένα επιθεώρησης σε επίπεδο πληθυσμού προκειμένου να επιτραπεί η ανάλυση των τάσεων σχετικά με μοντέλα ανάπτυξης και την παχυσαρκία.

Το πρόγραμμα βοηθά επίσης στην ενίσχυση της κατανόησης του κοινού και των επαγγελματιών σχετικά με θέματα βάρους σε παιδιά και αποτελεί ένα χρήσιμο μέσο ενημέρωσης παιδιών και οικογενειών σχετικά με υγιεινούς τρόπους ζωής και ζητήματα βάρους. Όλοι οι γονείς παιδιών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα λαμβάνουν τα αποτελέσματα των παιδιών τους, ανεξάρτητα από το βάρος τους, εκτός εάν οι ίδιοι ζητήσουν να μην λάβουν τα αποτελέσματα.

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από: http://www.dh.gov.uk/en/Publichealth/Healthimprovement/Healthyliving/DH_073787





Πίνακας 9:
Χαρτογράφηση υπαρχόντων και προτεινόμενων εθνικών προγραμμάτων σε όλες τις χώρες του ΠΕ5

Χώρα	Δημ. υγεία	Καρδιαγγειακές παθήσεις	Νόσος της στεφανιαίας	Υπέρταση	Εγκεφαλικό	Υπερλιπιδαιμία	Παχυσαρκία	Διαβήτης	Αλκοόλ	Διατροφή	Σωμ. Άσκηση	Κάπνισμα	Άγχος	Ανισότητες
Γαλλική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Φλαμανδική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Γερμανική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Δανία	✘	●	○	✘	✘	✘	✘	○	✘	✘	✘	✘	■	✘
Εσθονία	●	●	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	✘	✘
Φινλανδία	●	●	●	●	✘	●	✘	●	●	●	●	✘	●	●
Γαλλία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	✘	✘
Γερμανία	●	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	✘	●	●	✘	✘
Ελλάδα	✘	✘	●	●	■	●	●	●	■	■	●	●	●	■
Ουγγαρία	✘	✘	●	●	■	■	■	■	■	●	■	●	■	■
Ισλανδία	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●	■
Ιρλανδία	●	●	●	✘	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	✘	■
Ιταλία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	✘	●
Κάτω Χώρες	●	●	✘	✘	✘	●	●	●	○	✘	✘	●	✘	✘
Νορβηγία	●	✘	✘	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	●	✘	✘
Σλοβακία	●	●	✘	✘	✘	✘	●	●	●	●	●	●	●	✘
Σλοβενία	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	■	■	■
Αγγλία (Ην. Βασ.)	●	✘	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●	●
Β. Ιρλανδία (Ην. Βασ.)	●	✘	✘	✘	●	✘	●	●	✘	●	●	●	●	●
Σκωτία (Ην. Βασ.)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Ουαλία (Ην. Βασ.)	●	●	●	●	●	●	✘	●	●	●	●	●	●	●

Σύμβολα: ● = ναι; ✘ = όχι; ○ = σε στάδιο προετοιμασίας; ■ = δεν ξέρω, δεν απαντώ

Εθνικές κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα

Ο πίνακας 10 παρουσιάζει τη χαρτογράφηση υπάρχουσών και μελλοντικών εθνικών κατευθυντήριων γραμμών/πρωτύπων και στις 16 χώρες. Δύο χώρες δεν ανέφεραν καθόλου εθνικές κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα (Δανία και Ελλάδα). Όλες οι άλλες χώρες ανέφεραν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα για την αντιμετώπιση της νόσου της στεφανιαίας και της υπέρτασης, με μια μειονότητα (Βέλγιο, Φινλανδία, Ιρλανδία) να αναφέρει επίσημη κυβερνητική αποδοχή υπάρχουσών κοινοτικών κατευθυντήριων γραμμών. Οι περισσότερες χώρες είχαν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα σχετικά με τη διαχείριση της πρόληψης της υπερλιπιδαιμίας (εκτός από τη Δανία, την Ελλάδα και την Ιταλία), του διαβήτη και του εγκεφαλικού επεισοδίου. Δέκα χώρες είχαν καταρτίσει κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα για την παχυσαρκία.

Πίνακας 10:

Χαρτογράφηση υπάρχουσών και μελλοντικών εθνικών κατευθυντήριων γραμμών/πρωτύπων σε όλες τις χώρες του ΠΕ5

Χώρα	Νόσος της στεφανιαίας	Υπέρταση	Εγκεφαλικό επεισόδιο	Υπερλιπιδαιμία	Παχυσαρκία	Διαβήτης
Γαλλική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	✘
Φλαμανδική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	●
Γερμανική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●	✘
Δανία	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Εσθονία	●	●	✘	●	●	●
Φινλανδία	●	●	●	●	●	●
Γαλλία	●	●	●	●	●	●
Γερμανία	●	●	●	○	●	●
Ελλάδα	✘	✘	✘	✘	✘	✘
Ουγγαρία	●	●	●	●	●	●
Ισλανδία	●	●	●	●	●	●
Ιρλανδία	●	●	○	●	●	○
Ιταλία	●	●	●	●	●	●
Κάτω Χώρες	●	●	●	●	●	●
Νορβηγία	●	●	●	●	●	✘
Σλοβακία	●	●	■	●	■	●
Σλοβενία	●	●	●	●	✘	●
Αγγλία (Ην. Βασ.)	●	●	●	○	●	●
Β. Ιρλανδία (Ην. Βασ.)	●	●	●	●	●	●
Σκωτία (Ην. Βασ.)	●	●	●	●	●	●
Ουαλία (Ην. Βασ.)	●	●	●	○	●	●

Σύμβολα: ● = ναι; ✘ = όχι; ○ = σε στάδιο προετοιμασίας; ■ = δεν ξέρω, δεν απαντώ



Εθνικοί στόχοι, παρακολούθηση και αξιολόγηση

Ο πίνακας 11 παρουσιάζει απαντήσεις σχετικά με εθνικούς στόχους για τη δημόσια υγεία, την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων, την ύπαρξη τυχόν παρακολούθησης υπαρχόντων στόχων και την ενημέρωση σχετικά με συστηματική κατάρτιση δημόσιων αναφορών και αξιολόγηση των πρωτοβουλιών για την υγεία της καρδιάς.

Όλες οι χώρες είχαν κάποιο είδος στόχων για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Αυτοί οι στόχοι αναφέρονταν είτε ως γενικοί στόχοι για τη μείωση της εμφάνισης προβλημάτων υγείας που σχετίζονται με την καρδιά σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή/και στόχους που σχετίζονται με συντελεστές κινδύνου. Δύο χώρες (Φινλανδία και Σλοβενία) και μια κοινότητα του Βελγίου ανέφεραν αυτούς τους στόχους παράλληλα με την παρακολούθηση της προόδου, μια δομή για συστηματική δημόσια αναφορά δράσεων και με την ύπαρξη ενός τύπου δραστηριότητας για την υγεία της καρδιάς.

Παρομοίως, η Σλοβακία ανέφερε στόχους, παρακολούθηση της προόδου σχετικά με αυτούς τους στόχους, αξιολόγηση και μια δομή για συστηματική δημόσια αναφορά δράσεων που βρίσκονται σε εξέλιξη. Η Εσθονία και τρία μέρη του Ηνωμένου Βασιλείου (εκτός της Βόρειας Ιρλανδίας) ανέφεραν στόχους, παρακολούθηση της προόδου σχετικά με αυτούς τους στόχους, αξιολόγηση αλλά όχι κάποια δομή για συστηματική δημόσια αναφορά δράσεων. Πέντε χώρες (Γαλλία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία και Κάτω Χώρες) και ένα μέρος του Ηνωμένου Βασιλείου (Βόρεια Ιρλανδία) ανέφεραν την ύπαρξη στόχων και μιας μορφής παρακολούθησης της προόδου σχετικά με αυτούς τους στόχους.





Γενικές παρατηρήσεις

Παρότι έχει παρουσιαστεί μια γενική εικόνα των δραστηριοτήτων που έχουν αναφερθεί, μπορούσαμε να κάνουμε μόνον απλές περιγραφικές αναλύσεις, για διαφόρους λόγους. Παρά τις επίμονες προσπάθειες τυποποίησης των μεθόδων συλλογής δεδομένων και παρά την επιμέλεια που επέδειξαν οι συλλέκτες δεδομένων σε εθνικό επίπεδο, οι διάφορες χώρες παρείχαν πληροφορίες σε διαφορετικά επίπεδα βάθους. Αυτό έκανε ανέφικτη την λεπτομερή σύγκριση. Μερικές φορές αυτό οφείλονταν στην έλλειψη ανταπόκρισης σε αιτήσεις για βασικές πληροφορίες από κυβερνητικές υπηρεσίες των χωρών. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των σχετικών εγγράφων ήταν διαθέσιμο μόνον στη γλώσσα της εκάστοτε χώρας, και ως εκ τούτου υπήρχε η δυνατότητα χρήσης μόνον ενός αγγλικού τίτλου ή μιας αγγλικής σύντομης περίληψης, καθώς τα έξοδα μετάφρασης δεν προβλέπονταν στο πλαίσιο του πακέτου εργασίας.

