

UCHWAŁA NR IV/50/18
RADY MIEJSKIEJ W POLKOWICACH

z dnia 28 grudnia 2018 r.

w sprawie programów polityki zdrowotnej na rok 2019.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994, 1000, 1349 i 1432) oraz art. 7 ust. 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji na rzecz mieszkańców gminy Polkowice w roku 2019 następujące programy polityki zdrowotnej:

- 1) „Chronię życie przed rakiem” w brzmieniu załącznika nr 1 do uchwały;
- 2) „Szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego” w brzmieniu załącznika nr 2 do uchwały;
- 3) „Senior - poprawa zdrowia i komfortu życia osób starszych i niesamodzielnych - mieszkańców gminy Polkowice poprzez rozszerzenie zakresu długoterminowej opieki domowej i ambulatoryjnej oraz interwencji kryzysowej” w brzmieniu załącznika nr 3 do uchwały;
- 4) „Maluch - edukacja przedporodowa w szkole rodzenia, wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi” w brzmieniu załącznika nr 4 do uchwały;
- 5) „Rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu - mieszkańców gminy Polkowice” w brzmieniu załącznika nr 5 do uchwały;
- 6) „Szczepienia przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Polkowice od 60. roku życia” w brzmieniu załącznika nr 6 do uchwały;
- 7) „Profilaktyka zdrowia sportowców amatorów do 21. roku życia” w brzmieniu załącznika nr 7 do uchwały;
- 8) „Profilaktyka cukrzycy i promocja zdrowia w cukrzycy w gminie Polkowice” w brzmieniu załącznika nr 8 do uchwały;
- 9) „Profilaktyka i promocja zdrowia w chorobach układu krążenia, w tym rehabilitacja pacjentów po udarze mózgu” w brzmieniu załącznika nr 9 do uchwały;
- 10) „Promocja zdrowia higieny jamy ustnej oraz zapobieganie próchnicy poprzez leczenie stomatologiczne zachowawcze” w brzmieniu załącznika nr 10 do uchwały;
- 11) „Szkoła ratownictwa” w brzmieniu załącznika nr 11 do uchwały;
- 12) „Monitorowanie zdrowia w ochronie ekologicznej dziecka w środowisku domowym, szkolnym oraz w trakcie pobytu uczniów klas III szkół podstawowych z gminy Polkowice na zielonych szkołach” w brzmieniu załącznika nr 12 do uchwały;
- 13) „Opieka paliatywno-hospicyjna nad pacjentem przewlekle i nieuleczalnie chorym realizowana w środowisku domowym i przychodni” w brzmieniu załącznika nr 13 do uchwały;
- 14) „Dbając o zdrowie - rehabilitacja dla mieszkańców gminy Polkowice” w brzmieniu załącznika nr 14 do uchwały;
- 15) „Zdrowi i aktywni po 50-ce” w brzmieniu załącznika nr 15 do uchwały;
- 16) „Mocny kręgosłup - korekcja wad postawy u dzieci i młodzieży z terenu gminy Polkowice” w brzmieniu załącznika nr 16 do uchwały;
- 17) „Zdrowy ruch - zdrowe życie” w brzmieniu załącznika nr 17 do uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Polkowic.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Roman Rozmysłowski

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„CHRONIĘ ŻYCIE PRZED RAKIEM”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Rak szyjki macicy i rak piersi to nowotwory najczęściej występujące u kobiet. Rak szyjki macicy i rak piersi należy do nowotworów o znanej etiologii i czynnikach ryzyka. Można więc wykrywać tę chorobę we wczesnym stadium jej rozwoju i jej zapobiegać. Problemem w naszym kraju jest zapobieganie, czyli prewencja pierwotna oraz wczesna diagnostyka.

Rak szyjki macicy – jeden z około 200 różnych typów raka rozwija się w obrębie szyjki macicy, tej części macicy w kształcie stożka, która łączy górną część macicy (trzon macicy) z pochwą. Rak szyjki macicy rozwija się, kiedy uszkodzone komórki nabłonka zakażone wirusem HPV zaczynają się dzielić bez kontroli. Badania epidemiologiczne wskazują, że jedną główną przyczyną raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV). Wyróżnia się ponad 100 typów wirusa HPV, które po dostaniu się do organizmu nie wywołują w większości przypadków objawów chorobowych, dzięki naturalnej odporności immunologicznej. Infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym, 80% kobiet zwalcza infekcję, u 20% ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą, zmiany przedrakowe rozwijają się w ciągu 2 – 4 lat, u 3 – 5% nieleczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy. U chorych na raka płaskonabłonkowego szyjki macicy stwierdza się DNA wirusa brodawczaka ludzkiego. Typy wirusa HPV 16 i 18 powodują w 70% przypadków raka szyjki macicy. Czynniki ryzyka, takie jak wczesne rozpoczęcie życia seksualnego lub duża liczba partnerów seksualnych zwiększają prawdopodobieństwo zakażenia. Jedną z najlepszych form profilaktyki chorób układu rodowego są badania cytologiczne. Profilaktyka chorób nowotworowych piersi to badanie piersi (nauka samobadania oraz diagnostyka obrazowa). Nauka samobadania piersi, która pozwala kobiecie na nabycie umiejętności różnicowania stanów fizjologicznych od patologicznych, jest najlepszą wczesną diagnostyką raka piersi. Badania profilaktyczne pozwalają na wczesne wykrycie chorób narządu rodowego i piersi oraz możliwość podjęcia leczenia prowadzącego do wyzdrowienia. Niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne i statystyczne oraz niska zgłaszalność na badania cytologiczne w populacyjnym programie skriningowym wymagają zintegrowania działań edukacyjnych oraz wprowadzenia profilaktyki pierwotnej.

2. Epidemiologia

Pod względem zapadalności kobiet na nowotwory złośliwe rak szyjki macicy zajmuje siódme miejsce. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1,4 miliona. W Europie jest on drugim najczęściej występującym nowotworem złośliwym u młodych kobiet (w wieku 15 – 44 lat). W skali Europy Polska należy do krajów o największej liczbie zachorowań i zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy. Rocznie w naszym kraju zapada na tę chorobę ponad 3200 kobiet, a niemal 2000 umiera. Polska aktualnie zajmuje pierwsze miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby nowych zachorowań na raka szyjki macicy. Pod względem zapadalności kobiet na nowotwory złośliwe na pierwszym miejscu znajduje się rak piersi, który stanowi 22% zachorowań na nowotwory. Biorąc pod uwagę strukturę zgonów kobiet z powodu nowotworów złośliwych, rak szyjki macicy stanowi 5% tych zgonów, a rak piersi aż 13%. W skali Europy Polska należy do krajów o największej liczbie zarówno zachorowań jak i zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy i rakiem piersi. Pod względem 5-letnich przeżyć na raka szyjki macicy zajmujemy ostatnie miejsce.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Odbiorcami programu będą mieszkanki gminy Polkowice, w tym:

- w zakresie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy (cytologia), w wieku od 16 roku życia, ok. 300 osób, co stanowi ok. 60% populacji kwalifikującej się do programu - przez cały okres realizacji programu,
- w zakresie edukacji dotyczącej samobadania piersi - uczennice i nauczycielki Zespołu Szkół w Polkowicach, ok. 400 osób, co stanowi 100% populacji kwalifikującej się do programu,
- w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów piersi (nauka samobadania piersi, edukacja) - kobiety, które wezmą udział w Polkowickich Dniach „Chronię życie przed rakiem” organizowanych co roku w marcu, ok. 200 osób, co stanowi ok. 40% populacji kwalifikującej się do programu,
- w zakresie wczesnego wykrywania piersi (mammografia, USG piersi) – po dokonaniu kwalifikacji przez lekarza - kobiety w wieku od 40 r. ż. oraz – w przypadku wskazań

medycznych – młodsze, ok. 450 osób, co stanowi ok. 23% populacji kwalifikującej się do programu – przez cały okres realizacji programu.

Liczba osób, które wezmą udział w programie została ustalona na podstawie doświadczenia w realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie gminy Polkowice w latach ubiegłych.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na usługi medyczne w zakresie poradni ginekologiczno-położniczej i onkologicznej oraz jest realizatorem programu finansowanego przez NFZ w zakresie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy. Programem tym są objęte Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu ostatnich 3 lat nie miały wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia w NFZ.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Uzupełnieniem programu realizowanego na zlecenie NFZ będzie edukacja w zakresie samobadania piersi i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, a wykonywanie badań cytologicznych, badań mammograficznych i USG piersi skierowanych do kobiet, które wymagają częstszego badania niż założony terminarz badań przesiewowych przez NFZ. Program zakłada również poprawę dostępności do bezpłatnych badań, poprzez nielimitowanie świadczeń. Najważniejszym czynnikiem w istotny sposób wpływającym na wyniki leczenia nowotworów jest ich wykrycie w jak najwcześniejszym stadium. Naszym zdaniem podstawą zwiększenia odsetka zgłaszalności na badania jest edukacja kobiet. Z doświadczeń w realizacji programu „Chronią życie przed rakiem” na terenie gminy Polkowice w latach 2006–2018 wynika, że odsetek zgłaszalności się na badania (cytologia, mammografia, USG piersi) wzrósł o ok.15% w stosunku do lat, w których program lokalny nie był realizowany. Z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w województwie dolnośląskim rocznie zapada na raka szyjki macicy ok. 300 kobiet. Wykrywalność zmian nowotworowych ma miejsce w drugim lub trzecim stadium choroby. Z danych Wojewódzkiego Ośrodka Koordynacji przy Dolnośląskim Centrum Onkologii wynika, że w roku zgłaszalność kobiet (25 – 59 lat) na badania cytologiczne w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy wyniosła w województwie dolnośląskim niecałe 20%. Niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne i statystyczne oraz niska zgłaszalność na badania cytologiczne w populacyjnym programie skryningowym stanowią przesłankę do realizacji ww. programu.

II. Cele programu

1. Cel główny

- Zapobieganie rakowi szyjki macicy poprzez edukację, badania cytoonkologiczne.
- Zapobieganie rakowi piersi poprzez edukację, naukę samobadania piersi oraz badania mammograficzne i ultrasonograficzne piersi.

2. Cele szczegółowe programu

- Dotarcie z edukacją zdrowotną do jak najszerzej grupy beneficjentów.
- Upowszechnienie nawyków systematycznego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania chorób nowotworowych.
- Kulturowanie zdrowego stylu życia.
- Zainspirowanie młodzieży do świadomego podejmowania współżycia seksualnego.
- Rozwianie wątpliwości dotyczących tzw. tematów „tabu” i tematów „wstydlivych”.

3. Oczekiwane efekty

- Efekty bezpośrednie w postaci zdobytej wiedzy będą monitorowane na bieżąco po przeprowadzonych zajęciach edukacyjnych. Zastosowane zostanie narzędzie w postaci badania ankietowego monitorującego poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy i raka piersi oraz sposobów zapobiegania.
- Wczesne wykrywanie zmian chorobowych.
- Obniżenie kosztów leczenia.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Liczba osób, które wzięły udział w programie tym:

- liczba osób, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych,

- liczba badań diagnostycznych.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Odbiorcami programu będą mieszkanki gminy Polkowice, w tym:

- w zakresie wczesnego wykrywania raka szyjki macicy (cytologia), w wieku od 16 roku życia, ok. 300 osób, co stanowi ok. 60% populacji kwalifikującej się do programu - przez cały okres realizacji programu,
- w zakresie edukacji dotyczącej samobadania piersi - uczennice i nauczycielki Zespołu Szkół w Polkowicach, ok. 400 osób, co stanowi 100% populacji kwalifikującej się do programu,
- w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów piersi - (nauka samobadania piersi, edukacja) - kobiety, które wezmą udział w Polkowickich Dniach „Chronię życie przed rakiem” organizowanych co roku w marcu, ok. 200 osób, co stanowi ok. 40% populacji kwalifikującej się do programu,
- w zakresie wczesnego wykrywania piersi (mammografia, USG piersi) – po dokonaniu kwalifikacji przez lekarza - kobiety w wieku od 40 r. ż. oraz – w przypadku wskazań medycznych – młodsze, ok. 450 osób, co stanowi ok. 23% populacji kwalifikującej się do programu – przez cały okres realizacji programu.

Liczba osób, które wezmą udział w programie została ustalona na podstawie doświadczenia w realizacji programów polityki zdrowotnej na terenie gminy Polkowice w latach ubiegłych.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, przekazanej wieloma kanałami:

- rozmowy indywidualne,
- zaproszenia dla kobiet na badania cytologiczne, mammograficzne oraz do udziału w Polkowickich Dniach Chronię Życie przed Rakiem” (wręczane w sklepach, w przychodni, zakładach pracy, w stowarzyszeniach, na ulicy),
- ogłoszenia/plakaty na terenie ośrodków zdrowia,
- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja w mediach społecznościowych,
- ogłoszenia/plakaty w Urzędzie Gminy Polkowice,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- ogłoszenia w Zespole Szkół w Polkowicach,
- informacja w TV Polkowice,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- ogłoszenia i zaproszenia kobiet poprzez organizacje pozarządowe w tym Klub Polkowickich Amazonek,
- bilbordy – kampania społeczna,
- informacja graficzna o realizacji programu opatrzona logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej,
- ogłoszenia w sołectwach o programach polityki zdrowotnej.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury, książeczki samobadania piersi.
- realizacja programu:

Polkowickie Dni „Chronię życie przed rakiem”:

- edukacja w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy, prowadzona wśród uczennic Zespołu Szkół w Polkowicach oraz dla pracownic z terenu zakładów pracy w tym strefy ekonomicznej – mieszkańek gminy Polkowice,
- nauka samobadania piersi prowadzona wśród uczennic Zespołu Szkół w Polkowicach oraz dla pracownic z terenu zakładów pracy w tym strefy ekonomicznej – mieszkańek gminy Polkowice,
- Polkowickie Dni „Chronię Życie przed Rakiem”. Czas trwania 1 tydzień (termin: marzec) w tym: spotkania edukacyjne grupowe w szkołach przeprowadzane z uczniami, rodzicami i nauczycielami – spotkania przeprowadzą i wygłoszą wykłady na temat profilaktyki raka szyjki macicy doświadczeni lekarze, położne i pielęgniarki; rozmowy indywidualne – w zależności od potrzeb przeprowadzą lekarze, psycholodzy, pielęgniarki lub położne,
- zaproszenia dla kobiet na badania cytologiczne, mammograficzne oraz do udziału w Polkowickich Dniach Chronię Życie przed Rakiem” (wręczane w sklepach, w przychodni, zakładach pracy, w stowarzyszeniach, na ulicy),
- wykład na Uniwersytecie III wieku na temat profilaktyki nowotworowej,
- Konferencja dla mieszkańców gminy z udziałem ambasaderek lokalnych oraz autorytetów medycznych,
- przekazanie materiałów edukacyjnych (broшуry, ulotki) kobietom, mieszkankom gminy Polkowice (w zakładach pracy, przychodni, na ulicy, w stowarzyszeniach, w szkołach),
- badania lekarskie (kwalifikujące do mammografii i USG piersi),
- mammografia,
- badania cytologiczne,
- USG piersi,
- punkt informacyjny, w przychodni na temat zapobiegania nowotworom: rakowi szyjki macicy i rakowi piersi (w punkcie przez cały tydzień udziela informacji położna, znajduje się tam fantom do nauki badania piersi, można otrzymać materiały edukacyjne),
- bilbordy „Chronię Życie przed Rakiem” z ambasadorkami kampanii polkowickiej – kampania społeczna.