Παρά τα πρακτικά αυτά προβλήματα, τα οποία είναι συνήθη σε σχέδια αυτού του είδους, η χαρτογράφησή μας κατέδειξε ότι οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες που συμμετέχουν σε αυτό το πακέτο εργασίας έχουν αναφέρει την ύπαρξη εθνικών στρατηγικών και δράσεων στους τομείς της προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας ή/και της πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων. Δεν εμπίπτει στο πλαίσιο του εν λόγω σχεδίου ο σχολιασμός της αποτελεσματικότητας αυτών των μέτρων εντός των χωρών ή η σύγκριση και αξιολόγηση των διαφόρων προσεγγίσεων που υιοθετούνται από τις διάφορες χώρες.

Ωστόσο, τα ευρήματα οδηγούν στο συμπέρασμα ότι στις περισσότερες χώρες οι δεσμοί μεταξύ νομοθετικής δράσης, μέτρων πολιτικής και προγραμματικών πρωτοβουλιών ήταν ισχυρότεροι σε σχέση με την δημόσια υγεία, τη νόσο της στεφανιαίας, το κάπνισμα, τη διατροφή και τη σωματική άσκηση. Στις περισσότερες χώρες υπάρχει κυβερνητική εργασία και εταιρικές σχέσεις, παρότι δεν αναφέρθηκε σε όλες τις χώρες σαφής συντονισμός των δράσεων. Οι κατευθυντήριες γραμμές για τη διαχείριση της νόσου της στεφανιαίας και της υπέρτασης ήταν κοινές. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν ένα είδος προώθησης της καρδιαγγειακής υγείας ή/και στόχους πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων. Ωστόσο, οι δεσμοί μεταξύ αυτών των στόχων και της παρακολούθησης, της δημόσιας αναφοράς μέτρησης της προόδου προς την επίτευξη των στόχων και της εθνικής αξιολόγησης ήταν πολύ πιο ασαφείς.

Είχαμε τη δυνατότητα να προσδιορίσουμε τους προϋπολογισμούς που προορίζονταν για την υλοποίηση πολιτικών/προγραμμάτων στις μισές περίπου από τις 16 χώρες, και τις περισσότερες φορές, τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη χρηματοδότηση ήταν ελλιπή. Αυτό ενδέχεται να οφειλόταν σε προβλήματα της μεθόδου συλλογής δεδομένων, ίσως να καταδεικνύει την ανάγκη για πιο «ανοικτή και διαφανή» λήψη αποφάσεων ή να αντικατοπτρίζει μια πραγματική έλλειψη διασφάλισης των πόρων που να επιτρέπει την επίτευξη δράσης σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

Πίνακας 11:
Χαρτογράφηση υπαρχόντων και μελλοντικών εθνικών στόχων, παρακολούθησης και αξιολόγησης σε όλες τις χώρες του ΠΕ5

Χώρα	Δημόσια Υγεία	Καρδιαγγειακές παθήσεις	Παρακολούθηση	Αναφορά	Αξιολόγηση
Γαλλική κοινότητα Βελγίου	●	✘	✘	✘	✘
Φλαμανδική κοινότητα Βελγίου	●	●	●	●	●
Γερμανική κοινότητα Βελγίου	✘	✘	✘	●	✘
Δανία	○	✘	✘	✘	✘
Εσθονία	●	●	●	✘	●
Φινλανδία	●	●	●	●	●
Γαλλία	●	■	●	✘	●
Γερμανία	●	✘	✘	✘	○
Ελλάδα	✘	✘	✘	✘	✘
Ουγγαρία	✘	●	✘	✘	■
Ισλανδία	●	●	●	✘	✘
Ιρλανδία	✘	●	●	✘	●
Ιταλία	●	●	●	●	●
Κάτω Χώρες	●	✘	●	●	●
Νορβηγία	●	✘	✘	●	✘
Σλοβακία	●	●	●	○	●
Σλοβενία	●	●	●	●	●
Αγγλία (Ην. Βασίλειο)	●	●	●	✘	●
Β. Ιρλανδία (Ην. Βασίλειο)	●	●	●	✘	✘
Σκωτία (Ην. Βασίλειο)	●	●	●	✘	●
Ουαλία (Ην. Βασίλειο)	●	●	●	✘	●

Σύμβολα: ● = ναι; ✘ = όχι; ○ = σε στάδιο προετοιμασίας; ■ = δεν ξέρω, δεν απαντώ

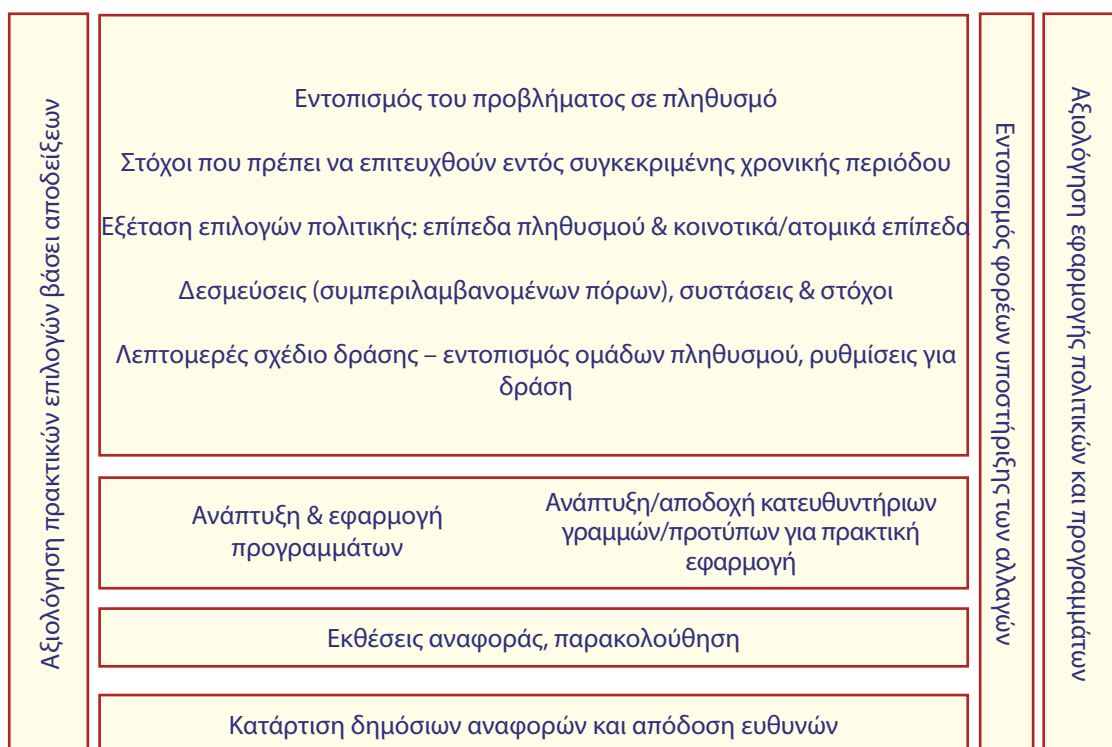


Βασικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής για τις καρδιαγγειακές παθήσεις

Μια σειρά από παρόμοια θέματα προέκυψε από τα έγγραφα που συγκεντρώθηκαν στις διάφορες χώρες τα οποία υποστηρίζουν ότι ίσως να υπάρχουν κοινά στοιχεία που είναι σημαντικά για την ανάπτυξη των εθνικών στρατηγικών. Το σχήμα 11 παρουσιάζει τα θέματα που εντοπίζονται σε ένα προτεινόμενο μοντέλο. Στο επόμενο τμήμα, παραδείγματα που έχουν παρασχεθεί από μεμονωμένους εθνικούς συντονιστές καταδεικνύουν πώς τα θέματα που προσδιορίζονται στο σχήμα 11 θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στο πλαίσιο πραγματικής ανάπτυξης και υλοποίησης πολιτικών. Περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με αυτές τις πολιτικές διατίθενται στη συμπληρωματική «εθνική συνοπτική έκθεση» στην ιστοσελίδα <http://www.ehnheart.org/content/itemstory.asp?level0=1456&level1=2096&level2=2176>

ΣΧΗΜΑ 11:

Προτεινόμενο μοντέλο για σημαντικά στοιχεία μιας ολοκληρωμένης εθνικής στρατηγικής





Εντοπισμός του προβλήματος σε πληθυσμό

Αυτό το στοιχείο προσέφερε γενικές πληροφορίες σχετικά με το(α) συγκεκριμένο(α) πρόβλημα(ήματα) που εντοπίζεται(-ονται) στα έγγραφα πολιτικών και στις πληθυσμιακές ομάδες που επηρεάζονται. Σε ορισμένες περιπτώσεις, παρασχέθηκαν επίσης πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο εντοπίστηκαν αυτά τα προβλήματα (για παράδειγμα, μέσω εθνικών ερευνών, συναίνεσης ομάδων εμπειρογνομόνων, κ.λπ.).