Pozostały czas trwania umowy:

- mammografia,
- badania cytologiczne,
- konsultacje i nauka samobadania piersi,
- edukacja,
- nauka samobadania piersi w Zespole Szkół, badania lekarskie (kwalifikujące do mammografii i USG piersi),
- USG piersi (na zlecenie lekarza),
- Ewaluacja programu (badania ankietowe).

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- Na badania lekarskie kwalifikujące do mammografii i USG piersi może zgłosić się każda kobieta, mieszkanka gminy Polkowice. Badania USG piersi wykonywane będą na zlecenie lekarskie. Badania mammograficzne będą wykonywane u kobiet, które ukończyły 40 r. ż. (co 2 lata) oraz młodszych, jeżeli będą wskazania lekarskie.
- Badania cytologiczne będą wykonywane u kobiet od 16 r. ż. bez limitowania świadczeń.
- Z edukacji może skorzystać każdy mieszkaniec gminy Polkowice.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- Świadczenia realizowane w ramach programu będą dla uczestniczek bezpłatne.
- Na badania lekarskie kwalifikujące do mammografii i USG piersi może zgłosić się każda kobieta, mieszkanka gminy Polkowice.
- Badania USG piersi wykonywane będą na zlecenie lekarskie.

- Badania mammograficzne będą wykonywane u kobiet, które ukończyły 40 r. ż, (co 2 lata) bez skierowania oraz młodszych, jeżeli będą wskazania lekarskie.
- Badania cytologiczne będą wykonywane u kobiet od 16 r. ż. bez limitowania świadczeń.
- Z edukacji może skorzystać każdy mieszkaniec gminy Polkowice.
- Nauka samobadania piersi i edukacja dotycząca raka piersi i raka szyjki macicy zostanie przeprowadzona w sposób zorganizowany w porozumieniu z dyrekcją Zespołu Szkół, zakładów pracy, na terenie szkoły lub zakładu pracy.

Tryb wydawania wyników:

- Prawidłowy wynik badania mammograficznego będzie wydawany za pomocą poczty, z zaleceniem kontrolnego badania za 2 lata; w przypadku badania cytologicznego wynik badania pacjentka odbiera osobiście.
- W przypadku nieprawidłowego wyniku, informuje się pacjentkę (pisemnie) o konieczności dalszej diagnostyki, jeśli nie zgłosi się po wynik w ciągu 3 miesięcy, otrzymuje wezwanie do odbioru.
- W przypadku nieprawidłowego wyniku badania i braku możliwości skontaktowania się z pacjentką, kopię wyniku wysyła się do lekarza POZ (informację o przynależności do POZ uzyskuje się w oddziale wojewódzkim NFZ).

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W razie potrzeby uczestnicy programu będą mogli skorzystać w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ze świadczeń medycznych w Polkowicach, w Przychodni Lekarskiej, która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w ramach POZ i AOS.

Wyłonione w ramach programu kobiety z podejrzeniem lub rozpoznaniem choroby nowotworowej piersi lub szyjki macicy zostaną objęte opieką medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia medycznego (poradnia onkologiczna, poradnia dla K, opieka pielęgniarska długoterminowa, hospicjum domowe, poradnia opieki paliatywnej).

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze ginekolodzy,
- lekarze onkolodzy,
- lekarz radiolog,
- położne poradni K (ukończony kurs do wykonania cytologii),
- położne (ukończony kurs samobadania piersi),
- lekarze ultrasonografisci,
- współpracują: lekarze POZ, rejestratorka, koordynator programu, informatyk, psycholog, pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, położne środowiskowo-rodzinne.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet lekarski dla osób zdrowych,
- dostęp do gabinetu zabiegowego,
- gabinety medyczne pielęgniarek higieny szkolnej,
- dostęp do klas lekcyjnych i sal wykładowych w szkołach, w Zespole Szkół, na terenie gminy Polkowice,
- dostęp do sal wykładowych w zakładach pracy na terenie gminy Polkowice,
- gabinet ginekologiczny,
- gabinet psychologiczny,
- gabinety pielęgniarek i położnych środowiskowo-rodzinnych,
- gabinet położnej poradni K,
- gabinet cytologiczny,

- pracownia USG,
- pracownia mammografii,
- pracownia cytologii – standardowo wyposażona.

Uwaga: ponieważ na terenie gminy Polkowice żadna placówka medyczna nie dysponuje pracownią mammograficzną, badania mogą być realizowane na podstawie odrębnej umowy, którą zawrze podmiot realizujący program z placówką najbliższą położoną od Polkowic.

Wyposażenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie gabinetu lekarskiego,
- aparat do badań mammograficznych,
- aparat do badań ultrasonograficznych,
- zestaw do badań lekarskich,
- sprzęt audiowizualny,
- fantom do badania piersi.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- W USA i krajach Unii Europejskiej uznano, że najskuteczniejszym instrumentem ograniczenia zachorowań i poprawy wyników leczenia nowotworów są programy zdrowotne.
- Program był realizowany w gminie Polkowice w latach 2006 – 2018. Z przeprowadzonych analiz wynika, że odsetek zgłaszalności na badania diagnostyczne wzrósł o 15%.
- Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach programu zwrócenie szczególnej uwagi na konieczność systematycznych badań cytologicznych, mammograficznych oraz samobadania piersi może przyczynić się do wczesnego wykrywania zachorowań, a poprzez to znacznych oszczędności w ochronie zdrowia (np. dzięki ograniczeniu kosztów leczenia).

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- Mammografia poprzedzona kwalifikacją lekarską – 140,00 zł,
- Badanie cytoonkologiczne - 45,00 zł,
- Badanie piersi przez położną – 35,00 zł,
- Badanie USG piersi poprzedzone kwalifikacją lekarską – 130,00 zł,
- Wykład na lekcjach edukacyjnych – 250,00 zł.

Działania edukacyjne – 20 000,00 zł, w tym:

- organizacja konferencji „Polkowickie Dni Chronię życie przed rakiem” (marzec): wykład autorytetu medycznego (ekspert, lekarz), udział ambasadorki krajowej (aktorka, piosenkarka, modelka), inne (zaproszenia, oprawa medialna, zdjęcia, plakaty, poczęstunek, drobne upominki), opracowanie i prezentacja badań ewaluacyjnych programu, koncert zespołu młodzieżowego lub koncert solisty muzycznego, konferansjerka,
- materiały edukacyjne: książeczki samobadania piersi, ulotki, broszury - produkcja i kolportaż.

Promocja programu – 15 000,00 zł w tym:

- zaproszenia na badania cytologiczne,
- bilbordy – kampania społeczna,
- zdjęcia w ramach dużej wystawy,
- gadżety z logo kampanii,
- materiały biurowe, tekstylne, fotograficzne wykorzystywane w kampaniach realizowanych przy udziale młodzieży,
- ogłoszenia i zaproszenia kobiet poprzez organizacje pozarządowe w tym Klub Polkowickich Amazonek,
- informacja w TV Polkowice,
- ogłoszenia w szkołach,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja na stronie internetowej realizatora programu,
- informacja w mediach społecznościowych,
- powiadomienia SMS,

- zaproszenia imienne na konferencję,
- zaproszenia na badania mammograficzne i cytonkologiczne,
- zaproszenia do udziału w konkursie „Chronię życie przed rakiem” przekazywane przez dyrekcję i pielęgniarki szkolne,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 150 000,00 zł (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy zł).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób, które wzięły udział w edukacji,
- liczby osób, które zgłosiły się na badania diagnostyczne (mammografia, cytologia, USG piersi),
- liczby kobiet, które wzięły udział w nauce samobadania piersi,
- liczby przeprowadzonych badań palpacyjnych piersi.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu:

Ocena efektywności programu nastąpi poprzez monitorowanie:

- liczby badań mammograficznych,
- liczby badań cytologicznych,
- liczba badań USG piersi,
- liczba badań palpacyjnych piersi,
- liczba działań edukacyjnych – nauki samobadania piersi.

Załącznik Nr 2 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
„SZCZEPIONIA PRZECIW WIRUSOWI BRODAWCZAKA LUDZKIEGO”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Rak szyjki macicy należy do nowotworów złośliwych o znanej etiologii i czynnikach ryzyka. Umożliwia to wczesne wykrywanie tej choroby, a także postępowanie prewencyjne.

Badania epidemiologiczne wskazują, że jedną główną przyczyną raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego (HPV). Wyróżnia się ponad 100 typów wirusa HPV, które po dostaniu się do organizmu nie wywołują w większości przypadków objawów chorobowych, dzięki naturalnej odporności immunologicznej. Infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym, 80% kobiet zwalcza infekcję, u 20% ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą, zmiany przedrakowe rozwijają się w ciągu 2 – 4 lat, u 3 – 5% nieleczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy. U chorych na raka płaskonabłonkowego szyjki macicy stwierdza się DNA wirusa brodawczaka ludzkiego. Typy wirusa HPV 16 i 18 powodują w 70% przypadków raka szyjki macicy. Czynniki ryzyka, takie jak wczesne rozpoczęcie życia seksualnego lub duża liczba partnerów seksualnych zwiększają prawdopodobieństwo zakażenia.

2. Epidemiologia

Pod względem zapadalności kobiet na nowotwory złośliwe, rak szyjki macicy zajmuje siódme miejsce. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1,4 miliona. W Europie jest on drugim najczęściej występującym nowotworem złośliwym u młodych kobiet (w wieku 15 – 44 lat). W skali Europy Polska należy do krajów o największej liczbie zachorowań i zgonów spowodowanych rakiem szyjki macicy. Rocznie w naszym kraju zapada na tę chorobę ponad 3200 kobiet, a niemal 2000 umiera. Polska aktualnie zajmuje pierwsze miejsce wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby nowych zachorowań na raka szyjki macicy.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Dostęp do programu będą miały wszystkie 14- i 15-latki, mieszkanki gminy Polkowice. Ocenia się, że w roku 2019 w tej grupie wiekowej znajduje się około 120 osób, z tego zaszczepi się ok. 70% (procent wyszczepialności wynika z doświadczenia w realizacji zadania w poprzednich latach).

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Szczepienia przeciwko HPV należą do tzw. szczepień zalecanych umieszczonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi (Dz. U. nr 180, poz. 1215).

O podaniu szczepionki decyduje lekarz, najczęściej ginekolog. Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia poradni K oraz POZ, w ramach której prowadzi działalność punkt szczepień.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje szczepienia przeciw HPV,
- z danych Krajowego Rejestru Nowotworów wynika, że w województwie dolnośląskim rocznie zapada na raka szyjki macicy ok. 300 kobiet. Wykrywalność zmian nowotworowych ma miejsce w drugim lub trzecim stadium choroby. Z danych Wojewódzkiego Ośrodka Koordynacji przy Dolnośląskim Centrum Onkologii wynika, że w roku 2008 zgłaszalność kobiet (25 – 59 lat) na badania cytologiczne w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy wyniosła w województwie dolnośląskim tylko 18,7%. Niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne i statystyczne oraz niska zgłaszalność na badania cytologiczne w populacyjnym programie skryningowym wymagają wprowadzenia profilaktyki pierwotnej realizowanej poprzez szczepienia przeciw HPV,
- szczepionka profilaktyczna przeciw HPV pomaga układowi odpornościowemu rozpoznać i zniszczyć HPV zanim dojdzie do pełnej infekcji, zapobiega rozwojowi klinicznych objawów

po zainfekowaniu organizmu, zapobiega skutkom zakażenia onkogennymi typami HPV 16 i 18,

- badania kliniczne wykazały, że szczepionka jest bezpieczna, wysoce immunogenna i skutecznie zabezpiecza przed przewlekłymi infekcjami wirusem HPV,
- szczepienie przeciw HPV może również chronić przed rakiem pochwy i sromu, a także zapobiegać rozwojowi brodawek płciowych.

II. Cele programu

1. Cel główny

Zapobieganie rakowi szyjki macicy poprzez szczepienia ochronne

2. Cele szczegółowe programu

- dotarcie ze szczepieniami do jak najszerzej grupy beneficjentów,
- edukacja zdrowotna – popularyzacja wiedzy i podwyższenie świadomości w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wirusem HPV,
- upowszechnienie nawyków systematycznego wykonywania badań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów nowotworowych,
- prowadzenie systematycznych szczepień kolejnych roczników dziewcząt,
- kultywowanie zdrowego stylu życia,
- rozwianie wątpliwości dotyczących tzw.: tematów „tabu” i tematów „wstydlivych”.

3. Oczekiwane efekty

Są zbieżne z celami wymienionymi powyżej. Jednak rzeczywisty jego wpływ na zmniejszenie wskaźników zapadalności i śmiertelności znany będzie po co najmniej 15 do 20 latach od zastosowania szczepionek przeciwko HPV. Badania potwierdzające efektywność medyczną szczepionek prowadzone są na bieżąco w skali światowej.

Efekty bezpośrednie będą monitorowane na bieżąco po przeprowadzonych zajęciach edukacyjnych oraz przed trzecim cyklem szczepień. Zastosowane zostanie narzędzie w postaci badania ankietowego monitorującego poziom wiedzy na temat raka szyjki macicy i sposobów zapobiegania.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba osób, które zostały zaszczepione,
- liczba osób, które wzięły udział w zajęciach edukacyjnych.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Bezpośrednim odbiorcą programu jest wyznaczana według roku urodzenia populacja dziewcząt zamieszkałych na terenie gminy Polkowice. Dostęp do programu będą miały wszystkie 14- i 15-latk, mieszkanki gminy Polkowice. Ocenia się, że w roku 2019 w tej grupie wiekowej znajduje się około 120 osób, z tego zaszczepi się od ok. 70% (procent wyszczepialności wynika z doświadczenia w realizacji zadania w poprzednich latach).

Pośrednimi adresatami programu będą rodzice (lub opiekunowie) dziewcząt, nauczyciele oraz młodzież uczestnicząca w prowadzonej edukacji zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem chłopców, uczniów klas VII i VIII szkół podstawowych. Szacunkowo określa się udział ok. 600 osób w tej części programu.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskanej wieloma kanałami:

- imienne zaproszenia przekazane przez pielęgniarki szkolne,
- ogłoszenia/plakaty w Przychodni w Polkowicach,
- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja w mediach społecznościowych,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,

- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne:

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa).
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury.
- realizacja programu:
 - a. spotkania edukacyjne grupowe w szkołach przeprowadzane z uczniami, rodzicami i nauczycielami – spotkania przeprowadzą i wygłoszą wykłady na temat profilaktyki raka szyjki macicy doświadczeni lekarze, położne i pielęgniarki,
 - b. rozmowy indywidualne – w zależności od potrzeb przeprowadzą lekarze, psycholodzy, pielęgniarki lub położne,
 - c. zebranie oświadczeń rodziców o wyrażeniu zgody na udział w programie dziewcząt z określonej wiekowo populacji,
 - d. wywiad pielęgniarski i lekarski oraz badanie lekarskie kwalifikujące do szczepienia,
 - e. w razie potrzeby konsultacja specjalistyczna,
 - f. przeprowadzenie szczepień zgodnie z procedurami medycznymi, tj. 3 dawki w cyklu 0-2-6 miesięcy.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Dostęp do programu będą miały wszystkie 14- i 15-latki, mieszkanki gminy Polkowice.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

We wszystkich klasach VII i VIII szkół podstawowych zostaną przeprowadzone spotkania edukacyjne dotyczące profilaktyki raka szyjki macicy (edukacją zostaną objęci: dziewczęta, chłopcy oraz nauczyciele). Wszystkim uczniom zostaną rozdane materiały edukacyjne skierowane zarówno do uczniów jak i rodziców. Od rodziców zostaną zebrane oświadczenia o wyrażeniu zgody na szczepienie przeciw HPV.