Παράδειγμα: Σχέδιο Δράσης για την Προαγωγή της Υγείας της Καρδιάς στην Φινλανδία κατά την περίοδο 2005-2011

Οι καρδιαγγειακές παθήσεις είναι η συχνότερη αιτία θανάτου τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες στη Φινλανδία, αλλά το επίκεντρο της προσοχής έχει στραφεί σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Παρότι η θνησιμότητα της νόσου της στεφανιαίας είναι πέντε φορές υψηλότερη μεταξύ των ανδρών σε ηλικία εργασίας σε σύγκριση με τις γυναίκες, ο συνολικός αριθμός θανάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό είναι σχεδόν ίδιος στους άνδρες και στις γυναίκες. Οι διαφορές στην υγεία όσον αφορά τη νοσηρότητα είναι σημαντικές μεταξύ ομάδων του πληθυσμού και παρά τους στόχους των πολιτικών υγειονομικής περίθαλψης στη Φινλανδία, αυτές οι διαφορές δεν έχουν μετριαστεί. Έχουν σημειωθεί θετικές εξελίξεις σε όλες τις κοινωνικές ομάδες, αλλά οι πιο βραδείες σημειώθηκαν στις χαμηλότερες κοινωνικές ομάδες. Η παχυσαρκία ενηλίκων και παιδιών έχει αυξηθεί. Το ποσοστό υπέρβαρων νεαρών αγοριών ηλικίας 12 ετών έχει αυξηθεί από 7% σε 27% από το 1977 έως το 2005 και των κοριτσιών από 7% σε 18%. Το ποσοστό υπέρβαρων νέων αγοριών ηλικίας 18 ετών αυξήθηκε από 6% σε 25% από το 1977 έως το 2005 και των κοριτσιών από 1% σε 13%.

Πηγή: Anna-Liisa Rajala

Σχέδιο δράσης για την προαγωγής της υγείας της καρδιάς στην Φινλανδία κατά την περίοδο 2005-2011 (2005). Φινλανδική Καρδιολογική Εταιρεία www.sydanliitto.fi

Στόχοι που πρέπει να επιτευχθούν εντός συγκεκριμένης χρονικής περιόδου

Οι απώτεροι στόχοι της πολιτικής αναφέρονταν στα περισσότερα έγγραφα πολιτικής, με διάφορες μορφές, από γενικές δηλώσεις προθέσεως έως, κάτι που είναι και πιο χρήσιμο, μετρήσιμους στόχους που τίθενται προς επίτευξη εντός συγκεκριμένης χρονικής περιόδου.

Παράδειγμα: Εσθονική Στρατηγική για την Υγεία της Καρδιάς για την περίοδο 2005-2020

Ο απώτερος στόχος της στρατηγικής είναι η επίτευξη μόνιμης μείωσης της πρόωρης καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ του πληθυσμού της Εσθονίας. Οι στόχοι είναι οι ακόλουθοι:

- μείωση του κινδύνου που διατρέχουν οι Εσθονοί ηλικίας 30-60 ετών, οι οποίοι ανήκουν ήδη σε ομάδα υψηλού κινδύνου
- μείωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις σε άτομα ηλικίας 30-65 ετών κατά 5% έως το 2010, σε σύγκριση με το 2004
- έλεγχος τουλάχιστον του 90% των ατόμων που αντιμετωπίζουν υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων έως το 2008
- μείωση του συνολικού κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων κατά 10%

Πηγή: Marianne Sirel

<http://www.sm.ee/eng/pages/index.html>

Εξέταση επιλογών πολιτικής: πληθυσμιακά & κοινοτικά/ατομικά επίπεδα

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι πληροφορίες σχετικά με μια σειρά πιθανών επιλογών πολιτικής (για παράδειγμα, χρησιμοποιώντας προσεγγίσεις βάσει πληθυσμού ή δράση που εστιάζει σε άτομα ή ένα συνδυασμό προσεγγίσεων) που έχουν εξεταστεί πριν αποφασιστεί η προσέγγιση που προβάλλεται στην πολιτική, παρέχονταν ως γενικές πληροφορίες, μαζί με λεπτομέρειες σχετικά με το πώς λειτούργησε η διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Παράδειγμα: Ανάπτυξη πιο Υγιών Καρδιών, 1999

Ο Υπουργός Υγείας και Παιδιών συγκρότησε την Ομάδα για τη Στρατηγική Καρδιαγγειακής Υγείας ώστε να αναπτύξει μια στρατηγική προσέγγιση για τη μείωση αποφευκτών θανάτων και νόσων από καρδιαγγειακές παθήσεις. Η αποστολή της ομάδας περιελάμβανε εξέταση πρωτοβουλιών για τη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας, την περαιτέρω ανάπτυξη καρδιακής περιθαλψης και αποκατάστασης σε επίπεδα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περιθαλψης, και τον συντονισμό υπηρεσιών για τους ασθενείς. Ο Υπουργός ζήτησε από την ομάδα να αναπτύξει εκτενή διαδικασία διαβουλεύσεων: ενημερώθηκαν 53 θεσμικοί και εθελοντικοί οργανισμοί από τους οποίους ανταποκρίθηκαν οι 43. Εκπρόσωποι βασικών οργανισμών κλήθηκαν να συναντηθούν με την ομάδα και επιπλέον η ομάδα συναντήθηκε με προσωπικό νοσοκομείων, ασθενοφόρων και κοινοτήτων στο πλαίσιο επιτόπιων επισκέψεων. Διανεμήθηκαν δύο ξεχωριστά ερωτηματολόγια σε νοσοκομεία που περιέθαλπαν ασθενείς με καρδιακά προβλήματα. Η ομάδα συνεδρίασε 20 φορές και δημιουργήθηκαν αρκετές επιμέρους ομάδες σχετικά με τις διάφορες ανάγκες που εντοπίζονταν. Η τελική έκθεση προέκυψε από διαβουλεύσεις και συζητήσεις και από μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τις εξελίξεις στη θεραπεία και τις ιατρικές υπηρεσίες στην Ιρλανδία και στο εξωτερικό. Η έκθεση συντάχθηκε στο πλαίσιο άλλων εγγράφων πολιτικής για την υγεία. Σύμφωνα με την εθνική πολιτική η Ομάδα καθοδηγήθηκε από τις ακόλουθες βασικές αρχές:

- Όφελος για την Υγεία και την Κοινωνία
- Ισότιμη Πρόσβαση
- Ποιότητα
- Αποτελεσματικότητα και Αποδοτικότητα και
- Απόδοση Ευθυνών και Εξωτερικός Έλεγχος

Πηγή: Maureen Mulvihill

Υπουργείο Υγείας και Παιδιών (1999). Ανάπτυξη πιο Υγιών Καρδιών – Έκθεση της Ομάδας Στρατηγικής για την Καρδιαγγειακή Υγεία. Γραφείο Κυβερνητικών Εκδόσεων. Δουβλίνο

Δεσμεύσεις (συμπεριλαμβανομένων πόρων), συστάσεις & στόχοι

Συνήθως τίθενται συστάσεις και στόχοι στο έγγραφο πολιτικής και, σπανιότερα, παρέχονται επίσης πληροφορίες σχετικά με τους πόρους που αφιερώνονται (συμπεριλαμβανομένων οικονομικών, ανθρώπινων πόρων κ.λπ.).

Παράδειγμα: Ιταλικό Εθνικό Σχέδιο Πρόληψης 2005 – 2007

Οι οικονομικοί πόροι που έχουν συμφωνήσει να προσφέρουν οι περιφέρειες για την υλοποίηση του σχεδίου ανέρχονταν σε 240 εκατομμύρια ευρώ ετησίως, που ισοδυναμεί με το 25% του μεριδίου πόρων που συγκεντρώνονται σε κάθε περιφέρεια για την επίτευξη των στόχων του σχεδίου υγείας. Εκτός από αυτούς τους πόρους, οι περιφέρειες κατένειμαν επιπλέον 200 εκατομμύρια ευρώ στο Εθνικό Σχέδιο Πρόληψης σε καθένα από τα έτη 2005, 2006 και 2007. Ως εκ τούτου, κάθε έτος το συνολικό ύψος κονδυλίων που μπορούν να δαπανήσουν οι Περιφέρειες για το Εθνικό Σχέδιο Πρόληψης (συμπεριλαμβανομένων όλων: εμβολιασμών, εξολόθρευσης κουνουπιών/ποντικών, δημόσιας υγιεινής, κ.λπ.) ισοδυναμεί με 440 εκατομμύρια ευρώ.

Πηγή: http://www.epicentro.iss.it/focus/piano_prevenzione/Tabella_CCm.pdf
http://www.ccm-network.it/Pnp_intro



Λεπτομερές σχέδιο δράσης: προσδιορισμός πληθυσμιακών ομάδων, ρυθμίσεις για δράση

Οι περισσότερες πολιτικές παρείχαν πληροφορίες σχετικά με το τι επρόκειτο να συμβεί, και μάλιστα παρέχεται συνοπτική παρουσίαση των βασικών δράσεων που θα υλοποιηθούν βάσει της πολιτικής. Όπως και με άλλα βασικά στοιχεία, αυτό διέφερε μεταξύ πολιτικών, από γενικές δηλώσεις προθέσεως έως πιο λεπτομερείς παρουσιάσεις καθηκόντων, ευθυνών και χρονοδιαγραμμάτων.

Παράδειγμα: Νόσος της στεφανιαίας: εθνικό πλαίσιο υπηρεσιών για τη νόσο της στεφανιαίας – σύγχρονα πρότυπα και υποδείγματα υπηρεσιών.