Na terenie ośrodka medycznego, który wygra konkurs na realizację świadczeń zostaną przeprowadzone badania lekarskie oraz szczepienia w punkcie szczepień. W razie potrzeby ośrodki realizujący program będzie dysponował lekarzami specjalistami (onkolog, ginekolog), którzy przeprowadzą konsultację przed szczepieniem. W razie potrzeby rozmowy indywidualne na temat szczepień będą przeprowadzać: psycholog, pielęgniarka, położna. Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

W razie potrzeby osoby szczepione będą mogły skorzystać w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego ze świadczeń medycznych w Polkowicach, w Przychodni Lekarskiej PCUZ – ZOZ S.A., która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w ramach POZ i AOS.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu tj.:

- lekarze POZ,
- pielęgniarki punktu szczepień (ukończony kurs szczepień),
- pielęgniarki higieny szkolnej,
- współpracują: ginekolog, onkolog, psycholog, pielęgniarki środowiskowo–rodzinne, położne środowiskowo–rodzinne.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet lekarski dla osób zdrowych,
- punkt szczepień,
- dostęp do gabinetu zabiegowego,
- gabinety medyczne pielęgniarek higieny szkolnej,
- dostęp do klas lekcyjnych i sal wykładowych w szkołach gimnazjalnych na terenie gminy Polkowice,
- gabinet ginekologiczny,
- gabinet psychologiczny,
- gabinety pielęgniarek i położnych środowiskowo – rodzinnych,
- pomieszczenie do magazynowania odpadów medycznych.

Wypożyczenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie gabinetu lekarskiego,
- standardowe wyposażenie punktu szczepień,
- zestaw do badań lekarskich,
- zestaw do szczepień,
- zestaw p/wstrząsowy,
- sprzęt audiowizualny.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne szacuje, że szczepienia przeciw HPV spowodują zmniejszenie ogólnej liczby zachorowań na raka szyjki macicy od 76 do 96%, w ciągu 15 – 20 lat od rozpoczęcia szczepień.

Edukacja zdrowotna prowadzona w ramach programu zwrócenie szczególnej uwagi na konieczność systematycznych badań cytologicznych, mammograficznych oraz samobadania piersi może przyczynić się do wczesnego wykrywania zachorowań a poprzez to znacznych oszczędności w ochronie zdrowia (np. dzięki ograniczeniu kosztów leczenia).

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- szczepienie p/HPV poprzedzone badaniem lekarskim – 1 dawka – 240 zł.

Działania edukacyjne i promocyjne, w tym:

- ogłoszenia, plakaty, zaproszenia, materiały edukacyjne – zostały wkalkulowane w procedury medyczne.

2. Planowane koszty całkowite – 54 040,00 zł (słownie: pięćdziesiąt cztery tysiące czterdzieści złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo:

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne:

- edukacja i szczepienia przeciw HPV to jedne z najważniejszych form działań w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy,
- brak powszechnej dostępności do szczepionek przeciw zakażeniom HPV z powodu niefinansowania tych szczepień ze środków publicznych,
- systematyczne obejmowanie profilaktyką pierwotną stałej populacji mieszkańców gminy Polkowice.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób, które zostały zaszczepione,
- liczby osób, które wzięły udział w edukacji.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez:

- monitorowanie liczby dziewcząt zaszczepionych,
- ocenę poziomu wiedzy na temat profilaktyki raka szyjki macicy wśród uczestników programu (badania ankietowe).

Załącznik Nr 3 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„SENIOR - POPRAWA ZDROWIA I KOMFORTU ŻYCIA OSÓB STARSZYCH
I NIESAMODZIELNYCH - MIESZKAŃCÓW GMINY POLKOWICE, POPRZECZ
ROZSZERZENIE ZAKRESU DŁUGOTERMINOWEJ OPIEKI DOMOWEJ
I AMBULATORYJNEJ ORAZ INTERWENCJI KRYZYSOWEJ”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Dynamiczne tempo starzenia się społeczeństwa polskiego stanowi jedno z najpoważniejszych wyzwań dla systemu ochrony zdrowia Polaków. Wyraźne zmiany w strukturze populacji polegające na wzroście liczby osób w wieku poprodukcyjnym oraz istotnym wzroście liczby osób w wieku 80+ powodują znaczące zwiększenie zapotrzebowania na opiekę ze strony niesamodzielnych członków społeczności. Jednocześnie polska służba zdrowia nie jest przystosowana do świadczenia usług osobom niesprawnym ruchowo, w tym osobom starszym. Brakuje specjalistów, placówki medyczne odstraszały barierami (architektonicznymi oraz proceduralnymi), system kontraktowania w ramach NFZ nie odpowiada na potrzebę kompleksowego wsparcia pacjentów niesamodzielnych. Niedostosowanie systemowe ogranicza możliwości objęcia właściwą opieką dużej i wciąż rosnącej grupy osób wymagających kontroli stanu zdrowia, dbałości o sprawność fizyczną oraz treningu sprawności psychicznej. W powszechnym podejściu starość czy niepełnosprawność są traktowane – zwłaszcza poza obszarami dużych miast – jako rodzaj nieuleczalnej choroby, z którą po prostu należy się pogodzić. Wraz ze wzrostem populacji seniorów, rośnie zapotrzebowanie na specjalistyczne usługi w zakresie opieki medycznej. Problem dotyczy zarówno możliwości przyjęcia określonej liczby pacjentów w czasie, jak i dostępności do specjalistycznej, kompleksowej formy pomocy osobom starszym i niesamodzielnym. Problemy te dotyczą osób, które ukończyły 60. r. ż., lecz zdecydowanie nasilają się u osób po 80. r. ż. Jednym z problemów dotyczących opieki zdrowotnej ludzi starszych jest wielochorobowość będąca cechą charakterystyczną pacjentów wieku podeszłego. Opieka zdrowotna nad ludźmi starszymi wymaga podejścia holistycznego, tj. obejmującego aspekty zdrowia fizycznego, psychicznego, funkcjonalnego i społeczno-ekonomicznego¹. Takie całościowe podejście jest standardem w geriatricznym wyróżniającym ją spośród innych specjalności medycznych. Wyniki badań prowadzonych już w 2000 r. pod kierunkiem B. Synaka wskazują, że aż 63% badanej grupy seniorów uskarżało się na trzy lub więcej dolegliwości. Byli to głównie mieszkańcy wsi, kobiety i osoby po 75 r. życia². W wieku starszym główne schorzenia stanowią choroby układu kostno-stawowego i układu krążenia oraz typowe zespoły geriatryczne, takie jak zaburzenia równowagi z upadkiem, nietrzymanie moczu, czy zaburzenia pamięci. Równie istotne są problemy psychologiczne, które dotyczą seniorów, w tym depresja, której szczyty zachorowań dla tych pacjentów przypada na 60 rok życia. Związane są one najczęściej z samotnością, ograniczoną samodzielnością oraz obniżeniem funkcji poznawczych. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że problemy zdrowotne dotyczące ludzi starszych bardzo często wymagają długotrwałego leczenia (terapii trwającej dłużej niż 6 miesięcy wymagają schorzenia u ponad 70% pacjentów powyżej 60 r. ż.),³ np. opieki długoterminowej. Jest to pielęgniarska opieka nad obłożnie i przewlekle chorym przebywającym w domu, który ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymaga udzielania systematycznych świadczeń pielęgniarskich.

W związku z ograniczoną dostępnością pacjentów do świadczeń w zakresie medycyny pielęgniarskiej opieki długoterminowej, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, proponowany program polityki zdrowotnej ma na celu uzupełnienie świadczeń, które są zagwarantowane w następujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgniarskich i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2015 r. poz. 1658),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.).

¹ Grodzicki T., Strategia rozwoju systemu opieki geriatrycznej i rozwiązań poprawiających jakość opieki nad osobami starszymi w systemie ochrony Zdrowia, 2007.

² Augustyn M. i wsp. , Opieka długoterminowa w Polsce. Opis, diagnoza, rekomendacje, Warszawa 2010.

2. Epidemiologia

Wraz z wydłużaniem się życia człowieka, związanym z postępowaniem cywilizacyjnym, w społeczeństwie wzrasta liczba osób należących do grup wiekowych 60+ i 80+. W 2030 roku prawie 800 tysięcy Polaków przekroczy 85 lat³, a już w 2020 roku po sześćdziesiątce będzie co czwarty Polak⁴.

Północna część województwa dolnośląskiego, w szczególności powiat polkowicki, należy do najbardziej defaworyzowanych obszarów pod względem dostępności do usług medycznych w Polsce. Wskaźnik liczby ludności przypadającej na 1 zakład opieki zdrowotnej w 2011 roku w powiecie polkowickim był najwyższy w porównaniu do innych części województwa – wynosił (według danych GUS) 5.738 os./1 zakład, przewyższając średnią dla regionu ponad 2,5-krotnie.

Zaznaczyć należy, że odsetek ludzi starszych w populacji gminy Polkowice osiąga obecnie podobny do ogólnopolskiego poziom (ok. 20%), jednak tempo przyrostu liczby osób w wieku 60+ jest od kilku lat wyższe niż ogółem w skali kraju.

Prognozy demograficzne na lata 2015-2050 wskazują na wzrost liczby osób w wieku 60 lat i więcej. Szczególnie wyraźny jest on w przypadku osób w przedziale wiekowym 65-69. Proces starzenia się populacji widoczny jest w całej Unii Europejskiej. Starzenie się ludności musi znaleźć swoje odbicie w zmianie struktury potrzeb zdrowotnych. Analiza powyższej prognozy potwierdza konieczność rozwiązania problemu organizacji opieki zdrowotnej nad ludźmi starszymi.

Tabela nr 1 Liczba mieszkańców powiatu polkowickiego – prognoza na lata 2015-2050 wg pięcioletnich grup wiekowych

	Rok 2015	Rok 2020	Rok 2025	Rok 2030	Rok 2040	Rok 2050
60-64	4 137	4 270	3 714	3 689	4 531	4 211
65-69	3 507	3 818	3 970	3 492	4 038	4 555
70-74	1 654	3 127	3 450	3 624	3 250	4 129
75-79	1 420	1 381	2 644	2 962	2 827	3 427
80-84	983	1 066	1 045	2 030	2 500	2 410

źródło: Bank Danych Lokalnych GUS - opracowanie własne

Dane demograficzne w 2014 r. w gminie Polkowice:

Ludność w wieku:

- przedprodukcyjnym – 5 386 osób,
- produkcyjnym 17 495 osób,
- poprodukcyjnym 4 444 osoby.

Brak jest w Polsce danych statystycznych dotyczących osób przewlekle chorych wymagających długoterminowej opieki pielęgniarstwa. W tej sytuacji można odnieść się do poziomu opieki z ubiegłych lat i kolejki oczekujących. W gminie Polkowice objętych opieką długoterminową w latach 2013 – 2015 było rocznie ok. 70 osób. W ramach NFZ na terenie gminy Polkowice, zamieszkałym przez ok. 30 000 tys. osób, zakontraktowano zaledwie 3 pielęgniarki opieki długoterminowej. Skala potrzeb jest nieporównywalnie większa.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Ogólna liczba beneficjentów programu rocznie to ok. 6.000 (jest to liczba osób po 60 r. ż. zamieszkałych na terenie gminy Polkowice). Z tego zakłada się, że rocznie w programie wezmą udział następujące grupy osób:

- opieka długoterminowa – około 70 pacjentów przewlekle chorych,
- osoby starsze, które ukończyły 60 r. ż. ze szczególnym uwzględnieniem osób z objawami chorób otępiennych oraz problemami wynikającymi z trudności dnia codziennego, w tym związanych z samotnością i niezaradnością wynikającą z wieku starczego – około 120 osób,
- kierowcy po 60. roku życia (w tym rowerzyści), u których zostaną wykonane badania psychotechniczne,

³ Według prognoz GUS

⁴ Zgodnie z raportem przedstawionym przez Europejski Urząd Statystyczny

- interwencja kryzysowa (ostre przejściowe stany chorobowe wymagające pomocy medycznej zwłaszcza pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej, w tym utworzenie i działalność gabinetu kroplówkowego) 600 osób,
- rodziny pacjentów przewlekłe i nieuleczalnie chorych – w razie potrzeby.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie pielęgniarskiej długoterminowej opieki domowej, POZ, poradni rehabilitacyjnej, psychologicznej, logopedycznej oraz na świadczenia w zakresie fizjoterapii.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Powiększająca się w strukturze społeczeństwa grupa ludzi starszych i niesamodzielnych, pozostawiona bez właściwego wsparcia, staje się źródłem obciążeń dla systemu finansowania świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. Ponadto obciążenie niepełnosprawnością osoby starszej lub chorej w domu odczuwa każda rodzina, której problem dotyczy. Zaistnienie konieczności opieki nad niesamodzielnym lub starszym członkiem rodziny budzi przerażenie, które często jest podstawowym powodem umieszczania bliskich w stacjonarnych ośrodkach opiekuńczo-leczniczych. Tymczasem, we właściwych warunkach i przy wsparciu dostępnych służb medycznych, koszt opieki nad pacjentem w domu jest znacznie niższy niż koszt utrzymania starszego, niesamodzielnego pacjenta w takiej placówce. Co więcej, z punktu widzenia terapeutycznego, pozostanie w domu daje znacznie lepsze rokowania dla dobrostanu zdrowia osoby potrzebującej wsparcia niż przeprowadzka do zakładu opiekuńczego. Osoby starsze mogą same sobie pomóc w znacznie większym stopniu, jeśli tylko pomoże im się wyjść z „getta”, w którym same się zamykają, jeśli zadba się kompleksowo o ich sprawność. Obserwowane ograniczenia w świadczeniu tej pomocy (wynikające z opisanych barier infrastrukturalnych, organizacyjnych i proceduralnych) są źródłem nadmiernych obciążeń dla społeczeństwa.
- Z doświadczenia w realizacji programu w zakresie opieki długoterminowej, który był realizowany przez 14 lat na terenie gminy Polkowice wynika, że dostęp do świadczeń w zakresie opieki pielęgniarskiej długoterminowej wzrósł o ok. 20%.
- Opieka domowa istotnie zmniejsza koszty leczenia w porównaniu z leczeniem szpitalnym.
- Rehabilitacja ruchowa osób starszych i niesamodzielnych poprawia ich sprawność ruchową, usuwa lub ogranicza procesy chorobowe, zapobiega nawrotom i postępowaniu chorób, zwalcza ból, zwiększa siłę mięśniową i zakres ruchu, przywraca prawidłowe stereotypy ruchowe, zapobiega niesprawności.
- Rehabilitacja psychologiczna pozwala osobom starszym i niesamodzielnym prawidłowo przeżyć starość, motywować do aktywności intelektualnej, radzić sobie z samotnością i niepełnosprawnością. Poprzez celowe treningi aktywizować potencjał umysłowy.
- Warto wspomnieć, że jednym z celów WHO w ramach polityki prozdrowotnej jest: organizacja opieki w taki sposób, aby zapewnić osobie starszej jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie w środowisku domowym oraz zapobieganie instytucjonalizacji (umieszczaniu w placówkach opiekuńczych) poprzez przeciwdziałanie niepełnosprawności fizycznej i psychicznej.
- Realizacja programu polityki zdrowotnej podniesie poziom bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców gminy Polkowice.
- Zalecenia zawarte w Rekomendacjach Rady Europy z dnia 12 listopada 2003 r. dotyczące organizacji opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy, zobowiązują kraje członkowskie do poprawy w zakresie dostępności i finansowania opieki nad cierpiącymi chorymi u schyłku życia.

II. Cele programu

1. Cel główny:

Poprawa jakości życia osób starszych, niesamodzielnych i ich rodzin.

2. Cele szczegółowe:

- ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług poradniczych, medycznych oraz opiekuńczych,
- zwiększenie skali świadczeń opiekuńczych w domu pacjenta i w przychodni,
- leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych,
- pielęgnacja,
- rehabilitacja ruchowa,
- rehabilitacja psychologiczna,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i niesamodzielności,
- edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników,
- organizacja czasu wolnego – terapia zajęciowa,
- wypożyczanie sprzętu medycznego.

3. Oczekiwane efekty:

- poprawa dostępności do usług zdrowotnych oraz lepsza ich jakość,
- poprawa dostępności do usług pielęgniarstwa długoterminowego,
- ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu i chorobie,
- zmniejszenie kosztów leczenia,
- zapobieganie powikłaniom chorobowym,
- przywrócenie osób starszych i niesamodzielnych do społeczeństwa.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- Liczba osób, które wzięły udział w programie, w tym:
 - a. liczba osób starszych i niesamodzielnych, które skorzystały z programu,
 - b. liczba podopiecznych pielęgniarstwa długoterminowego,
 - c. liczba osób, które skorzystały ze świadczeń w ramach interwencji kryzysowej.
- Liczba udzielonych świadczeń, w tym:
 - a. liczba konsultacji gerontologicznych,
 - b. liczba świadczeń psychologicznych (psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, psychoedukacja, diagnostyka psychologiczna, terapia neuropsychologiczna),
 - c. liczba badań psychotechnicznych kierowców w wieku 60+,
 - d. liczba przeprowadzonych terapii zajęciowych,
 - e. liczba świadczeń rehabilitacyjnych (terapia ruchowa grupowa, terapia ruchowa indywidualna, fala uderzeniowa, masaż, terapia rehabilitacyjna domowa),
 - f. liczba wizyt pielęgniarstwa w przychodni,
 - g. liczba wizyt pielęgniarstwa w domu pacjenta,
 - h. liczba wykonanych wlewów kroplowych,
 - i. Wypożyczalnia sprzętu medycznego – liczba zawartych umów i aneksów.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Ogólna liczba beneficjentów programu rocznie to ok. 6.000 (jest to liczba osób po 60 r. ż. zamieszkałych na terenie gminy Polkowice). Z tego zakłada się, że rocznie w programie wezmą udział następujące grupy osób:

- opieka długoterminowa – około 70 pacjentów przewlekłe chorych,
- osoby starsze, które ukończyły 60 r. ż. ze szczególnym uwzględnieniem osób z objawami chorób otępiennych oraz problemami wynikającymi z trudności dnia codziennego w tym związanych z samotnością i niezaradnością wynikającą z wieku starczego – około 120 osób,
- kierowcy po 60. roku życia (w tym rowerzyści), u których zostaną wykonane badania psychotechniczne – ok. 50 osób,

- pacjenci w ramach interwencji kryzysowej niezależnie od wieku i płci (ostre przejściowe stany chorobowe wymagające pomocy medycznej pielęgniarstwa, lekarskiej, rehabilitacyjnej) - 800 osób,
- rodziny pacjentów przewlekłe i nieuleczalnie chorych – w razie potrzeby.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- ogłoszenie/plakaty w siedzibach organizacji charytatywnych na terenie Polkowic,
- informacje o programie w przychodni lekarskiej,
- plakaty, ulotki informujące o realizacji programu,
- informacja poprzez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- informacja w stowarzyszeniach zrzeszających osoby starsze i chore.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne:

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych,
- realizacja programu:
 - a. Opieka nad Seniorami:
 - prowadzenie gabinetu gerontologicznego (konsultacje gerontologa w tym poradnictwo dla rodzin i opiekunów osób starszych i niesamodzielnych),
 - psychoterapia indywidualna i grupowa,
 - psychoedukacja (treningi autogenne, wykłady),
 - diagnostyka psychologiczna (testy poznawcze, w ramach których będą wykonywane badania psychotechniczne, próby neuropsychologiczne),
 - terapia neuropsychologiczna,
 - „Klub Seniora” – terapia zajęciowa (arteroterapia, muzykoterapia, działalność kulturalno-oświatowa, zajęcia ceramiczne, zajęcia twórcze – manualne),
 - badania psychotechniczne kierowców (w tym rowerzystów) po 60 r. ż. w celu poprawy bezpieczeństwa kierowców i innych użytkowników ruchu,
 - terapia ruchowa,
 - edukacja i poradnictwo zdrowotne,
 - wypożyczanie sprzętu medycznego.
 - b. Pielęgniarska opieka długoterminowa w domu pacjenta:
 - świadczenia pielęgniarstwa,
 - świadczenia rehabilitacyjne,
 - świadczenia psychologiczne,
 - zapobieganie powikłaniom,
 - rehabilitacja zgodnie ze zleceniem lekarza lub mgr fizjoterapii,

- zapewnienie i kierowanie na specjalistyczne konsultacje medyczne,
 - wlewy kroplówkowe zgodnie ze zleceniem lekarskim,
 - zapewnienie zleconych badań,
 - zapewnienie zleconego transportu,
 - zaspokajanie potrzeb psychicznych pacjenta chorego i jego rodziny,
 - pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
 - bezpłatne wypożyczanie sprzętu do pielęgnacji chorego oraz sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej,
 - edukacja i poradnictwo zdrowotne.
- c. Gabinet interwencji kryzysowej (niezależnie od wieku i płci):
- świadczenia pielęgniarские,
 - świadczenia lekarskie,
 - świadczenia rehabilitacyjne,
 - wlewy kroplowe zgodnie ze zleceniem lekarskim,
 - iniekcje, opatrunki.

2. Planowane interwencje:

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników oraz liczba i jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników:

Do programu będą mieli dostęp mieszkańcy gminy Polkowice: osoby po 60 roku życia ze szczególnym uwzględnieniem:

- osób z objawami chorób otępiennych oraz problemami wynikającymi z trudności dnia codziennego, w tym związanych z samotnością i niezaradnością wynikającą z wieku starczego,
- osób przewlekle chorych i niesamodzielnych w ramach pielęgniarской opieki długoterminowej na zasadach przyjęcia i realizacji opieki nad pacjentem zgodnie z wymogami NFZ (nie dotyczy limitowania wizyt personelu medycznego, liczby pacjentów oraz czasu objęcia opieką),
- pacjentów w ramach interwencji kryzysowej niezależnie od wieku i płci (ostre przejściowe stany chorobowe wymagające pomocy medycznej pielęgniarской, lekarskiej, rehabilitacyjnej,
- rodzin pacjentów przewlekle i nieuleczalnie chorych – w razie potrzeby.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Opieka ambulatoryjna nad Seniorami:

Program będzie realizowany codziennie w dni robocze w godz. 8:00 – 15:00, w tym co najmniej 3 godziny dziennie – terapia zajęciowa w godz. 10:00 – 13:00, wypożyczalnia sprzętu medycznego czynna będzie codziennie w dni robocze w godz. 8:00 – 15:00, terapia psychologiczna i neuropsychologiczna oraz poradnictwo psychiatryczne będzie realizowane w terminach uzgodnionych indywidualnie z pacjentem lub jego rodziną. Gabinet gerontologiczny będzie czynny w dni robocze w godz. 8:00 – 15:00.

Pielęgniarская opieka długoterminowa

Świadczenia w zakresie opieki długoterminowej udzielane będą codziennie (w tym w soboty i niedziele) w domu chorego i w przychodni (w dni robocze), w zależności od potrzeb pacjenta.

Gabinet interwencji kryzysowej dla pacjentów niezależnie od wieku i płci

Świadczenia pielęgniarские, lekarskie, rehabilitacyjne (ostre przejściowe stany chorobowe wymagające pomocy medycznej), będą realizowane w przychodni i w domu chorego dni i godziny realizacji świadczeń będą ustalane indywidualnie z pacjentem lub rodziną chorego. Punkt kroplówkowy czynny całą dobę w przychodni. Podłączanie kroplówek w domu pacjenta zgodnie ze zleceniem lekarskim w dniach i godzinach ustalonych indywidualnie z chorym lub jego rodziną.

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W razie potrzeby osoby biorące udział w programie, będą miały dostęp poradni psychologicznej, zdrowia psychicznego, długoterminowej pielęgniarstwa opieki domowej, zabiegów rehabilitacyjnych, lekarzy POZ oraz gabinetu zabiegowego – w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń gwarantowanych przez NFZ.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu:

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- specjalista gerontolog i/lub geriatra,
- terapeuta zajęciowy,
- psycholodzy, psychoterapeuci,
- psychiatra,
- pielęgniarka psychiatryczna,
- pielęgniarki opieki długoterminowej,
- pielęgniarki środowiskowo – rodzinne,
- pielęgniarki punktu kroplówkowego,
- fizjoterapeuci.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

sala terapii zajęciowej - „Klub Seniora”,

- gabinet pielęgniarstwa opieki długoterminowej,
- punkt kroplówkowy,
- sala gimnastyczna,
- gabinety do fizjoterapii,
- gabinet psychologa,
- gabinet psychiatry,
- gabinet gerontologa,
- szatnia dla pacjentów,
- węzły sanitarne.

Wyposażenie w sprzęt:

- przyrządy i zestawy urządzeń wraz z oprogramowaniem oraz przybory do psychoterapii i psychoedukacji, w tym: urządzenie do komputerowego wspomagania chorych z zaburzeniami funkcji poznawczych (typu RehaCom), system treningu koncentracji (typu Play Attention), metronom interaktywny, aparat tzw. krzyżowy do treningu koordynacji wzrokowo – ruchowej, zestaw testów psychologicznych (różne komplety), rzutnik cyfrowy, tablica magnetyczna, audiofoniczny sprzęt nagłaśniający, instrumenty muzyczne do realizacji zajęć muzykoterapii oraz innych form terapii psychologicznej,
- sprzęt, urządzenia, przyrządy na potrzeby wypożyczalni w tym: wózki inwalidzkie, kule łokciowe, temblaki, kołnierze ortopedyczne, inhalatory, materace przeciwoleżynowe pneumatyczne, stoliki przyłóżkowe rehabilitacyjne, krzesła sanitarne, łóżka rehabilitacyjne, rotory kończyn dolnych i górnych, drabinki rehabilitacyjne, balkoniki, podpórki,
- literatura fachowa,
- podręczniki, ćwiczenia i pomoce do rehabilitacji psychologicznej,
- gry planszowe i edukacyjne, stoper,
- telewizor,
- kije do nornic walking,

- sprzęt i urządzenia do kinezyterapii, w tym: platforma wraz z oprogramowaniem do ćwiczeń biologicznego sprzężenia zwrotnego (biofeedback), ergometry treningowe, ergometr eliptyczny z siedziskiem, ergometry eliptyczne – orbitreki, bieżnia z poręczami, poręcz do nauki chodu, zmotoryzowana szyna ruchowa do ćwiczeń kończyn dolnych, przybory do ćwiczeń w tym lustra z poręczami do kontroli i autokontroli postawy, wałki do ćwiczeń, kliny, dysk sensomotoryczny, materace rehabilitacyjne, kostki gimnastyczne,
- aparat do mierzenia ciśnienia,
- standardowe wyposażenie gabinetu kroplówkowego (w tym defibrylator, butla z tlenem, kozetka lekarska, aparat do pomiaru RR, glucometr, taca p/wstrzasowa),
- torby pielęgniarskie z wyposażeniem standardowym.

8. Dowody skuteczności planowanych działań:

Aktualne normy prawne i zasady odnoszące się do ochrony zdrowia ludzi starych w Polsce:

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483) w Rozdz. II. określa wolności, prawa i obowiązki człowieka i obywatela, w tym dotyczące dostępu do opieki zdrowotnej,
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016, poz. 186 ze zm.) jest podstawowym aktem prawnym w odniesieniu do praw pacjentów w starszym wieku,
- Rekomendacja CM/Rec (2014) Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich w sprawie promocji praw osób starszych.
- Rekomendacja Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Opieka nad seniorami:

- konsultacja gerontologiczna w przychodni – 60,00 zł,
- konsultacja gerontologiczna w domu pacjenta – 80,00 zł,
- konsultacja lekarska psychiatryczna w przychodni – 120,00 zł,
- konsultacja lekarska psychiatryczna w domu pacjenta – 140,00 zł,
- konsultacja lekarska internistyczna w przychodni – 100,00 zł,
- konsultacja lekarska internistyczna w domu pacjenta – 130,00 zł,
- psychoterapia indywidualna – 110,00 zł,
- psychoterapia grupowa – 160,00 zł,
- psychoedukacja – 110,00,
- diagnostyka psychologiczna – 120,00 zł,
- terapia neuropsychologiczna – 110,00 zł,
- badanie psychotechniczne kierowców w wieku 60+ - 150,00 zł,
- terapia zajęciowa – 150,00 zł,
- terapia ruchowa grupowa – 100,00 zł,
- terapia ruchowa indywidualna – 90,00 zł,
- fala uderzeniowa – bezpłatnie,
- wypożyczalnia sprzętu medycznego – bezpłatnie.

Pielęgniarska opieka długoterminowa w domu pacjenta:

- konsultacja lekarska internistyczna w przychodni – 100,00 zł,
- konsultacja lekarska internistyczna w domu pacjenta – 130,00 zł,
- rehabilitacja w domu pacjenta – 130,00 zł,
- rehabilitacja ambulatoryjna – 90,00 zł,
- masaż suchy – 90,00 zł,
- konsultacja pielęgniarska w przychodni – 40,00 zł,
- konsultacja pielęgniarska w domu pacjenta – 55,00 zł,
- podłączenie kroplówki – 37,00.

Gabinet interwencji kryzysowej (niezależnie od wieku i płci):

- konsultacja lekarska internistyczna w przychodni – 100,00 zł,
- konsultacja lekarska internistyczna w domu pacjenta – 130,00 zł,
- rehabilitacja w domu pacjenta – 130,00 zł,
- rehabilitacja ambulatoryjna – 90,00 zł,
- konsultacja i zabiegi pielęgniarstwa w przychodni – 40,00 zł,
- konsultacja i zabiegi pielęgniarstwa w domu pacjenta – 55,00 zł,
- podłączenie kroplówki – 37,00.