Το σχέδιο στοχεύει στη μείωση των καρδιακών νοσημάτων σε όλο τον πληθυσμό της Αγγλίας και έχει επίσης ειδικούς στόχους που απευθύνονται ασθενείς υψηλού κινδύνου. Στοχεύει επίσης στη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Τα στοιχεία δράσης που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας (ΥΥ), τοπικές αρχές (ΤΑ), ομάδες/ενώσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης (PCG/PCT), και συλλόγους Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας.

Έως τον Οκτώβριο του 2000, οι ΥΥ, ΤΑ, PCG/PCT, και σύλλογοι Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας θα:

- Έχουν συμμετάσχει ενεργά στην ανάπτυξη Προγραμμάτων Βελτίωσης της Υγείας (HImP)
- Έχουν συμφωνήσει σχετικά με τις ευθύνες τους και τη συνεισφορά τους για τα ειδικά προγράμματα που εντοπίζονται στα HImP
- Έχουν συμφωνήσει σχετικά με ένα μηχανισμό λογοδοσίας για τις δράσεις που έχουν συμφωνήσει να εκτελέσουν στο πλαίσιο των HImP
- Έχουν συμφωνήσει σχετικά με ένα μηχανισμό διασφάλισης της αναφοράς της προόδου σχετικά με πολιτικές προαγωγής της υγείας καθώς και της αναθεώρησής της από το Συμβούλιο
- Έχουν ορίσει ένα άτομο ως σημείο επικοινωνίας για συνεργαζόμενες υπηρεσίες

Έως τον Απρίλιο του 2001, οι ΥΥ, ΤΑ, PCG/PCT, και οι σύλλογοι Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας θα:

- Έχουν συμφωνήσει και θα συμβάλουν στην εκτέλεση του τοπικού προγράμματος αποτελεσματικών πολιτικών σχετικά με α) τον περιορισμό του καπνίσματος β) την προώθηση της υγιεινής διατροφής γ) την αύξηση της σωματικής άσκησης και δ) τη μείωση του υψηλού βάρους και της παχυσαρκίας
- Έχουν ένα μηχανισμό διασφάλισης του ελέγχου όλων των νέων πολιτικών και όλων των υπαρχουσών πολιτικών που αναθεωρούνται ως προς τις επιπτώσεις στην υγεία
- Ως εργοδότες, θα έχουν υλοποιήσει πολιτική για το κάπνισμα
- Είναι σε θέση να παραπέμπουν πελάτες/χρήστες των υπηρεσιών σε ειδικές υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος, συμπεριλαμβανομένων κλινικών
- Έχουν καταρτίσει «προφίλ δικαιοσύνης» τους και θα έχουν θέσει στόχους σχετικά με την τοπική δικαιοσύνη

Έως τον Απρίλιο του 2002 οι ΥΥ, ΤΑ, PCG/PCT, και οι σύλλογοι Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας θα:

- Έχουν ποσοτικά δεδομένα, τα οποία δεν θα είναι παλαιότερα των 12 μηνών σχετικά με την εφαρμογή των πολιτικών για:
 - ο Τη μείωση του καπνίσματος
 - ο Την προώθηση της υγιεινής διατροφής
 - ο Την προώθηση της σωματικής άσκησης
 - ο Τη μείωση του υψηλού βάρους και της παχυσαρκίας
- Ως εργοδότες, θα έχουν αναπτύξει σχέδια «πράσινων» μεταφορών και θα έχουν πάρει μέτρα για την υλοποίηση φιλικών προς τον εργαζόμενο πολιτικών

Έως τον Απρίλιο του 2003, οι ΥΥ, ΤΑ, PCG/PCT, και οι σύλλογοι Εθνικών Υπηρεσιών Υγείας θα:

- Έχουν υλοποιήσει σχέδια για την αξιολόγηση της προόδου με βάση εθνικούς στόχους που σχετίζονται με το πρόγραμμα «Saving Lives: Our Healthier Nation» (Σώζοντας ζωές: το έθνος μας πιο υγιές) και τοπικούς στόχους

Το εθνικό πλαίσιο υπηρεσιών (NSF) ορίζει επίσης τι θα πρέπει να περιλαμβάνουν τα μοντέλα υπηρεσιών για την παροχή αποτελεσματικών πολιτικών και προγραμμάτων πρόληψης:

- Οι τοπικοί φορείς θα πρέπει να παραγάγουν ένα πρόγραμμα βελτίωσης της υγείας (HImP) το οποίο να διευκρινίζει τις προτεραιότητες που αποδίδονται στη βελτίωση της υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων, να αναφέρει συστάσεις της ετήσιας έκθεσης του Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και του Τοπικού Προφίλ Δικαιοσύνης, να διευκρινίζει δράσεις που κάθε οργανισμός είναι υπεύθυνος να εκτελέσει, να δημιουργεί τοπικούς δεσμούς με σχετικές εθνικές πολιτικές, και να καθορίζει τη δομή, τη διαδικασία και τα μέτρα με τα οποία θα αξιολογείται η τοπική απόδοση.

continued overleaf



- Οι τοπικοί φορείς θα συνεργάζονται με βασικούς εμπλεκόμενους φορείς για τη συγκρότηση μιας τοπικής ομάδας υλοποίησης για την ανάπτυξη και επίβλεψη της εκτέλεσης του τοπικού σχεδίου υλοποίησης.
- Οι τοπικοί φορείς θα πρέπει να εκτελούν εκτιμήσεις αντικτύπων στην υγεία για βασικές αποφάσεις πολιτικής που ενδέχεται να έχουν άμεσο ή έμμεσο αντίκτυπο στην περίθαλψη της καρδιάς.
- Οι τοπικοί Διευθυντές Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να παραγάγουν ένα «προφίλ δικαιοσύνης» για τον τοπικό πληθυσμό τους, όπου θα εντοπίζονται οι ανισότητες στην καρδιακή υγεία και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας. Με αυτό θα πρέπει να ενημερώνεται άμεσα το πρόγραμμα HlHP.
- Οι υπηρεσίες υγείας, που εργάζονται κυρίως με συλλόγους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αναμένεται να ιδρύσουν υπηρεσίες διακοπής του καπνίσματος για καπνιστές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα. Αυτές οι υπηρεσίες θα πρέπει να στοχεύουν σε μειονεκτούσες κοινότητες, νεαρά άτομα και εγκύους και θα πρέπει να διατίθενται σε διάφορα πλαίσια, ενώ θα προσφέρουν υποστήριξη, συμβουλές και παρακολούθηση καθώς και δωρεάν θεραπεία αντικατάστασης της νικοτίνης για μια εβδομάδα, για τους καπνιστές που δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να αντιμετωπίσουν το κόστος αυτό.
- Πρέπει να υιοθετηθεί μια προσέγγιση κοινοτικής ανάπτυξης, με επαγγελματίες που ενεργούν ως διαμεσολαβητές για τη συμμετοχή τοπικών κοινοτήτων σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία τους.
- Οι ΕΥΥ και οι ΤΑ πρέπει να αναπτύξουν και να υλοποιήσουν πολιτικές σχετικά με το χώρο εργασίας για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας (συμπεριλαμβανομένης της υγείας της καρδιάς) του προσωπικού, και να αναφέρουν την πρόοδο στα Συμβούλια και τις Επιτροπές τους.

Πηγή: Rebecca Salay

Υπουργείο Υγείας (2000) Νόσος της στεφανιαίας: εθνικό πλαίσιο υπηρεσιών για τη νόσο της στεφανιαίας – σύγχρονα πρότυπα και μοντέλα υπηρεσιών.
Λονδίνο: Υπουργείο Υγείας

Ανάπτυξη & εφαρμογή προγραμμάτων

Τα περισσότερα έγγραφα πολιτικής παρείχαν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα επιτυγχάνονταν το σχέδιο δράσης, παρέχοντας ειδικές πληροφορίες για τον τρόπο με τον οποίο θα υλοποιούνταν το σχέδιο δράσης.

Παράδειγμα: Το Εθνικό Σχέδιο Υγείας της Ισλανδίας για το έτος 2010

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης θα αναλάβει την διοικητική υλοποίηση και αναθεώρηση των στόχων του Σχεδίου. Η Διεύθυνση Υγείας θα προβλέψει για τη συλλογή και επεξεργασία πληροφοριών και την επαγγελματική παρακολούθηση. Ιατροί, εργαζόμενοι στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, διευθυντές ιδρυμάτων, εμπειρογνώμονες, συμβούλια συνεργασίας και επιτροπές αρχών ιατρικής περίθαλψης της περιφέρειας θα συμβάλουν στην υλοποίηση των διαφόρων πτυχών του Σχεδίου, ενώ έχουν οριστεί διάφορες ομάδες εργασίας. Θα εργαστούν προς την επίτευξη των στόχων και θα διασφαλίσουν την παρακολούθηση της υλοποίησης του σχεδίου σε τοπικό επίπεδο. Η στενή συνεργασία με νοσοκομεία, ιατρικά κέντρα, επαγγελματίες του τομέα της ιατρικής περίθαλψης και άλλους σχετικούς παράγοντες είναι ζωτικής σημασίας για την υλοποίηση του Σχεδίου. Μια αναθεώρηση ή έκθεση σχετικά με το καθεστώς και την πρόοδο των σχεδίων που καλύπτονται από το Εθνικό Σχέδιο Υγείας θα εκδίδονται σε ετήσια βάση.