Działania edukacyjne:

- pogadanki z pacjentami, rozmowy indywidualne – bezpłatnie,
- wykłady dla seniorów specjalistów z różnych dziedzin - dietetyk, psycholog, rehabilitant i inne – 250,00 zł/wykład,
- pokazy np. prawidłowej pielęgnacji pacjenta - bezpłatnie.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 400 000,00 zł (słownie: czterysta tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne:

- program jest adresowany do grup społeczeństwa w sposób szczególnie odczuwających brak dostosowania oferty usług do problemów starzejącego się społeczeństwa oraz brak kompleksowości usług oferowanych przez placówki ochrony zdrowia. Realizacja zadań programowych spowoduje ułatwienie dostępu do specjalistycznych usług. Skorzystać z nich będą mogli mieszkańcy gminy Polkowice, dla których dostęp do takich świadczeń jest obecnie utrudniony. Ponadto dzięki licznym działaniom edukacyjnym zwiększony zostanie dostęp do usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta. Program przyczyni się zarówno do poprawy dostępności, jak i do poprawy jakości świadczonych na rzecz pacjentów usług,
- program przyczyni się do walki z wykluczeniem społecznym wskutek ułatwienia dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej,
- zadania programowe i ich realizacja spowodują zwiększenie dostępu do specjalistów bez konieczności uzyskania skierowania w ramach systemu NFZ, co stwarza realne możliwości poprawy jakości życia osób starszych niesamodzielnych,
- program nakierowany jest na dostosowanie profilu usług medycznych do zmian demograficznych w starzejącym się społeczeństwie,
- opieka domowa istotnie zmniejsza koszty leczenia w porównaniu z leczeniem szpitalnym.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie liczby osób biorących udział w programie:

- liczby osób po 60 roku życia ze szczególnym uwzględnieniem osób z objawami chorób ośpennych oraz problemami wynikającymi z trudności dnia codziennego w tym związanych z samotnością i niezaradnością wynikającą z wieku starczego,

- liczby osób objętych pielęgniarską opieką długoterminową,
- liczby osób objętych interwencją kryzysową (ostre przejściowe stany chorobowe wymagające pomocy medycznej zwłaszcza pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej).

2. Ocena jakości świadczeń w programie:

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu:

Ocena efektywności programu będzie następowała na podstawie liczby udzielonych świadczeń w tym:

- liczby świadczeń w ramach opieki nad seniorami i osobami niesamodzielnymi,
- liczby świadczeń pielęgniarskiej opieki długoterminowej,
- liczby świadczeń pielęgniarskich w ramach interwencji kryzysowej.

Załącznik Nr 4 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„MALUCH - EDUKACJA PRZEDPORODOWA W SZKOLE RODZENIA, WCZESNE
WYKRYWANIE ZABURZEŃ OŚRODKOWEJ KOORDYNACJI NERWOWEJ U DZIECI
ORAZ TERAPIA DZIECI Z ZABURZENIAMI ROZWOJOWYMI”**



PANEL I „Szkoła Rodzenia”

I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Przebieg ciąży, urodzenie zdrowego, donoszonego noworodka, a także jego dalszy prawidłowy rozwój psychiczny i somatyczny zależy od zdrowia matki, i to zarówno przed zajściem w ciążę, jak w czasie ciąży i porodu. Lekarze zgodnie podkreślają, że regularne badania ginekologiczne i laboratoryjne są podstawą właściwej opieki medycznej nad przyszłą matką i jej intensywnie rozwijającego się dziecka. Około 25% przyszłych matek pojawia się u lekarza rzadziej niż 5 razy w czasie trwania ciąży. Pierwsze badanie często odkładają do 5 miesiąca ciąży. Inne wykonują nadmiernie badania, najczęściej zbyt wcześnie i za często wykonują badanie USG. Doskonalenie standardów opieki nad kobietą ciężarną pozwala na zmniejszenie częstości zachorowań i zgonów matek, umieralności okołoporodowej, obniżenie odsetka porodów przedwczesnych i urodzeń noworodków o małej masie urodzeniowej.

2. Epidemiologia

Według informacji GUS umieralność niemowląt (współczynnik wyrażający liczbę zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych) wyniósł 5,6‰. W ogólnej liczbie zmarłych niemowląt ponad 70% umiera przed ukończeniem pierwszego miesiąca życia (w okresie noworodkowym), w tym ok. połowa w okresie pierwszego tygodnia życia. Przyczyną ponad połowy zgonów niemowląt są choroby i stany okresu okołoporodowego, czyli powstałe podczas trwania ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka, kolejną 1/3 zgonów stanowią wady rozwojowe, a pozostałe są powodowane chorobami nabytymi w okresie niemowlęcym lub urazami.

Ogólny współczynnik zgonów niemowląt, także współczynnik umieralności okołoporodowej (urodzone martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1000 urodzeń żywych i martwych) wynosi 7,6‰, zaś na początku stulecia wynosił prawie 10‰. Z danych Instytutu Matki i Dziecka oraz GUS wynika, że w Polsce odsetek przedwczesnych urodzeń stanowi 6%. Wczesniactwo jest główną przyczyną zgonów noworodków, tj. 85% zgonów noworodków w okresie okołoporodowym, 30% dzieci urodzonych przed 29 tygodniem ciąży, które przeżyją wykazują duże zaburzenia rozwojowe dotyczące zmysłów, ośrodkowego układu nerwowego czy układu oddechowego.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Dostęp do programu będą miały wszystkie kobiety ciężarne (oraz ich partnerzy) zamieszkałe na terenie gminy Polkowice. Ocenia się, że kobiet ciężarnych będzie ok. 200, z tego do Szkoły Rodzenia zgłosi się ok. 20%, tj. 40 ciężarnych + ich partnerzy (liczba wynika z doświadczenia z realizacji zadania w poprzednich latach). Dostęp do punktu laktacyjnego będą miały wszystkie kobiety ciężarne i matki karmiące, mieszkanki gminy Polkowice, ogółem ok. 100 osób (liczba wynika z doświadczenia z realizacji zadania w poprzednich latach).

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie poradni ginekologiczno-położniczej oraz na położnych środowiskowo-rodzinnych.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Duży wpływ na przebieg ciąży i porodu ma szkolenie przedporodowe, z którego można skorzystać w szkole rodzenia. Szkoła rodzenia uczy kobietę, jak powinna przygotować się do porodu, jak przeżywać poród w sposób pozytywny i najmniej szkodliwy dla niej i dziecka. Edukacja przedporodowa jest ważna dla obojga rodziców.

Z badań w Instytucie Matki i Dziecka wynika, że wśród kobiet, które ukończyły szkołę rodzenia 90% miało prawidłowy przebieg ciąży, a 79% zdecydowało się na poród rodzinny. Punkt laktacyjny będzie propagował karmienie piersią. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne rekomenduje Szkoły Rodzenia.

II. Cele programu

1. Cel główny

Przygotowanie ciężarnej i jej partnera do porodu i opieki nad dzieckiem. Promowanie karmienia piersią.

2. Cele szczegółowe programu

- edukacja w zakresie prozdrowotnego stylu życia kobiety,
- poradnictwo w zakresie higieny odżywiania w okresie ciąży i porodu,
- poradnictwo w zakresie pielęgnacji i żywienia noworodka,
- poradnictwo laktacyjne i promowanie karmienia piersią,
- kształtowanie postaw rodzicielskich,
- edukacja w zakresie szczepień ochronnych,
- prowadzenie samoobserwacji oraz podejmowanie działań w celu wczesnego wykrywania i likwidacji czynników ryzyka okołoporodowego.

3. Oczekiwane efekty

- przygotowanie ciężarnej i jej partnera do porodu takiego, który nie będzie kojarzył się z bólem i stresem,
- edukacja przyszłych rodziców w zakresie porodu, porodu i opieki nad noworodkiem,
- zwiększenie odsetka porodów naturalnych,
- zmniejszenie ryzyka powikłań poporodowych,
- zwiększenie ilości porodów rodzinnych,
- propagowanie karmienia piersią.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Liczba kobiet ciężarnych, które wzięły udział w szkole rodzenia oraz ich partnerów.
- Liczba kobiet, które skorzystały z punktu laktacyjnego.
- Ankieta monitorująca poziom wiedzy na temat porodu i opieki nad noworodkiem .

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Dostęp do programu będą miały wszystkie kobiety ciężarne (oraz ich partnerzy) zamieszkałe na terenie gminy Polkowice. Ocenia się, że kobiet ciężarnych będzie ok. 200, z tego do Szkoły Rodzenia zgłosi się ok. 20%, tj. 40 ciężarnych + ich partnerzy (liczba wynika z doświadczenia z realizacji zadania w poprzednich latach). Dostęp do punktu laktacyjnego będą miały wszystkie kobiety ciężarne i matki karmiące, mieszkanki gminy Polkowice, ogółem 100 osób (liczba wynika z doświadczenia z realizacji zadania w poprzednich latach).

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskanej wieloma kanałami:

- rozmowy indywidualne,
- ogłoszenia/plakaty w Przychodni,
- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- ogłoszenia/plakaty w Urzędzie Gminy Polkowice,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w TV Polkowice,
- informacja w mediach (minimum 1 artykuł i/lub wywiad),
- informacja w mediach społecznościowych,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja graficzna o realizacji programu opatrzona logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej,
- ogłoszenia w sołectwach,
- ogłoszenia i zaproszenia kobiet poprzez położne i pielęgniarki środowiskowo-rodzinne.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa, pracownicy przychodni),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury.
- realizacja programu:
 - a. kwalifikacja do zajęć: badanie przez położną, przedstawienie przez ciężarną zaświadczenia od lekarza ginekologa kwalifikacji do zajęć,
 - b. zajęcia z położną: gimnastyka oddechowa, gimnastyka ogólna dla ciężarnych, relaksacja,
 - c. wykłady, prelekcje oraz pokazy o następującej tematyce: znaczenie szkoły rodzenia, poród fizjologiczny, odżywianie w czasie ciąży, kiedy zgłaszać się do porodu – przyjęcie do szpitala, poród i połóg – co zabrać ze sobą do szpitala, karmienie piersią, karmienie sztuczne, wyprawka noworodka, kąpiel noworodka, pielęgnacja pępka,
 - d. wykłady z udziałem psychologa: przygotowanie rodziców do przyjęcia dziecka – nowe zadania nowe role, rewolucja w systemie rodzinnym, emocjonalny i społeczny rozwój dziecka od pierwszych chwil. Relacja rodzice – dziecko jako kluczowa w budowaniu podstaw zdrowia psychicznego, wspieranie rozwoju neuropsychologicznego dziecka – wczesna profilaktyka zaburzeń rozwojowych, jak nie wychować małego tyrana – garść wskazówek dla młodych rodziców,
 - e. wykłady z udziałem lekarza neonatologa: postępowanie z noworodkiem, stany przejściowe u noworodka, zaburzenia u noworodka – sposoby obserwacji i postępowanie, kalendarz szczepień, ocena noworodka wg. punktacji Apgar, odruchy fizjologiczne,
 - f. zajęcia z udziałem fizjoterapeuty: pokaz pozycji złożeniowej w rogalu, instruktaż sposobu noszenia dziecka i pielęgnacji, masaż Shantala, poznawanie świata za pomocą zmysłów, trening Schultza, oszczędzamy kręgosłup, masaż kręgosłupa w I okresie porodu,
 - g. prowadzenie punktu laktacyjnego: technika karmienia piersią, mechanizm ssania i reakcje odruchowe, zachowania dziecka przy piersi, problemy z pokarmem, problemy dotyczące brodawek, problemy dotyczące gruczołu piersiowego, odciąganie mleka kobiecego podczas laktacji, problemy z ilością pokarmu, przechowywanie odciągniętego mleka, inne.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Dostęp do programu będzie bezpłatny. Programem objętych zostanie grupa ciężarnych, zamieszkałych na terenie gminy Polkowice oraz ich partnerzy, a także matki karmiące piersią. Przed udziałem w szkole rodzenia, każda uczestniczka dostarczy zaświadczenie kwalifikujące do udziału w niej, wystawione przez lekarza ginekologa.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Zajęcia będą odbywały się 2 x w tygodniu z przerwą urlopową 1 miesięczną (w okresie lipiec – sierpień). W zajęciach wezmą udział ciężarne z osobami towarzyszącymi. W trakcie zajęć, poza położną, będą odbywały się również spotkania z neonatologiem, fizjoterapeutą i psychologiem.

Punkt laktacyjny będzie prowadzony przez wykwalifikowane położne 1x w tygodniu w godzinach popołudniowych.

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Kobiety ciężarne, które będą miały problemy zdrowotne związane z przebiegiem ciąży będą mogły korzystać w ramach ubezpieczenia zdrowotnego z porad lekarzy poradni K w przychodni na terenie gminy Polkowice, która posiada kontrakt z NFZ.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- położne – ukończony kurs szkoły rodzenia,
- położne ukończony kurs samobadania piersi,
- lekarze ginekolodzy/położnicy,
- lekarz neonatolog,
- psycholog,
- fizjoterapeuta,
- położne poradni K,
- położne i pielęgniarki środowiskowo-rodzinne,
- współpracują: lekarze POZ, rejestratorzy, koordynator programu, informatyk.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety lekarskie (por. K, neonatologiczna),
- gabinety położnej,
- sala wykładowa,
- sala ćwiczeń,
- gabinet laktacyjny.

Wypożyczenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie gabinetów lekarskich,
- standardowe wyposażenie gabinetu położnej,
- zestaw do badań lekarskich,
- waga elektroniczna,
- aparat RR,
- miara,
- stół do badania niemowląt,
- waga dla niemowląt,
- fotel do karmienia,
- termometry,
- lampy bakteriobójcze,
- elektryczny odciągacz pokarmu,
- akcesoria do karmienia alternatywnego,
- naczynia do dezynfekcji sprzętu,
- materace, wałki, drabinki, ławeczki gimnastyczne, zestaw do pielęgnacji niemowlęcia, sprzęt audiowizualny, filmy edukacyjne.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- Nie ma twardych dowodów, że Szkoła Rodzenia wpływa bezpośrednio na pozytywny, obserwowany nieprzerwanie trend malejącej umieralności okołoporodowej. Jednakże zadania Szkoły Rodzenia, obserwacja przez wykwalifikowaną kadrę medyczną przebiegu ciąży, ma wpływ na tę tendencję. Prowadzona edukacja oraz ćwiczenia pozwalają na dobre przygotowanie przyszłych rodziców do porodu i opieki nad noworodkiem.
- Z badań w Instytucie Matki i Dziecka wynika, że wśród kobiet, które ukończyły szkołę rodzenia 90% miało prawidłowy przebieg ciąży, a 79% zdecydowało się na poród rodzinny.

- Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469) określił priorytety zdrowotne, do których należy „poprawa jakości skuteczności opieki okołoporodowej oraz opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3”.
- Polskie Towarzystwo Konsultantów i Doradców Laktacyjnych zaleca prowadzenie doradztwa laktacyjnego.
- Szkoła Rodzenia była prowadzona dla kobiet ciężarnych i ich partnerów zamieszkałych na terenie gminy Polkowice w latach 2006 – 2018. W programie wzięło udział corocznie ok. 25% ogółu kobiet ciężarnych.
- Podobne programy są realizowane przez jednostki samorządowe na terenie całej Polski.

V. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby kobiet ciężarnych, które zgłosiły się do Szkoły Rodzenia,
- liczby kobiet, które skorzystały z porad punktu laktacyjnego.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie:

- liczby kobiet, które skorzystały z zajęć w Szkole Rodzenia,
- liczby kobiet które skorzystały z porad punktu laktacyjnego.

PANEL II „Wczesne wykrywanie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej u dzieci oraz terapia dzieci z zaburzeniami rozwojowymi”

I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Niepełnosprawność staje się problemem coraz większej liczby osób, zwłaszcza w związku z postępem medycyny, bioinżynierii i techniki, który przyczynił się do olbrzymich osiągnięć w zakresie ratowania i utrzymywania przy życiu. Niepełnosprawność u dzieci to najczęściej:

- zaburzenia ośrodkowej koordynacji nerwowej - to zbiorcze określenie dla różnego typu nieprawidłowości w zachowaniu czyli motoryce spontanicznej a także reakcjach posturalnych i odruchowych,
- zaburzenia integracji sensorycznej prowadzą do różnych trudności, które objawiają się na poziomie zaburzeń zachowania, kontaktów społecznych, zdolności uczenia się,
- mózgowie porażenie dziecięce określa różnorodne zaburzenia ruchu i postawy, wynikające z trwałego uszkodzenia mózgu,
- autyzm – to całościowe zaburzenie rozwoju, w którym istotną rolę odgrywa funkcjonowanie mózgu.

Do typowych zaburzeń należą problemy z komunikacją uczuć i związkami społecznymi. Zespół Aspergera uznawany jest za lekką odmianę autyzmu. Autyzm występuje u 5,6 na 10000 osób,

- zespół Downa to zespół wad wrodzonych spowodowanych obecnością dodatkowego chromosomu 21. Zaburzenia rozwojowe manifestują się głównie jako skłonność do zawężonego myślenia, naiwności. Częstość występowania zespołu Downa szacuje się na 1 przypadek na 800 – 1000 żywych urodzeń.

Realizując zadania programowe mamy na celu wykonanie badań przesiewowych pod kątem zaburzeń psychomotorycznych, badania zostaną przeprowadzone u wszystkich nowo narodzonych dzieci w gminie Polkowice. W przypadku stwierdzenia zaburzeń proponujemy proces terapeutyczny.

2. Epidemiologia

Statystyki Światowej Organizacji Zdrowia podają narastającą liczbę osób niepełnosprawnych, która w ciągu 30 lat zwiększyła się do 18% całej populacji ludzkiej, czyli co piąty mieszkaniec naszego globu jest w mniejszym lub większym stopniu osobą niepełnosprawną. GUS podaje, że w Polsce osoby niepełnosprawne stanowią 16% ogółu populacji. W 2011 r. liczba niepełnosprawnych dzieci w wieku 0-15 lat wyniosła 184,8 tys. i stanowiły one 3,0% ogółu dzieci w tym wieku; udział chłopców był większy i wynosił 3,4%, a dziewczynek – 2,4%. Jak wspomniano wcześniej, wśród dzieci niepełnosprawnych przeważają chłopcy (110 tys.), nad dziewczynkami (75 tys.) – podobnie jak wśród ogółu dzieci w tym wieku. Jednakże struktura według płci dzieci niepełnosprawnych jest bardziej zróżnicowana – chłopcy z ograniczoną sprawnością stanowili blisko 60% zbiorowości, natomiast dziewczynki nieco ponad 40% (wśród ogółu dzieci w wieku 0-15 lat – chłopcy to nieco ponad 51%, dziewczynki blisko 49%). Kolejnym czynnikiem różnicującym zbiorowość dzieci niepełnosprawne jest wiek – im starsze dzieci tym wyższy jest dla nich odsetek niepełnosprawnych. I tak - do drugiego roku życia odsetek ten wynosi poniżej 2%, dla 3-5-latków waha się pomiędzy 2,1% a 2,8%, natomiast wśród dzieci powyżej 6 roku życia kształtuje się na poziomie od 3,0% do 3,8%. Należy podkreślić, że wśród niepełnosprawnych dzieci są takie, które mimo prawnego orzeczenia o niepełnosprawności, nie posiadały - według deklaracji rodziców - schorzenia, powodującego ograniczenia w ich codziennym funkcjonowaniu (stanowiły one prawie 14% ogółu dzieci niepełnosprawnych). Zdecydowana jednak większość (159,4 tys., tj. 86%) doświadcza utrudnień w wykonywaniu codziennych obowiązków. Wśród nich najwięcej, bo ponad 73%, odczuwało ograniczenia niepełnosprawności w umiarkowanym stopniu. Znacznie mniej (ponad 17%) było wskazań na poważne ograniczenia w wykonywaniu codziennych czynności, natomiast 9,4% dzieci ma ograniczenia sprawności określane jako całkowite. Jednocześnie nie występuje znaczne zróżnicowanie pod względem stopnia ograniczenia sprawności ze względu na płeć, czy miejsce zamieszkania dzieci. Występowanie niepełnosprawności wśród dzieci jest istotnie zróżnicowane terytorialnie. Najwyższy odsetek dzieci niepełnosprawnych w stosunku do ogółu dzieci w wieku 0- 15 lat w danym województwie notuje się w województwach: lubuskim i warmińsko-mazurskim (po ok. 4,3%), a także kujawsko-pomorskim (4,1%), najmniejszy odsetek dzieci niepełnosprawnych jest charakterystyczny dla województw: małopolskiego (2%), podlaskiego i mazowieckiego (po 2,3%). Dla przypomnienia wskaźnik ogólnopolski wynosi 3%.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Dostęp do programu będą miały dzieci, mieszkańcy gminy Polkowice i ich rodzice lub opiekunowie:

- w zakresie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej - dzieci w wieku 0 – 1 r. ż., tj. ok. 200 dzieci,
- w zakresie terapii SI – dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej zakwalifikowane przez psychologa, tj. ok. 70 dzieci,
- w zakresie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym, ok. 40 dzieci,
- w zakresie terapii grupowej „Świetlica Terapeutyczna” dla dzieci z zaburzeniami rozwojowym typu: autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia SI – ok. 20 dzieci.

Powyżej podana populacja wynika z doświadczenia w realizacji programu w latach 2003 – 2018.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na terenie gminy Polkowice działa Stowarzyszenie Dzieci Specjalnej Troski „Radosne Serca”. Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie POZ, rehabilitacji, poradni logopedycznej i psychologicznej.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Opieka nad dzieckiem zdrowym od 0 do 1 roku życia w zakresie profilaktyki zaburzeń koordynacji nerwowej:

- wczesna diagnostyka pozwala na szybkie wykrycie zaburzeń rozwojowych i w razie potrzeby skierowanie dziecka na terapię,

- profilaktycznym badaniem dzieci, będzie zajmował się zespół specjalistów (lekarz neonatolog oraz fizjoterapeuta),
- ćwiczenia ogólnokondycyjne dzieci zdrowych prowadzone przez rehabilitanta, (które obserwują rodzice) są elementem szeroko pojętej profilaktyki zaburzeń koordynacji nerwowej,
- dzieci ze zdiagnozowanymi dysfunkcjami będą objęte opieką specjalistyczną i/lub leczeniem.

Dzieci z zaburzeniami z zaburzeniami rozwojowym typu: autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia SI – „Świetlica Terapeutyczna” - terapia grupowa:

- rozwój psychiczny dziecka jest długotrwałym procesem uwarunkowanym biologicznie i społecznie. Jego efektem są ilościowe i jakościowe zmiany zachodzące w całokształcie psychiki dziecka,
- wszelkie zaburzenia rozwoju psychoruchowego mogą doprowadzić do zaburzeń i opóźnić lub upośledzać rozwój innych funkcji psychomotorycznych. Zależność ta sprawia, że zaburzenia rozwoju psychoruchowego dziecka należy rozpatrywać na tle jego ogólnego rozwoju,
- rozwój psychoruchowy dziecka ocenia psycholog. Ponieważ u każdego dziecka tempo i rytm rozwoju noszą cechy indywidualne, dlatego też nie wszystkie odchylenia od normy można traktować jako zaburzenia. Terapie dzieci z zaburzeniami rozwojowymi będzie prowadzić psycholog i terapeuta zajęciowy.

Dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym – terapia indywidualna:

- terapia ma na celu przystosowanie chorego dziecka do życia z zaistniałą dysfunkcją, a ściślej doprowadzenie do maksymalnej samowystarczalności pomimo tej dysfunkcji,
- przywrócenie dziecku możliwości kontaktowania się z otoczeniem. Usunięcie przeszkód natury emocjonalno-motywacyjnej blokujących naturalny proces nabywania kompetencji rozwojowej przez dzieci z zaburzeniami. Zaktywizowanie sił psychicznych dziecka, od których zależy dynamika jego rozwoju psychoruchowego.

Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej:

- zwalczanie nieprawidłowości funkcjonowania układów sensorycznych jest etapem terapii dzieci objętych opieką psychologiczną, u których stwierdzono różnego rodzaju zaburzenia w rozwoju podczas realizacji świadczeń w zakresie profilaktyki zaburzeń koordynacji nerwowej dla dzieci od 0 do 1 r. ż. u uczestników terapii grupowej oraz innych dzieci z zaburzeniami skierowanych przez psychologa. Wprowadzanie nowatorskich metod pomocy tej grupie dzieci jest bardzo uzasadnione,
- świat odbieramy za pomocą zmysłów. Bodźce płynące ze świata zewnętrznego są odbierane i przekazywane do odpowiednich części układu nerwowego, który z kolei ma za zadanie je zinterpretować i odpowiedzieć na nie. Właściwe działanie tego układu na każdym etapie, określamy integracją sensoryczną,
- każdy z nas jest świadomy posiadania zmysłu dotyku, smaku, wzroku i słuchu. Nie każdy z nas uświadamia sobie jednak, że posiadamy jeszcze dwa inne zmysły, uznawane razem ze zmysłem dotyku za podstawowe. Jest to zmysł równowagi i czucia głębokiego,
- zmysł równowagi (przedsionkowy) wykształca się dobrze już w życiu płodowym. Odpowiedzialny jest za utrzymanie równowagi, świadomość pozycji ciała, ruchu gałek ocznych, głowy i ciała,
- czucie głębokie (propriocepcja) to odbieranie informacji płynących z mięśni i ścięgien. Układ ten odpowiada za precyzyjne ruchy, właściwe napięcie mięśniowe,
- układ przedsionkowy, proprioceptywny i dotykowy to trzy podstawowe układy sensoryczne. Ściśle współpracują ze sobą oraz z innymi układami sensorycznymi – słuchem, wzrokiem. Praca tych wszystkich układów połączonych skomplikowanym układem zależności, stanowi o naszym prawidłowym funkcjonowaniu w środowisku. Dzięki ich właściwie połączonej pracy jesteśmy w stanie odpowiednio odbierać bodźce, przetwarzać je i na nie odpowiadać,
- nieprawidłowości w funkcjonowaniu któregoś z układów sensorycznych mogą skutkować następującymi zaburzeniami: nieprawidłowym napięciem mięśniowym, problemami z koncentracją uwagi, zbyt dużą ruchliwością, niezgrabnością ruchową, problemami

z opanowaniem nowych umiejętności ruchowych, takich jak jazda na rowerze, problemami w czynnościach precyzyjnych takich jak pisanie, cięcie, rysowanie, nawlekane, problemami z opanowaniem umiejętności czytania i pisania, nadwrażliwością na dotyk manifestującą się unikaniem niektórych ubrań, zabaw w piasku, zabaw plasteliną, unikaniem huśtawek, zjeżdżalni, karuzeli lub nadmiernym poszukiwaniem tego typu zabaw, unikaniem miejsc zatłoczonych, nadwrażliwością na hałas, unikaniem niektórych smaków, unikaniem obcinania włosów, paznokci, nadwrażliwością na światło.

Rodzice i opiekunowie dzieci:

- instruktaż, dostarczenie materiałów edukacyjnych, oświatowych,
- podtrzymywanie psychiczne w sytuacji przeżywania szoku, poczucia straty, długotrwałego stresu z powodu urodzenia dziecka określanego jako niepełnosprawne,
- pomoc w tworzeniu warunków w tworzeniu więzi emocjonalnej między dzieckiem a rodzicem,
- pomoc rodzicom w budowaniu realistycznych oczekiwań w stosunku do rozwoju dziecka, zgodnych z jego możliwościami i etapem na jakim się znajduje,
- pomoc rodzicom w osiągnięciu poczucia kompetencji rodzicielskich i satysfakcji w procesie wychowania.

II. Cele programu

1. Cel główny

Dążenie do prawidłowego rozwoju dzieci i pomoc rodzicom poprzez rehabilitację medyczną oraz działania terapeutyczne prowadzące do zmniejszenia skutków niepełnosprawności.

2. Cele szczegółowe programu:

- stymulacja prawidłowego odbioru bodźców zewnętrznych,
- przywracanie sprawności ruchowej, psychologicznej i psychomotorycznej dzieci,
- poprawa dostępności do usług rehabilitacyjnych,
- poprawa dostępności do usług psychologicznych,
- edukacja rodziców,
- wykrycie wszelkich nieprawidłowości związanych z zaburzeniami układu nerwowego i ruchu u niemowląt,
- usunięcie przeszkód natury emocjonalno – motywacyjnej blokujących naturalny proces nabywania kompetencji językowej przez dzieci z zaburzeniami rozwojowymi,
- zaktywizowanie sił psychicznych dziecka, od których zależy dynamika jego rozwoju słowno–intelektualnego,
- doprowadzenie do utrwalenia się takiego typu motywacji, od którego zależy dalsza praca nad sobą,
- edukacja rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji i zabawy z dziećmi.

3. Oczekiwane efekty

- wczesne wykrycie zaburzeń rozwojowych u dzieci,
- wczesnie podjęta terapia w przypadku zaburzeń rozwojowych,
- uzyskanie maksymalnej samowystarczalności pomimo zaistniałej dysfunkcji,
- edukacja rodziców.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Liczba dzieci, które wzięły udział w programie, w tym:

- liczba dzieci z wykrytymi zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej,
- liczba dzieci z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym,
- liczba dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej,
- liczba dzieci, które skorzystały z zajęć w „Świetlicy Terapeutycznej”.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Dostęp do programu będą miały dzieci, mieszkańcy gminy Polkowice i ich rodzice lub opiekunowie:

- w zakresie badań przesiewowych w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej - dzieci w wieku 0 – 1 r. ż., tj. ok. 200 dzieci,
- w zakresie terapii SI – dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej zakwalifikowane przez psychologa, tj. ok. 70 dzieci,
- w zakresie zaburzeń ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym – dzieci z tego rodzaju zaburzeniami, ok. 40 dzieci,
- w zakresie terapii grupowej „Świetlica Terapeutyczna” dla dzieci z zaburzeniami rozwojowym typu: autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia SI – dzieci z tego rodzaju zaburzeniami, ok. 20 dzieci.

Powyżej podana populacja wynika z doświadczenia w realizacji programu w latach 2003 – 2018.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w TV Polkowice,
- informacja w mediach społecznościowych,
- informowanie rodziców przez lekarzy pediatrów, położne i pielęgniarki środowiskowo–rodzinne, psychologów w ośrodkach zdrowia na terenie gminy Polkowice,
- zaproszenia do uczestnictwa w programie dostarczane rodzicom dzieci do 1 r. ż. przez położne środowiskowo–rodzinne,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej (minimum 1 wywiad),
- rozmowy indywidualne.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury.
- realizacja programu:
 - a. badania przesiewowe w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej - od 0 do 1 roku życia,
 - b. badanie lekarskie,
 - c. ćwiczenia indywidualne wg metod NDT Bobath, FITS oraz instruktaż dla każdego opiekuna dziecka.
 - d. terapia grupowa dla dzieci „Świetlica Terapeutyczna” dla dzieci z zaburzeniami rozwojowym typu autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia SI, tj. świadczenia terapeutyczne grupowe prowadzone przez psychologa i terapeutę zajęciowego, świadczenia terapeutyczne indywidualne prowadzone przez logopedę i psychologa,
 - e. dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym - rehabilitacja ruchowa indywidualna wg metod NDT Bobath, FITS,
 - f. dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej - psycholog (2 konsultacje – dla każdego dziecka, na początku i na końcu terapii), terapia indywidualna prowadzona przez rehabilitanta.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej – do programu będą miały dostęp wszystkie dzieci, mieszkańcy gminy Polkowice w wieku od 0 do 1 r. ż.
- Dostęp do programu w ramach zajęć „Świetlica Terapeutyczna” będą miały dzieci z rozpoznany autyzmem, zespołem Aspergera, zespołem Downa, zaburzeniami SI (z przewagą zaburzeń w zachowaniu społecznym) – kwalifikacji na zajęcia grupowe dokonuje psycholog.
- Dostęp do programu będą miały dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym, zakwalifikowane podczas badań w programie „MALUCH”.
- Dostęp do programu będą miały dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej zakwalifikowane przez psychologa.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Badania przesiewowe w kierunku zaburzeń koordynacji nerwowej - od 0 do 1 roku życia:

- badania lekarskie 1 raz każdego dziecka, w razie potrzeby więcej (potrzebę określa lekarz),
- ćwiczenia ogólnokondycyjne indywidualne/konsultacje rehabilitacyjne z instruktorem dla każdego dziecka,
- edukacja rodziców w zakresie opieki, pielęgnacji, zabawy z dziećmi.