Από το Εθνικό Σχέδιο Υγείας: «Επιπλέον, είναι σημαντικό να τηρείται το Σχέδιο Υγείας σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης καθώς και να στηρίζεται από κοινοτικά συμβούλια, περιφερειακούς οργανισμούς, μη κυβερνητικές οργανώσεις, επαγγελματικές οργανώσεις και οργανώσεις ειδικού ενδιαφέροντος, ιδιωτικές εταιρείες, οικονομικούς και κοινωνικούς οργανισμούς-εταίρους, οικογένειες και άτομα. Πρέπει επίσης να διασφαλιστεί ότι η πολιτική των κρατικών, κοινοτικών και κοινωνικών εταίρων σε διάφορους τομείς της κοινωνίας θα προάγει τη βελτίωση της υγείας στην Ισλανδία.»

Πηγή: Bylgja Valtýsdóttir

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης (2001). Εθνικό Σχέδιο Υγείας για το έτος 2010. Μακροπρόθεσμοι στόχοι στην ιατρική περίθαλψη.
Ρέικιαβικ: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης.



Ανάπτυξη/αποδοχή κατευθυντήριων γραμμών/προτύπων για πρακτική

Σε ορισμένες περιπτώσεις, παρασχέθηκαν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσαν να αναπτυχθούν ή να χρησιμοποιηθούν κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα για τη στήριξη της εφαρμογής της πολιτικής.

Παράδειγμα: Νόσος της στεφανιαίας: εθνικό πλαίσιο υπηρεσιών για τη νόσο της στεφανιαίας – σύγχρονα πρότυπα και μοντέλα υπηρεσιών.

Σε κάθε τομέα περίθαλψης τέθηκαν τα επίσημα πρότυπα, τα οποία οι εθνικές υπηρεσίες υγείας της Αγγλίας αναμένονται να επιτύχουν. Αυτά τα πρότυπα βασίζονταν σε σαφείς ενδείξεις ότι οι παρεμβάσεις ήταν αποτελεσματικές από κλινική και οικονομική άποψη. Ομάδες εστίασης αναθεώρησαν τα στοιχεία σε κάθε τομέα. Εντοπίστηκαν επίσης μοντέλα περίθαλψης και συστήματα παροχής υπηρεσιών που είχαν αποδειχθεί αποτελεσματικά και τα οποία θα μπορούσαν να συμβάλουν στην επίτευξη των στόχων του εθνικού πλαισίου υπηρεσιών (NSF).

Πηγή: Rebecca Salay

Υπουργείο Υγείας (2000) Νόσος της στεφανιαίας: εθνικό πλαίσιο υπηρεσιών για τη νόσο της στεφανιαίας – σύγχρονα πρότυπα και μοντέλα υπηρεσιών. Λονδίνο: Υπουργείο Υγείας

Εκθέσεις πρόόδου, παρακολούθηση

Ορισμένα έγγραφα πολιτικής παρείχαν πληροφορίες σχετικά με την παρακολούθηση και κατάρτιση αναφορών για την πρόοδο προς την επίτευξη των στόχων πολιτικής.

Παράδειγμα: Υγιής για μια ζωή – οι στόχοι και οι στρατηγικές για την πολιτική δημόσιας υγείας της Κυβέρνησης της Δανίας για την περίοδο 2002 – 2010

Η κυβέρνηση θα παρουσιάσει ένα πρόγραμμα δεικτών με βασικά στοιχεία για συνολικούς στόχους του προγράμματος «Υγιής για μια ζωή», συντελεστές κινδύνου, ομάδες στόχους και ρυθμίσεις για την προαγωγή της υγείας. Οι τάσεις σε αυτούς τους δείκτες θα ανανεώνονται τακτικά στην ιστοσελίδα www.folkesundhed.dk. Μια ενημερωμένη μορφή θα συνταχθεί σε ετήσια έκδοση καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος «Υγιής για μια ζωή».

Πηγή: Mads Hyldgaard

Υπουργείο Εσωτερικών και Υγείας (2003): Υγιής για μια ζωή – οι στόχοι και οι στρατηγικές για την πολιτική δημόσιας υγείας της Κυβέρνησης της Δανίας, 2002 – 2010.

Δημόσια κατάρτιση αναφορών και απόδοση ευθυνών

Ορισμένα έγγραφα πολιτικής παρείχαν επίσης πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο δημοσιοποίησης της προόδου στην επίτευξη των στόχων της πολιτικής.

Παράδειγμα: Ανάπτυξη πιο υγιών καρδιών, 1999

Το Υπουργείο Υγείας και Παιδιών όρισε μια Ειδική Ομάδα για την Υγεία της Καρδιάς για να επιβλέπει την υλοποίηση της Στρατηγικής Καρδιαγγειακής Υγείας, η οποία αναφέρει στην Κοινή Επιτροπή για την Υγεία και τα Παιδιά του Oireachtas (Κοινοβούλιο) για και μια Συμβουλευτική Ομάδα για την παροχή συμβουλών σχετικά με τρόπους υλοποίησης των συστάσεων της Έκθεσης. Δημοσιεύθηκαν τρεις εκθέσεις τεκμηρίωσης της προόδου:

- Ειδική Ομάδα για την Υγεία της Καρδιάς (2001), Έκθεση Προόδου, Ιούλιος 1999-2001. Δουβλίνο: Γραφείο Κυβερνητικών Εκδόσεων
- Ειδική Ομάδα για την Υγεία της Καρδιάς (2003) «Ireland's Changing Heart» (2002). Δεύτερη έκθεση για την υλοποίηση της Στρατηγικής για την Καρδιαγγειακή Υγεία. Δουβλίνο: Γραφείο Κυβερνητικών Εκδόσεων
- Εκτελεστική Υπηρεσία για την Υγεία (2006) «Ireland Take Heart». Έλεγχος προόδου της υλοποίησης του προγράμματος ανάπτυξη πιο υγιών καρδιών 1999-2005. Δουβλίνο: HSE, Υγεία του πληθυσμού.

Πηγή: Maureen Mulvihill

Υπουργείο Υγείας και Παιδιών (1999). Ανάπτυξη πιο υγιών καρδιών – Έκθεση της Ομάδας Στρατηγικής για την Καρδιαγγειακή Υγεία. Γραφείο Κυβερνητικών Εκδόσεων. Δουβλίνο

Αξιολόγηση πρακτικών επιλογών βάσει αποδείξεων

Λίγες πολιτικές παρείχαν πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο που χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία της έρευνας για την καθοδήγηση της ανάπτυξης της πολιτικής, αναφέροντας επιστημονικές αποδείξεις για παράδειγμα σχετικά με την αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων.

Παράδειγμα: Το Ισλανδικό Εθνικό Σχέδιο Υγείας για το έτος 2010

Καθένας από τους βασικούς στόχους προσφέρει μια εικόνα της υπάρχουσας κατάστασης, η οποία βασίζεται σε στατιστικά δεδομένα ή έρευνα. Η ανάλυση της Έκθεσης Κόστους και Κέρδους του Ινστιτούτου Οικονομικών Μελετών χρησιμοποιήθηκε επίσης κατά την κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Υγείας.

Πηγή: Bylgja Valtýsdóttir

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης (2001). Εθνικό Σχέδιο Υγείας για το έτος 2010. Μακροπρόθεσμοι στόχοι στην ιατρική περίθαλψη. Ρέικιαβικ: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης.





Αξιολόγηση της εφαρμογής πολιτικών και προγραμμάτων

Ένα βασικό στοιχείο, το οποίο όμως αναφέρονταν σε μικρότερο βαθμό στα έγγραφα πολιτικής, παρείχε πληροφορίες σχετικά με κάθε προγραμματισμένη αξιολόγηση ή επιστημονική μελέτη που έχει πραγματοποιηθεί για την αξιολόγηση της «επιτυχίας» της πολιτικής και την ενημέρωση μελλοντικών διαδικασιών σχεδιασμού.

Παράδειγμα: Σχέδιο δράσης για την προαγωγή της υγείας της καρδιάς στη Φινλανδία κατά την περίοδο 2005-2011

Υπάρχουν ηλεκτρονικά δελτία τύπου και η ετήσια έκθεση που δημοσιοποιούνται από την Φινλανδική Καρδιολογική Εταιρεία <http://www.sydanliitto.fi>. Η εταιρεία Sosiaalikehitys Ltd αξιολογεί το Φινλανδικό Καρδιολογικό Σχέδιο. Η ενδιάμεση έκθεση δημοσιεύθηκε στα τέλη του 2008.

Πηγή: Anna-Liisa Rajala

Σχέδιο δράσης για την προαγωγή της υγείας της καρδιάς στη Φινλανδία κατά την περίοδο 2005-2011 (2005). Φινλανδική Καρδιολογική Εταιρεία www.sydanliitto.fi

Εντοπισμός φορέων υποστήριξης των αλλαγών

Στα περισσότερα έγγραφα πολιτικής μπορούσαν να παρασχεθούν παραδείγματα βασικών ομάδων ατόμων που θα έπρεπε να στηρίζουν την εφαρμογή της πολιτικής.