Terapia grupowa „Świetlica Terapeutyczna” dla dzieci z zaburzeniami rozwojowym typu autyzm, zespół Aspergera, zespół Downa, zaburzenia SI:

- świadczenia terapeutyczne grupowe prowadzone przez psychologa i terapeutę zajęciowego (po 1 raz w tygodniu 1,5 godz. zajęcia grupowe dla każdej grupy wiekowej – należy ustalić 2 grupy wiekowe po ok. 10 osób),
- świadczenia terapeutyczne indywidualne prowadzone przez logopedę i psychologa (dni i godziny ustalone indywidualnie dla każdego dziecka, ilość wizyt wskazana przez terapeutów).

Dzieci z zaburzeniami ośrodkowej koordynacji nerwowej i mózgowym porażeniem dziecięcym:

- rehabilitacja ruchowa indywidualna – 10–20 terapii dla każdego dziecka (ilość i zakres terapii ustala lekarz przeprowadzający badanie lub mgr fizjoterapii).

Dzieci z zaburzeniami integracji sensorycznej:

- psycholog (2 konsultacje dla każdego dziecka, na początku i na końcu terapii),
- wstępna całościowa diagnoza problemu,
- badanie przesiewowe pod kątem zaburzeń SI,
- kwalifikacja dziecka do szczegółowej diagnostyki pod kątem zaburzeń SI,
- monitorowanie postępów terapii,
- praca z rodzicami,
- terapia SI realizowana przez rehabilitanta: prowadzona 1 raz w tygodniu przez 30 min., czas trwania terapii do momentu znormalizowania deficytów tj. do 0,5 roku – w zaburzeniach lekkiego stopnia, do 1 roku – w zaburzeniach średniego stopnia, do 2 lat i więcej w zaburzeniach ciężkiego stopnia,
- szczegółowa diagnoza dziecka dotycząca zaburzeń SI i ustalenie planu terapii,
- terapia SI wg ustalonego planu: stymulacja poszczególnych układów (przedścionkowego, proprioceptywnego, dotykowego, wzrokowego, słuchowego) w wykorzystaniu specjalistycznych sprzętów,
- diagnoza kończąca serię ćwiczeń - ustalenia i wskazówki dotyczące dalszego postępowania z dzieckiem,
- w razie konieczności – kolejna seria ćwiczeń.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Dzieci z zaburzeniami rozwojowymi, które zakończą cykl terapii będą mogły skorzystać w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) ze świadczeń w ramach poradni psychologicznej, logopedycznej, świadczeń rehabilitacyjnych, poradni pediatrycznej.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- fizjoterapeuci,
- lekarz neonatolog,
- psycholog,
- terapeuci zajęciowi,
- logopeda,
- współpracują lekarze pediatrzy, pielęgniarki i położne środowiskowo-rodzinne, rejestratorki, koordynator programu, informatyk.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet lekarski,
- gabinet psychologiczny,
- gabinet do terapii integracji sensorycznej „Sala doświadczania świata”,
- sala gimnastyczna,
- sala do terapii grupowej,
- sala wykładowa,
- gabinet rehabilitacji,
- gabinet logopedyczny.

Wypożyczenie w sprzęt:

- szyny do ćwiczeń kończyn dolnych,
- stół do ndt bobath,
- dysk sensomotoryczny,
- biofeedback (urządzenie do psychoterapii i psychoedukacji),
- sprzęt sal rehabilitacyjnych,
- sprzęt sali terapeutycznej dla dzieci,
- sprzęt do rehabilitacji ruchowej,
- sprzęt do rehabilitacji logopedycznej,
- testy do rehabilitacji psychologicznej,
- podwieszki,
- hamak,
- liny do wspinania,
- deskorolka,
- światłowody,
- łóżko wodne,
- tunel świetlny,
- gra dźwiękowa,
- standardowe wyposażenie gabinetu logopedycznego i psychologicznego, w tym programy multimedialne do diagnozy i terapii, zestawy ćwiczeń edukacyjnych i terapeutycznych, gry planszowe, instrumenty muzyczne, filmy edukacyjne.

Podmiot realizujący program będzie także dysponował wypożyczalnią sprzętu rehabilitacyjnego dla pacjentów.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

Program był realizowany na terenie gminy Polkowice w latach 2003 – 2018. Realizowane świadczenia przyczyniły się do:

- wykrywania nieprawidłowości w rozwoju małych dzieci, wczesnej diagnozy i kierowania dzieci na wczesną rehabilitację. Dzięki wczesnie rozpoczętej rehabilitacji można było

stymulować rozwój małego pacjenta, nie dopuszczając do powstawania nieprawidłowości w jego rozwoju,

- wcześniej rozpoczęta terapia u dzieci z MPD pozwoliła na uzyskanie poprawy sprawności motorycznej, postawy ciała i koordynacji wzrokowo – ruchowej,
- dla części dzieci zajęcia w świetlicy terapeutycznej były jedyną formą terapii, z jakiej korzystają. Niejednokrotnie udział w zajęciach jest dla tych dzieci przygotowaniem do nauki w szkole. Bardzo dobrym uzupełnieniem terapii są zajęcia w ramach terapii SI w gabinecie „doświadczenia świata”.

V. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby dzieci, które zgłosiły się do programu,
- liczby dzieci, które zostały skierowane z programu na terapię (dzieci z ZOKN i MPDz),
- liczby dzieci, które zostały skierowane na terapię SI,
- liczby dzieci, które zostały skierowane na zajęcia „Świetlicy Terapeutycznej”.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowane:

- liczby dzieci, które uczestniczyły w rehabilitacji medycznej (dzieci z ZOKN i MPDz),
- liczby dzieci, które uczestniczyły w terapii SI,
- liczby dzieci, które uczestniczyły w zajęciach w ramach „Świetlicy Terapeutycznej”.

VI. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- wykład położnej w ramach szkoły rodzenia – 250,00 zł,
- ćwiczenia z położną w ramach szkoły rodzenia – 90,00 zł,
- wykład lekarza neonatologa w ramach szkoły rodzenia – 250,00 zł,
- wykład psychologa w ramach szkoły rodzenia – 250,00 zł,
- wykłady i ćwiczenia z rehabilitantem w ramach szkoły rodzenia – 250,00 zł,
- porada położnej w punkcie laktacyjnym/edukacja 55,00 zł,
- badanie lekarza neonatologa w ramach badań przesiewowych dzieci od 0 do 1 r.ż. – 100,00 zł,
- ćwiczenia wg metod NDT Bobath, FITS oraz instruktaż dla każdego opiekuna dziecka z zaburzeniami koordynacji nerwowej – 90,00 zł,
- terapia grupowa psychologiczna w ramach Świetlicy Terapeutycznej – 160,00 zł,
- terapia grupowa prowadzona przez terapeutę zajęciowego w ramach Świetlicy Terapeutycznej – 120,00 zł,
- terapia psychologiczna indywidualna w ramach Świetlicy Terapeutycznej – 120,00 zł,
- terapia logopedyczna indywidualna w ramach Świetlicy Terapeutycznej – 110,00 zł,
- rehabilitacja ruchowa indywidualna wg metod NDT Bobath, FITS dla dzieci z MPDZ – 90,00 zł,
- konsultacja psychologiczna dla dzieci z zaburzeniami SI – 120,00 zł,
- ćwiczenia rehabilitacyjne dla dzieci z zaburzeniami SI – 90,00 zł.

Działania edukacyjne:

- wydrukowanie i kolportaż materiałów edukacyjnych (ulotki),
- wydrukowanie zestawów ćwiczeń gimnastycznych.

Promocja programu:

- rozmowy indywidualne (lekarz, pielęgniarka, położna, psycholog),

- informacja w przychodni (tablica ogłoszeń, poradnia ginekologiczno-położnicza,) oraz w innych gabinetach ginekologicznych na terenie gminy poradnia pediatryczna,
- strona internetowa realizatora programu,
- informacja w TV Polkowice,
- informacja w mediach społecznościowych,
- informacja w mediach,
- informacja poprzez położne i pielęgniarki środowiskowo-rodzinne,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzony logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty działań edukacyjnych i promocji programu wliczono w koszty procedur medycznych.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 180 000,00 zł (słownie: sto osiemdziesiąt tysięcy zł).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne w opiece nad kobietą ciężarną i dzieckiem zdrowym i niepełnosprawnym:

- Wspieranie mieszkańców przez samorząd lokalny w trosce o ich zdrowie to działania nie do zastąpienia.
- Duży wpływ na przebieg ciąży i porodu ma szkolenie przedporodowe, z którego można skorzystać w Szkole Rodzenia.
- Edukacja przedporodowa jest ważna dla obojga rodziców. Ojciec, który w niej uczestniczył jest nie tylko mocniej zaangażowany, ale może być bardzo pomocny podczas porodu.
- Kobiety, które uczestniczyły w zajęciach Szkoły Rodzenia (według badań przeprowadzonych przez Instytut Matki i Dziecka) stwierdzały, że były bardziej pozytywnie nastawione do porodu, widziały go jako wydarzenie rodzinne, a nie jako zabieg medyczny.
- Badania przesiewowe dzieci od 0 do 1 r. ż. przeprowadzone przez lekarza neonatologa pozwalają na wczesne wykrycie niepełnosprawności u dziecka i wczesne podjęcie terapii.
- Wczesna diagnostyka oraz kompleksowa terapia dzieci niepełnosprawnych przyczynia się do ograniczenia w przyszłości wydatków na opiekę zdrowotną, a także świadczeń socjalnych dla osób niesprawnych, niezaradnych, źle przystosowanych społecznie.
- Terapia dzieci niepełnosprawnych rozwija je i poprawia samodzielność i społeczne kompetencje.

Załącznik Nr 5 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„REHABILITACJA PACJENTÓW ZE SCHORZENIAMI NARZĄDU RUCHU –
MIESZKAŃCÓW GMINY POLKOWICE”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Jednym z najważniejszych problemów współczesnej cywilizacji jest niepełnosprawność. Najczęstszą przyczynę niepełnosprawności stanowią schorzenia narządu ruchu, układu krążenia oraz schorzenia neurologiczne. Wszystkie elementy narządu ruchu narażone są na wpływ szkodliwych czynników, które mogą doprowadzić do zaburzenia ich funkcji lub trwałego uszkodzenia. Rozwijają się wtedy schorzenia narządu ruchu, wymagające długotrwałej rehabilitacji. Najczęściej występujące schorzenia narządu ruchu można podzielić na następujące grupy:

- wrodzone wady narządu ruchu,
- choroby narządu ruchu,
- neurogenne dysfunkcje narządu ruchu,
- urazowe uszkodzenia narządu ruchu.

2. Epidemiologia

Według WHO liczba inwalidów na świecie w ciągu ostatnich 30 lat wzrosła z 12 do 18% całej populacji. W Polsce według danych GUS w chwili obecnej jest około 6 - 7 milionów niepełnosprawnych, z tego połowa w wyniku urazów głównie narządu ruchu. Epidemiologia najczęściej występujących schorzeń narządu ruchu:

- wrodzone wady narządu ruchu - najważniejszą rolę ich powstawania przypisuje się różnym czynnikom: czynnik genetyczny, miejscowe uszkodzenie płodu, niedotlenienie i czynniki toksyczne, infekcyjne, hormonalne i dietetyczne; promieniowanie jonizujące itp. Częstość występowania szacuje się na ok. 2 - 5% populacji,
- choroby narządu ruchu: aseptyczne martwice nasad kości, przyczyną jest zaburzenie w ukrwieniu, najczęściej występuje u dzieci i młodzieży, reumatoidalne zapalenie stawów - częstość występowania 0,5 - 1,5% , choroba pojawia się między 30 - 55 rokiem życia. Skutkuje postępującą niepełnosprawnością, zeszytniające zapalenie kręgosłupa - występuje głównie u mężczyzn , początek choroby przypada na 15 - 30 rok życia, choroby reumatyczne - czynniki predysponujące to: zaawansowany wiek, wady budowy, wady postawy, częste przeciążenia, mikrourazy, a także czynniki psychologiczne, choroba zwyrodnieniowa stawów - czynniki ryzyka to: zaawansowany wiek, predyspozycje genetyczne, otyłość, niestabilność stawu, wrodzony lub nabyty kształt stawu, uraz, szczególnie rodzaj aktywności fizycznej, choroba zwyrodnieniowa kręgosłupa - na wystąpienie choroby mają czynniki ryzyka: zaawansowany wiek, predyspozycje genetyczne, otyłość , uraz, szczególnie rodzaj aktywności fizycznej, osteoporoza - głównie chorują kobiety, u ok. 7% kobiet w wieku 45 - 64 lat, 25% występuje u kobiet między 65 - 74 rokiem życia, 50% po 75 roku życia,
- neurogenne dysfunkcje narządu ruchu: choroby demielinizacyjne mózgu i rdzenia (*sclerosis multiplex*), początek choroby między 20 a 30 rokiem życia. Etiologia nie do końca wyjaśniona, mówi się o roli mechanizmów immunologicznych, bólowe zespoły korzeniowe - przyczyną są zmiany zwyrodnieniowe w obrębie kręgów i ich połączeń, choroba występuje najczęściej między 35 a 60 rokiem życia,
- urazowe uszkodzenie narządu ruchu obejmują stany będące najczęściej (ale nie wyłącznie) skutkami tzw. nieszczęśliwych wypadków (komunikacyjnych, przy pracy itp.).

W gminie Polkowice liczba osób dorosłych ze schorzeniami układu ruchu wynosi ok. 12% ogółu mieszkańców.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Program będzie kierowany do wszystkich mieszkańców gminy Polkowice. Z danych epidemiologicznych prowadzonych przez Przychodnię Lekarską, która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia POZ i doświadczenia wynikającego z realizacji zadań związanych z programem w latach ubiegłych wynika, że chorych ze schorzeniami narządu ruchu jest ok. 12%, w tym ok. 2,5% mieszkańców z tymi schorzeniami będzie korzystało z programu, to jest około 550 osób.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, POZ, poradni rehabilitacyjnej, reumatologicznej,

chirurgicznej, ortopedycznej, neurologicznej. Aquapark Polkowice – Regionalne Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjne S.A. – posiada umowę na świadczenia rehabilitacyjne z NFZ. Pacjenci kierowani są na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarzy POZ lub specjalistów. Okres oczekiwania na zabiegi w ramach Funduszu Zdrowia wynosi ok. 2 - 3 miesiące.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia program

- program będzie stanowił uzupełnienie dla świadczeń finansowanych z budżetu NFZ (ze względu na wprowadzone przez NFZ limity oraz brak należytego finansowania działań rehabilitacji nie jest w stanie prawidłowo zabezpieczyć opieki nad pacjentami ze schorzeniami ruchu),
- program wpisuje się w zadania związane z zapobieganiem niepełnosprawności i kompleksową terapię i rehabilitację osób niepełnosprawnych zawartą w ustawie o rehabilitacji zawodowej, społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046 z późn. zm.). O skuteczności rehabilitacji decyduje czas jej rozpoczęcia, ciągłość i intensywność terapii, kompleksowość terapii.