Παράδειγμα: Πολιτική πρόληψης για τη δημόσια υγεία – Επιστολή του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού (Κάτω Χώρες)

Η κυβέρνηση καλεί όλους τους εταίρους της στον τομέα της πρόληψης που έχουν παράλληλα συμφέροντα – εντός και εκτός του τομέα της ιατρικής περίθαλψης – να συμβάλουν και να συνεργαστούν στην υλοποίηση της ημερήσιας διάταξης για αλλαγή και ενίσχυση της πολιτικής πρόληψης. Για παράδειγμα:

- Υπουργείο Υγείας και άλλοι φορείς (Παιδεία, Νεολαία και Οικογένειες κ.λπ.)
- Το Συμβούλιο Ασφάλισης Ιατρικής Περίθαλψης (CVZ), Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβάλλοντος (RIVM), Συμβούλιο Υγείας των Κάτω Χωρών (GR), Ινστιτούτο Trimbos κ.λπ.
- Τοπικά Συμβούλια, Δημοτικές Υγειονομικές Υπηρεσίες, σχολεία, εργοδότες, βιομηχανία, Εθνικό Ινστιτούτο Αθλητισμού και Σωματικής Άσκησης (NISB)

Πηγή: Marijke Luif

Πολιτική πρόληψης για τη δημόσια υγεία – Επιστολή του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού σχετικά με το όραμα της κυβέρνησης όσον αφορά την υγεία και την πρόληψη (αριθ. εγγράφου 22849, αρ. 134). Χάγη, 24 Σεπτεμβρίου 2008. www.tweedekamer.nl



Συμπεράσματα

Το σχέδιο χαρτογράφησης «EuroHeart» είχε στόχο να συγκεντρώσει ολοκληρωμένες συγκρίσιμες πληροφορίες σχετικά με πολιτικές, σχέδια και μέτρα προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας και πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων. Στόχευε επίσης στον εντοπισμό διαφορών και κενών σε πολιτικές και δράσεις στην Ευρώπη καθώς και στον καθορισμό των βασικών στοιχείων που απαρτίζουν μια εθνική στρατηγική για τις καρδιαγγειακές παθήσεις. Από πολλές απόψεις το σχέδιο ήταν επιτυχές: περιγράψαμε τις δράσεις που υλοποιούνται σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων σε 16 ευρωπαϊκές χώρες ώστε να επιτραπεί στις χώρες να αξιολογήσουν τις δραστηριότητές τους έναντι των δράσεων των άλλων χωρών. Μπορέσαμε επίσης να εντοπίσουμε κοινά στοιχεία στα έγγραφα πολιτικής. Αυτό το «στιγμιότυπο» αποκάλυψε τα ακόλουθα:

- Όλες οι χώρες μπορούσαν να αναφέρουν την κυβερνητική υπηρεσία με τη βασική ευθύνη για την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Λιγότερες χώρες μπορούσαν να ορίσουν ένα συγκεκριμένο οργανισμό που ήταν υπεύθυνος για το συντονισμό των δράσεων σχετικά με την προαγωγή της καρδιαγγειακής υγείας ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.
- Κάθε χώρα ανέφερε ένα είδος νομοθεσίας που διέπει τη δημόσια υγεία, τον έλεγχο του καπνού και τη διατροφή. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν κάποια νομοθεσία σχετικά με τον έλεγχο του αλκοόλ και την προώθηση της σωματικής άσκησης. Λιγότερο συνήθης ήταν η νομοθεσία για άλλα θέματα που άπτονται των νόσων και συντελεστών κινδύνου καρδιαγγειακών παθήσεων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.
- Οι εθνικές πολιτικές που αναφέρονταν πιο συχνά αφορούσαν γενικά τομείς που σχετίζονται συχνότερα με τη νομοθεσία, όπως δημόσια υγεία, κάπνισμα, νόσο της στεφανιαίας, διατροφή και σωματική άσκηση. Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν εθνικές πολιτικές για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων σε θέματα υγείας. Αρκετές χώρες ανέφεραν προγράμματα ή συστάσεις για προγράμματα/πολιτικές που επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση (εντοπισμός πληθυσμού υψηλού κινδύνου ή έλεγχος).
- Τα προγράμματα για την αντιμετώπιση ζητημάτων σχετικά με το κάπνισμα, τη δημόσια υγεία, τη σωματική άσκηση, τη νόσο της στεφανιαίας και τη διατροφή ήταν αυτά που αναφέρονταν συχνότερα σε όλες τις χώρες, όπως φαίνεται επίσης, και ίσως και να σχετίζεται με τη νομοθετική και πολιτική δράση.
- Δυσκολευτήκαμε να εντοπίσουμε τους προϋπολογισμούς που προορίζονται για την εφαρμογή πολιτικών/προγραμμάτων και τις περισσότερες φορές τα διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τη χρηματοδότηση ήταν ελλιπή.
- Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν εθνικές κατευθυντήριες γραμμές/πρότυπα για την αντιμετώπιση της νόσου της στεφανιαίας και της υπέρτασης, τη διαχείριση της υπερλιπιδαιμίας, την πρόληψη του διαβήτη και του εγκεφαλικού επεισοδίου, και την παχυσαρκία.
- Οι περισσότερες χώρες ανέφεραν ένα είδος στόχων σχετικά με την καρδιαγγειακή υγεία ή/και την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι δεσμοί μεταξύ αυτών των στόχων και της παρακολούθησης, της δημόσιας αναφοράς μετρήσεων προόδου προς την επίτευξη των στόχων και της εθνικής αξιολόγησης ήταν πολύ πιο ασαφείς.

Παρά την αξία αυτών των ευρημάτων, υπάρχει μια αίσθηση απογοήτευσης όλων όσων συμμετείχαν στο πακέτο εργασίας 5 του σχεδίου «EuroHeart», καθώς δεν εμπίπτει στο πεδίο του σχεδίου ο σχολιασμός σχετικά με την αποτελεσματικότητα των μέτρων που λαμβάνουν οι χώρες ή η σύγκριση και αξιολόγηση των διαφόρων προσεγγίσεων που ακολουθούν οι διάφορες χώρες. Εν μέρει, αυτό οφείλεται στις μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, οι οποίες περιορίζονταν από τη διαθέσιμη χρηματοδότηση του σχεδίου. Ωστόσο, ακόμα και με πιο γενναίο δωρη χρηματοδότηση, όσοι αναζητούν απαντήσεις σε ερωτήματα σχετικά με το ποιοι τύποι δράσης προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας και πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων έχουν αποτελέσματα καθώς και για ποιες πληθυσμιακές ομάδες και σε τι πλαίσιο, ενδέχεται να δυσκολευτούν από την έλλειψη διαθέσιμων, έγκυρων και τυποποιημένων πληροφοριών στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.



Συστάσεις

- Χρειάζεται συνεργασία και συλλογή δεδομένων σε πανευρωπαϊκό επίπεδο προκειμένου να επιτραπεί η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των διαφόρων δράσεων ή παρεμβάσεων προαγωγής της καρδιαγγειακής υγείας και πρόληψης των καρδιαγγειακών παθήσεων.
- Απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες και κατάρτιση αναφορών σχετικά με την επίβλεψη, παρακολούθηση και αξιολόγηση υπαρχουσών και μελλοντικών δραστηριοτήτων. Προτείνεται επίσης η διάθεση εσωτερικών μηχανισμών για την ανανέωση των καθιερωμένων στρατηγικών και κατευθυντήριων γραμμών.
- Χρειάζεται μια σε βάθος σύγκριση ανεπτυγμένων πολιτικών σχετικά με καρδιαγγειακά θέματα, των πόρων τους, της υλοποίησης και των αποτελεσμάτων τους σε επιλεγμένο αριθμό χωρών.
- Μια ακόμα σύσταση είναι η μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με πολιτικές, η μελέτη ερευνών για άλλες συναφείς πολιτικές, η διενέργεια ανάλυσης περιεχομένου πολιτικών κ.λπ.



Αναφορές

1. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Report of the global survey on the progress in national chronic diseases prevention and control. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 2007 (ISBN 978 92 4 159569 8)
Διατίθεται από: http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index6.html
2. L Joossens and M Raw, The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity Tobacco Control 2006, 15: 247-253
3. Swinburn B and Egger G., Preventive strategies against weight gain and obesity. Obesity Review 2002, 3(4):289-301.
4. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Comparative analysis of nutrition policies in the WHO European Region. Κοπεγχάγη: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 2006
5. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας Ottawa Charter for Health Promotion. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, για την Υγεία και την Ευεξία, Οντάριο. 1986



Appendix A: Advisory Board for Work Package 5

The Advisory Board for this work package was composed of:

George Andrikopoulos	Hellenic Heart Foundation
Jill Farrington/ Albena Arnodova	WHO – Europe
Robin Ireland	EuroHealthNet
Tor Jungman	Finnish Heart Association
Marleen Kestens	European Heart Network
Susanne Løgstrup	European Heart Network
András Nagy	Hungarian Heart Foundation
Ruairi O'Connor	British Heart Foundation
Sophie O'Kelly	European Society of Cardiology
Michael O'Shea	Irish Heart Foundation
Mike Rayner	British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford
Per Tornvall	European Society of Cardiology

Appendix B: Questionnaire

Please complete this questionnaire with reference to the accompanying explanatory notes. Underlined terms are explained in the Glossary.

National Coordinator:

Country:

Please address any queries and return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail: gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

Deadline for return of questionnaire: Friday 15th February 2008

A. National organisations

A1. Which Government department (such as the Ministry of Health) has the main responsibility for public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A2. Are any other Government department/s involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

.....
.....
.....
.....

A3. Which Government department has the main responsibility for cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....
.....

A4. Are any other national organisations (such as a National Institute) involved in public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....



A5. Are these national organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A6. Are any non-governmental organisations, professional societies or charitable organisations involved in cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A7. Is any organisation responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

A8. In your country, which key organisation/s would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....

.....

.....

.....

A9. Please add any other comments about information in section A

.....

.....

.....

.....

B. National Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

B1. Does your country have any national Acts, Laws, legislation, Ministerial Decrees (or equivalent) in place to address any of the following areas?

	Yes	No	Don't know	Type (e.g. Act, Law, Legislation, Ministerial Decree)	Year, Title, and websites (or PDF files, if exist)
Public health					
Cardiovascular disease					
Obesity					
Diabetes					
Alcohol					
Food and nutrition					
Physical activity					
Tobacco					
Stress					
Inequalities					
Any other relevant areas					

B2. Please add any other comments about information in Section B

.....

.....

.....

.....





C. National policies/strategies or plans

C1. Does your country have any national health policies/strategies or plans on public health action relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C2. Does your country have any national health policies/strategies or plans on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

C3. Does your country have any national policies/strategies or plans in place to address any of the following specific areas?

	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				



C4. In your country, which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

.....
.....
.....

C5. Please add any other comments about information in Section C

.....
.....
.....

D. Policies/strategies or plans in preparation

D1. Are there any relevant national policies/strategies or plans currently in preparation?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

D2. Please add any other comments about information in Section D

.....
.....
.....

E. National programmes

E1. Does your country have any country-wide programmes on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....

E2. Does your country have any country-wide programmes on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes Year - Titles (original and English) - Websites/PDF files, if exist - Are the policies/strategies integrated? - Allocated funding

.....

No

Don't know (Please explain)

.....





E3. Does your country have any country-wide programmes in place to address any of the following specific areas?

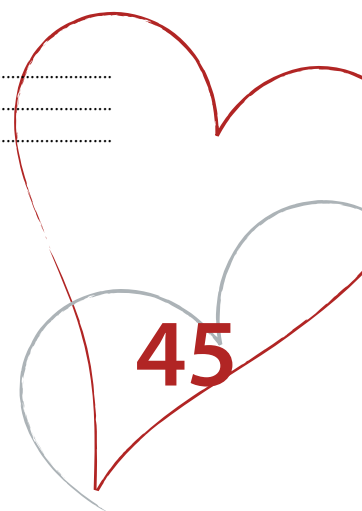
	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

E4. Which country-wide programmes have been successfully implemented?

.....

E5. Please add any other comments about information in Section E

.....



F. Programmes in preparation

F1. Are there any relevant country-wide programmes currently in preparation?

Yes (Please give details)

.....

No

Don't know (Please give details)

.....

F2. Please add any other comments about information in Section F

.....

.....

.....

G. National guidelines/standards

G1. Has your country adopted any country-wide guidelines/standards relevant to cardiovascular disease prevention/treatment and care which address any of the following areas?

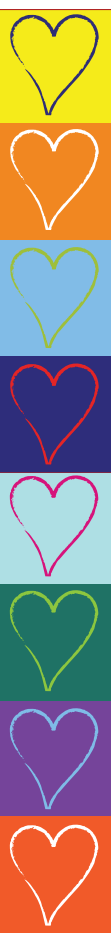
	Yes	No	Don't know	Year, Titles, and websites (or PDF files, if exist) Allocated funding
Coronary heart disease				
Hypertension				
Stroke				
Hyperlipidaemia				
Obesity				
Diabetes				
Alcohol				
Food and nutrition				
Physical activity				
Tobacco				
Stress				
Inequalities				
Any other relevant areas?				

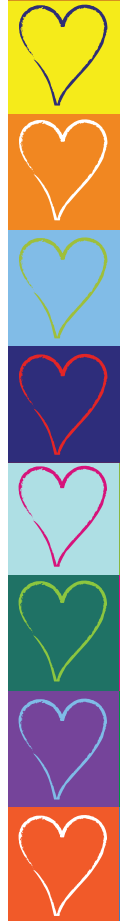
G2. Please add any other comments about information in Section G

.....

.....

.....





H. National targets, monitoring and evaluation

H1. Does your country have any national targets on public health relevant to the prevention and control of chronic diseases?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H2. Does your country have any national targets on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H3. Has your country undertaken any monitoring of progress towards achievement of any targets relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H4. Does your country have a structure for systematic public reporting on cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention?

Yes (Please give details of target/s and websites or PDF files, if exist)

.....
 No

Don't know (Please give details)
.....

H5. What evaluation of programmes relevant to cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention has been undertaken?

.....
.....
.....

H6. Please add any other comments about information in Section H

.....
.....
.....

Thank you for your help and time in completing this questionnaire. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk

by Friday 15th February 2008.



Appendix C:

Explanatory notes for Questionnaire

These explanatory notes are designed to help you to complete questionnaire 1. Words which are underlined in the questionnaire have been defined in the glossary (see page 55).

General issues

Please complete the questionnaire in English. Where information is only available in the original language, please provide a brief summary translation in English.

We are interested in collecting information about national policies/strategies or plans and programmes which are currently relevant in your country. This could include, for example, a recently published action plan or legislation which has been in force for a considerable time. We also want to find out about country-wide policies/strategies or plans which exist as 'intentions' and those country-wide programmes which have actually been implemented.

Please use the 'don't know' column only when you have been unsuccessful in finding the requested information, and then provide a short explanation of the attempts which you have made to gather the required information. Provide URLs and pdf files wherever possible. There is a section at the end of each part of the questionnaire for you to add any further comments.

Please contact Gill Cowburn (e-mail gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk) if you are not sure about what information we are asking you to collect or where it might be found.

A. National organisations

In this part of the questionnaire, we are interested in finding out how health promotion and disease prevention structures are organised in your country. We would like to know which government departments, non-governmental and other national organisations are involved in some way in contributing towards the promotion of health and the prevention and management of chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources or from the organisations involved. Details required are the name of the organisation (please provide an English language translation) and the URL, where appropriate.

For example:

In the UK, the Department of Health has overall responsibility for public health,
<http://www.dh.gov.uk>

Some typical government departments to consider include:

Ministry of Health, Ministry of Agriculture; Ministry for Children and/or Education; Ministry for the Environment, Ministry for Home & Community, Ministry for Cultural Affairs

Some typical non-governmental organisations to consider include:

National Heart Foundations, Consumer groups, Lobbying organisations, Medical Societies, Voluntary groups

We have also asked you (in question A7) to find out which organisations are responsible for coordinating the implementation of a policy/strategy or plan. By this we mean any organisations which are coordinating either government and/or non-governmental action.

In question A8, we ask you to identify key organisations which would be considered to be the 'driving force' behind cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here,



we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. So, if the general consensus from within your country is that organisations X and Y are the key organisations which drive action forward, please tell us about them. If, however, no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion (for example, in my opinion, organisations A, B & C do most to drive change).

B. National Acts, Laws, Legislation, Ministerial Decrees (or equivalent)

Here, we are interested in locating any legislative mechanisms which exist in your country to promote healthier lifestyles. This information should be available directly from government sources. Please list all of the legislation (or equivalent) which you can locate. For each, provide the year of publication or enactment, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, the Tobacco Advertising and Promotion Bill was introduced in February 2001, <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200001/ldbills/026/2001026.htm>

C. National policies/strategies or plans

In this section, we want to establish what national health policies/strategies or plans exist in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

Policy example:

In the UK, the white paper "Choosing Health: making healthy choices easier" (2004) sets out an integrated public health policy which includes addressing cardiovascular disease and cancers, alongside risk factors like tobacco, healthy eating, obesity, physical activity and alcohol

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094550

We are keen to identify how much funding has been allocated to each policy/strategy or plan. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering policies/strategies or plans. Please provide details of the amount of allocated funding for each policy/strategy or plan (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

For example:

In the UK, in 2005, the School Food Trust was allocated 15 million GBP (21,526,676 EUR) from the Department for Education and Skills to promote the education and health of children and young people by improving the quality of food supplied and consumed in schools.

<http://www.schoolfoodtrust.org.uk/content.asp?ContentId=232>

We would also like you to record whether or not the policies and/or strategies you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)?

Example of an integrated plan:

In the UK, an integrated action plan “Delivering Choosing Health; making healthy choices easier” was published in 2005

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105713.pdf

Example of 2 (non-integrated) action plans addressing particular risk factors:

Department of Health (2005) Choosing a better diet: a food and health action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105709.pdf

Department of Health (2005) Choosing activity: a physical activity action plan London: Department of Health

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4105710.pdf

Dates covered by the plans: all three publications are ongoing from 2005

In question C4, we are interested in finding out which national policies/strategies or plans have been considered most important in influencing cardiovascular health promotion and/or cardiovascular disease prevention. Here, as in section A, we are trying to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion.

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.

D. Policies/strategies or plans in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant policies/strategies or plans which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new national strategy for stroke is being prepared, consultation ending October 2007

Further information will be collected about the details of these policies/strategies or plans in Questionnaire 2.





E. National programmes

In this section, we want you to record information about any country-wide programmes which are being implemented in your country to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. By this, we mean programmes which are intended to have national coverage and which are implemented across the whole country, not at regional or local level. The exceptions to this are countries (like Belgium, Germany and the UK) where health is the responsibility of regional government, where information from each region would be recorded.

This type of information should be available directly from government sources or from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

We are interested in how much funding has been allocated to each programme. This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the programmes. Please provide details of the amount of allocated funding for each country-wide programme (where this information is available) in the original currency and Euros and provide a URL reference, where possible.

We would also like you to record whether or not the country-wide programmes you locate are integrated or not. By this we mean do they aim to act on either several diseases (like cancer and cardiovascular disease) and/or across a range of risk factors (like tobacco, food and nutrition and physical activity)

For example:

from 2003, the Food Standards Agency has continued to develop and deliver a salt awareness/reduction programme for the general public
<http://www.food.gov.uk/healthiereating/salt/>

This is a non-integrated national programme with a total campaign spend for Phase 3 (from 2007) of 4 million GBP (5,755,535 EUR)

<http://www.food.gov.uk/news/pressreleases/2007/mar/saltconsumptioncampaign>

In question E4, we are interested in finding out which country-wide programmes have been successfully implemented. As in section A and C, we want to establish a consensus view from within your country rather than your own opinion. If no consensus exists in your country, please state your own personal view but tell us that this is your own opinion. We ask specifically about monitoring and evaluation in section H.

Further information will be collected about the details of these programmes in Questionnaire 2.



F. Programmes in preparation

In this part of the questionnaire, we want to know about any relevant programmes which are being developed in your country but which are not currently in action. This is information you are likely to gather as you collect information to complete other sections of the questionnaire, for example when you are contacting government departments or other organisations. For each, provide the year of proposed publication and summary information about the area to be addressed.

For example:

In the UK, a new programme will be implemented to address earlier identification and treatment as part of the National Alcohol Strategy

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_075218

G. National guidelines/standards

In this section, we are interested in finding out whether your country has adopted any country-wide guidelines/standards to guide the delivery of cardiovascular disease prevention as well as treatment/care. Include any governmental or non-governmental guidelines/standards, if they are widely used in your country (for example, the joint European guidelines). This information should be available directly from government sources and from the organisations involved in developing and/or delivering the guidelines/standards. For each, provide the year of publication, title (please provide an English language translation, if necessary) and the URL.

For example:

In the UK, The National Service Framework for coronary heart disease was launched in 2000 and sets 12 standards for improved prevention, diagnosis and treatment, and goals to secure fair access to high quality services. The standards are to be implemented over a 10-year period.

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4094275

Further information will be collected about the details of these guidelines/standards in Questionnaire 2.

H. National targets, monitoring and evaluation

Here, we are interested in finding out about any national targets which have been set to promote health and prevent and manage chronic disease, particularly cardiovascular disease. This information should be available directly from government sources.





Specifically we would like information (where it exists) about:

Targets at a population level

- mortality, morbidity
- biological factors (like blood pressure)
- behavioural factors (like physical activity levels)

Targets for treatment/care

- for example, around cardiopulmonary resuscitation, emergency services, rehabilitation etc.

For each, provide the date of publication and the date by which the target should be achieved, details of the target (please provide an English language translation, if necessary) and any relevant URL.

For example:

In the UK, a Public Service Agreement (PSA) target for obesity was set in 2004 "To reduce the year on year rise in the prevalence of obesity in children under 11 by 2010, in the context of a broader strategy to reduce obesity in the population as a whole"

http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Healthandsocialcaretopics/Obesity/DH_4133952

We also want to record any country-wide monitoring or evaluation activity which has taken place. Questions H3 and H4 ask for information about monitoring and reporting of progress towards achievement of targets and/or plans.

For example:

a report published in November 07 summarises details of the public opinion research, business research and compliance data relating to the first three months since the smokefree law was introduced in the UK.

<http://www.smokefreeengland.co.uk/thefacts/latest-research.html>

Question H5 asks about the availability of published evaluation reports on relevant programme implementation.

For example:

In the UK the National Evaluation of Local Exercise Action Pilots was published in 2007

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_073600

We gratefully acknowledge your help and the time you will spend in sourcing the information to complete questionnaire 1. Please return the completed questionnaire to Gill Cowburn, British Heart Foundation Health Promotion Research Group by e-mail to gill.cowburn@dphpc.ox.ac.uk **by Friday 15th February 2008.**

Further details will be sought from you in a second phase of data gathering in spring 2008.

Appendix D:

Additional data collection

By e-mail:

I would be grateful if you could provide me with further information about the existing national policies/strategies or plans which you have already listed in questionnaire 1. This was section C in the questionnaire.

For each policy you have listed please provide the following information - in English

Title of policy document

Total number of pages in the policy

At which population group is the policy targeted?

Contents page (titles of each section)

Key themes of the policy (no more than 2-3 paragraphs)

Any other interesting features in the policy

This extra information will really bring the project alive so I appreciate the time it will take to complete it. Please return the completed information to me by e-mail no later than Wednesday 4th June 2008



Glossary

Allocated funding:

A defined amount of money which has been provided to pay for a specific purpose, and which cannot be used for any other purpose

Cardiovascular disease or CVD:

includes coronary heart disease, stroke (cerebrovascular accidents) and all other diseases of the circulatory system

Cardiopulmonary resuscitation or CPR:

an emergency treatment which aims to restart heart and breathing activity when it has stopped during cardiopulmonary arrest

Country-wide:

action intended to have national coverage and to be implemented across the whole country

Emergency services:

response and provision of medical aid during an acute episode

Health promotion:

a process of enabling people to increase control over and to improve their health. Health promotion uses strategies at the primary level of prevention which are designed to facilitate behavioural and environmental changes which are conducive to health enhancement

Charitable organisation:

an organisation which exists to use donated funds for public benefit

Disease prevention:**Primary prevention:**

aims to deter disease before it occurs

Secondary prevention:

any strategy (such as early detection and prompt treatment of disease) which aims to reduce the presence of an existing disease in a population, thus preventing further deterioration and/or early death

Goal:

a statement of a desired outcome

Guidelines:

an agreed series of actions and strategies used to guide practice

Health policy/ strategy:

a written, formally adopted consensus about health issues which need to be addressed and approaches to be used to achieve change. For example, a policy includes a set of statements and decisions defining goals, priorities and main directions for attaining these goals. It may also include strategies for how the policy is to be implemented

Integrated:

bringing together a range of issues across different areas which are worked on and progressed together rather than separately

National:

a geographical area defined by fixed borders

Non-governmental organisation:

an organisation which undertakes some of the tasks of a national government, but is not a government department or part of one, and which operates to a greater or lesser extent at arm's length from the government

Plan:

a scheme, prepared according to policy and strategic directions, and defining activities, to generate products/targets set to achieve desired goals

Prevention and control of chronic disease:

the use of specific strategies to reduce and manage the occurrence of a disease in a population

Professional societies:

organisations which act as learned societies for people with shared professional qualifications and interests

Programme:

a series of related and connected activities which are designed to deliver specific objectives

Public health:

the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society. Modern public health is concerned with addressing determinants of health across a population

Standards:

a set of pre-defined levels of activity to be achieved

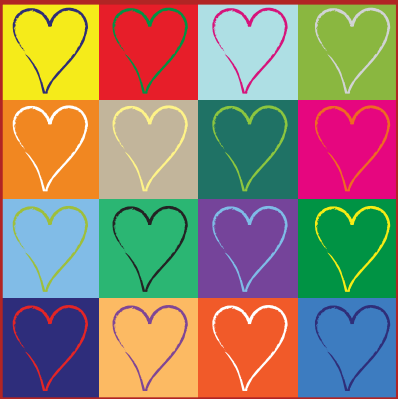
Target:

an agreed and declared quantitative output which can be used to assess progress towards achievement of a goal

Treatment:

the provision of medical services (including rehabilitation services) to alleviate symptoms following diagnosis of illness





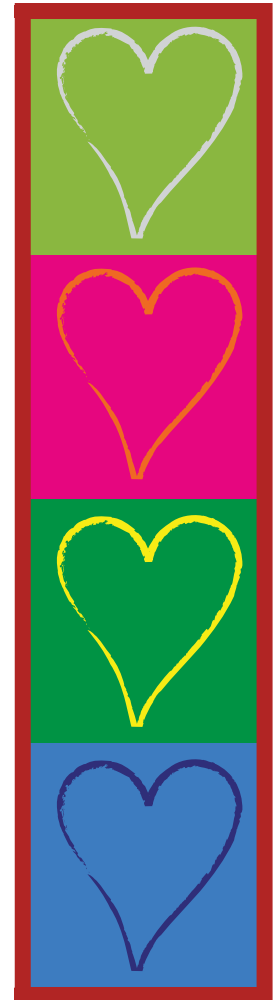


Mixed Sources
Product group from well-managed
forests and other controlled sources
Cert. no. SGS-COC-008340
www.fsc.org
© 1996 Forest Stewardship Council

Graphic design & production: www.altitude.be - September 2009

www.ehnheart.org

European Heart Network
Rue Montoyer, 31
B-1000 Brussels
Belgium
Telephone: +32 2 512 9174
Fax: +32 2 503 3525
E-mail: info@ehnheart.org



This report is produced as part of Work Package 5 of the EuroHeart Project, which has received co-funding from the European Union in the framework of the Public Health Programme. The Executive Agency for Health and Consumers is not responsible for any use that may be made of the information provided in this report, the sole responsibility lies with the persons/organisation concerned.