II. Cele programu

1. Cel główny

Usprawnianie pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu.

2. Cele szczegółowe programu

- przywracanie sprawności ruchowej pacjentów,
- poprawa dostępności do usług rehabilitacyjnych,
- usunięcie lub ograniczenie procesów chorobowych,
- zapobieganie nawrotom i postępowaniu choroby,
- zwalczanie bólu,
- zwiększanie siły mięśniowej i zakresu ruchu,
- przywracanie prawidłowych stereotypów ruchowych,
- zapobieganie niepełnosprawności,
- edukacja zdrowotna.

3. Oczekiwane efekty

- ułatwiony dostęp do zabiegów rehabilitacyjnych,
- osiągnięcie celów wymienionych w punkcie a i b,
- edukacja zdrowotna pacjentów w zakresie profilaktyki chorób narządu ruchu.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba pacjentów biorących udział w programie,
- liczba wykonanych zabiegów,
- czas oczekiwania na poszczególne zabiegi.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program będzie kierowany do wszystkich mieszkańców gminy Polkowice ze schorzeniami narządu ruchu: wrodzone wady narządu ruchu, choroby narządu ruchu, neurogenne dysfunkcje narządu ruchu, urazowe uszkodzenia narządu ruchu. Z danych epidemiologicznych prowadzonych przez Przychodnię Lekarską, która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia POZ i doświadczenia wynikającego z realizacji zadań związanych z programem w latach ubiegłych wynika, że ok. 2,5% mieszkańców ze schorzeniami narządu ruchu będzie korzystało z programu, to jest około 550 osób.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskanej wieloma kanałami:

- ogłoszenia/plakaty w przychodni lekarskiej,
- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,

- informacja w mediach społecznościowych,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- ogłoszenia w parafiach na wsi,
- informacje u lekarzy POZ i lekarzy specjalistów,

Każdy pacjent musi posiadać skierowanie od lekarza POZ, specjalisty lub mgr fizjoterapii.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury.
- realizacja programu:
 - a. badanie przez lekarza POZ, specjalistę lub mgr fizjoterapii (wypełnienie obowiązującej dokumentacji medycznej, treść dokumentacji jak obowiązująca w NFZ z zaznaczeniem, że jest to program polityki zdrowotnej),
 - b. zakwalifikowanie pacjenta do programu - wydanie skierowania na zabiegi (skierowanie powinno zawierać: pieczęć nagłówkową świadczeniodawcy, imię, nazwisko, adres i PESEL pacjenta, rozpoznanie w języku polskim, opis dysfunkcji ruchu lub innych przyczyn skierowania na rehabilitację, informacje o przebytych chorobach i innych czynnikach mających wpływ na przebieg rehabilitacji, zlecone zabiegi: rodzaj i ilość, data wystawienia skierowania, pieczęć i podpis kierującego). Ustalenie przez fizjoterapeutę indywidualnego programu terapii z chorym (na podstawie skierowania oraz z uwzględnieniem edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób narządu ruchu np. prawidłowej postawy, gimnastyki indywidualnej, wpływu odżywiania na kościec itp.),
 - c. zabiegi rehabilitacyjne: hydroterapia, magnetronik, laseroterapia, aquavibron, światłolecznictwo, ultradźwięki masaż manualny częściowy, masaż manualny całkowity i inne.

Zabiegi rehabilitacyjne będą realizowane u pacjentów, mieszkańców gminy Polkowice ze schorzeniami narządów ruchu, na zlecenie lekarza oraz mgr fizjoterapii po uprzednim zarejestrowaniu w dziale rehabilitacji i uzgodnieniu terminu wykonania świadczeń.

Zabiegi realizowane w ramach zadania, będą wykonywane poza godzinami realizacji świadczeń w ramach NFZ.

Każdy uczestnik będzie współfinansować realizowane zabiegi w następującej wysokości dopłat: 20 zł. (1 cykl zabiegów), 40 zł. (2 cykle zabiegów), 60 zł. (3 cykle zabiegów) (1 cykl to 10 zabiegów).

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacje po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do udziału w programie może zostać zakwalifikowany każdy mieszkaniec gminy Polkowice, który ma schorzenie narządu ruchu i otrzymał skierowanie na zabiegi fizjoterapeutyczne od lekarza POZ, specjalisty lub mgr fizjoterapii.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Badanie przed zabiegami przeprowadzi lekarz POZ lub lekarz specjalista lub mgr fizjoterapii, zatrudniony w jednostce medycznej, która posiada kontrakt z NFZ i znajduje się na terenie gminy Polkowice. Zabiegi rehabilitacyjne będą realizowane u pacjentów, mieszkańców gminy Polkowice ze schorzeniami narządów ruchu, na zlecenie lekarza oraz mgr fizjoterapii po uprzednim zarejestrowaniu w dziale rehabilitacji i uzgodnieniu terminu wykonania świadczeń.

Zabiegi realizowane w ramach zadania, będą wykonywane od poniedziałku do piątku w godz. 8:00 – 18:00.

Każdy uczestnik będzie współfinansować realizowane zabiegi w następującej wysokości dopłat: 20 zł. (1 cykl zabiegów), 40 zł. (2 cykle zabiegów), 60 zł. (3 cykle zabiegów) (1 cykl to 10 zabiegów).

Zabiegi fizjoterapeutyczne będą odbywały się pod nadzorem co najmniej magistra fizjoterapii.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pacjenci ze schorzeniami ruchu będą mogli, w razie potrzeby po zakończeniu rehabilitacji w ramach programu, skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ w Przychodni Lekarskiej PCUZ – ZOZ S.A. i Aquapark Polkowice Regionalnym Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjnym S.A.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- mgr fizjoterapii,
- technicy fizjoterapii,
- masażysta,

Współpracują:

- lekarz rehabilitacji ruchowej,
- lekarze POZ,
- lekarze specjaliści (neurolog, ortopeda, chirurg).

Pomieszczenia w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety do fizykoterapii,
- gabinet do hydroterapii,
- gabinet masażu,
- sala gimnastyczna,
- gabinety lekarskie,
- rejestracja,
- szatnia,
- poczekalnia,
- węzeł sanitarny dostosowany do osób niepełnosprawnych.

Wyposażenie w sprzęt:

- wanna do masażu wodnego,
- magnetronik,
- laser,
- aquavibron,
- lampa sollux niebieski,
- lampa sollux czerwony,
- ultradźwięki,
- stół do masażu dzieci,
- stół do masażu dorosłych,
- materace,
- piłki,
- wałki,
- inny drobny sprzęt medyczny.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

Program był realizowany w gminie Polkowice w latach 2005-2018. Realizowane zadania spowodowały skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne z 2 miesięcy do 2 tygodni.

Zabiegi fizjoterapeutyczne w schorzeniach narządu ruchu są niezbędnym elementem kompleksowej terapii.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- Pakiet I - (1 cykl – jeden rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych) – 185,00 zł + dopłata pacjenta 20,00 zł,
- Pakiet II - (2 cykle – dwa rodzaje zabiegów) – 370,00 zł + dopłata pacjenta 40,00 zł,
- Pakiet III – (3 cykle – trzy rodzaje zabiegów) – 555,00 zł + dopłata pacjenta 60,00 zł.

Cykl – to 10 zabiegów jednego rodzaju zleconych przez lekarza lub mgr fizjoterapii.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty promocji programu oraz działań edukacyjnych zostały wliczone w cenę świadczeń medycznych.

- 2. Planowane roczne koszty całkowite:** 165 000,00 zł (słownie: sto sześćdziesiąt pięć tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo:

Budżet gminy Polkowice, dopłaty pacjentów.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- program był realizowany w gminie Polkowice w latach 2005–2018,
- zaplanowane na realizację zadań koszty gwarantują szeroki dostęp do programu dla wszystkich potencjalnych pacjentów.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu:

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby pacjentów biorących udział w programie,
- liczby wykonanych zabiegów.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie czasu oczekiwania na zabiegi fizjoterapeutyczne.

Załącznik Nr 6 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
„SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY POLKOWICE
OD 60. ROKU ŻYCIA”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Grypa jest ostrą chorobą wirusową przenoszoną drogą kropelkową. Rozprzestrzenianie grypy jest szybkie, okres wylegania grypy wynosi 2 dni. Wirus grypy typu A jest najbardziej patogeny, jest on odpowiedzialny za pandemie i coroczne epidemie. Wirus typu B odpowiada za epidemie co 2 – 4 lata, wirus typu C odpowiada za rzadkie przypadki łagodnych w przebiegu chorób układu oddechowego.

Objawy choroby:

- dreszcze,
- gorączka,
- ból głowy, mięśni, stawów,
- suchy kaszel,
- katar,
- brak apetytu, czasami biegunka,
- osłabienie, uczucie rozbicia.

Nasilenie objawów zależy od wieku i stanu zdrowia chorego oraz zjadliwości wirusa.

Powikłania pogrypowe:

Powikłania pogrypowe są niebezpieczne głównie dla osób starszych, których system immunologiczny jest osłabiony i u osób, u których występują przewlekłe choroby. Przebieg grypy u osób starszych, ryzyko wystąpienia powikłań, liczba hospitalizacji i zgonów są znacznie wyższe, niż u osób młodszych. Wirus grypy powoduje zwiększenie ryzyka zaostrzenia incydentów sercowo – naczyniowych, m.in. zawałów serca. Wirus grypy zwiększa zaostrzenie choroby u pacjentów z POChP i astmą, prowadząc do leczenia szpitalnego i niejednokrotnie do śmierci.

Najczęściej spotykanym powikłaniem grypy jest zapalenie płuc, rzadziej zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu, encefalopatie, zespół Guillaina–Barryego, poprzeczne zapalenie rdzenia, zapalenie mięśni, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia.

2. Epidemiologia

Według Światowej Organizacji Zdrowia na całym świecie na grypę choruje co roku od 5 do 15% populacji, w Polsce od kilkuset tysięcy do kilku milionów ludzi. Ciężkim przebiegiem i powikłaniami grypy zagrożone są osoby przewlekłe chore starsze oraz dzieci do 5 roku życia. Według szacunków WHO w wyniku powikłań pogrypowych na świecie co roku umiera od 250 000 do 500 000 osób. W wyniku badań ustalono, że pacjenci w starszym wieku stanowią 63% wszystkich pacjentów leczonych z powodu grypy oraz że w tej grupie wiekowej odnotowuje się aż 85 – 90% zgonów z powodu grypy.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Dostęp do programu będą mieli wszyscy mieszkańcy gminy Polkowice, którzy ukończyli 60. rok życia. Ocenia się, że w tej grupie wiekowej znajduje się ok. 6000 osób z tego zaszczepi się ok. 25%, tj. 1500 osób (liczba wynika z doświadczenia z realizacji zadania w poprzednich latach).

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W gminie Polkowice, tak jak w całej Polsce, szczepienia przeciwko grypie należą do tzw. szczepień zalecanych. Od roku 2018 Narodowy Fundusz Zdrowia współfinansuje zakup szczepionki dla seniorów od 65. roku życia w wysokości 50% ceny szczepionki w tzw. zakupie aptecznym. O podaniu szczepionki decyduje lekarz POZ. Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia POZ, w ramach której prowadzi działalność punkt szczepień.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Szczepienia są istotną metodą zabezpieczenia się przed grypą i jej powikłaniami.
- Ze względu na powikłania i wysoką śmiertelność do grupy osób, którym szczepienia przeciw grypie są szczególnie zalecane należą osoby starsze po 60. roku życia.

- Szczepionki dostępne na rynku polskim są bezpieczne i zapewniają ochronę przed najbardziej groźnymi typami wirusa grypy.
- Główny Inspektor Sanitarny rekomenduje szczepienia przeciwko grypie jako szczepienia zalecane.
- Ze wskazań klinicznych i indywidualnych: przewlekłe chorem, w stanach obniżonej odporności, osobom w wieku powyżej 55 lat.
- Zakres zadań programu wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Cel 5 mówi o tworzeniu warunków do zdrowego i aktywnego starzenia się. Z tym wiąże się zapobieganie chorobom oraz edukacja ludzi starszych służąca prozdrowotnym zachowaniom.
- Światowa Organizacja Zdrowia – w dokumencie Strategia „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku” określiło w celu nr 5 Zdrowie ludzi starszych, że do roku 2020 ludzie starsi powinni mieć możliwość satysfakcji ze swojego potencjału zdrowotnego i pełnienia aktywnej roli społecznej. W celu nr 7 zawarta jest informacja o redukcji chorób zakaźnych „Do 2020 roku powinny zostać znacznie ograniczone niekorzystne skutki zdrowotne chorób zakaźnych, dzięki systematycznie wprowadzanym programom zwalczania chorób infekcyjnych o istotnym znaczeniu dla zdrowia publicznego”.
- Światowa Organizacja Zdrowia postawiła sobie za cel aby regularnie szczepiło się 75% populacji osób starszych.
- Prowadzenie bezpłatnych szczepień dla mieszkańców gminy Polkowice będzie miało pozytywny wpływ ekonomiczny na seniorów.

II. Cele program

1. Cel główny

Zapobieganie zakażeniu wirusem grypy

2. Cele szczegółowe programu

- edukacja zdrowotna – popularyzacja właściwych nawyków ograniczających transmisję wirusów w populacji,
- zaproszenia na szczepienia skierowane do osób od 60. roku życia – mieszkańców gminy Polkowice,
- dotarcie ze szczepieniami do jak najszerszej grupy beneficjentów (wyjazdy na wieś i dotarcie do osób niepełnosprawnych),
- zachęcenie rodzin osób objętych programem do zaszczepienia się p/grypie,
- wyznaczenie osób z przeciwwskazaniami do szczepień.

3. Oczekiwane efekty

- zmniejszenie liczby zachorowań na grypę,
- zapobieganie powikłaniom pogrypowym,
- wzrost poziomu wiedzy i zdrowych nawyków związanych z czynną profilaktyką grypy,
- popularyzowanie zdrowego stylu życia wśród osób starszych,
- obniżenie kosztów leczenia.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Liczba osób, które wzięły udział w programie, w tym liczba osób zaszczepionych, liczba osób które były objęte edukacją zdrowotną.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Przewiduje się, że z programu skorzysta ok. 6000 osób, z tego zaszczepi się ok. 25% uczestników programu (liczba wynika z doświadczenia w realizacji zadania w poprzednich latach).

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskanej wieloma kanałami:

- imienne zaproszenia wysłane na adres domowy do wszystkich mieszkańców gminy Polkowice, którzy ukończyli 60 r. ż.,
- informacja o programie na stronie internetowej gminy,

- informacja w mediach społecznościowych,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- ogłoszenia w aptekach,
- wywiad z lekarzem na temat programu w prasie lokalnej,
- spotkanie z sołtysami,
- ogłoszenia w parafiach na wsi.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury,
- realizacja programu:
 - a. edukacja w zakresie profilaktyki grypy,
 - b. badanie lekarskie poprzedzające szczepienie,
 - c. szczepienie przeciw grypie.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

W programie może wziąć udział każdy mieszkaniec gminy Polkowice, który ukończył 60 rok życia.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- do wszystkich mieszkańców gminy Polkowice, którzy ukończyli 60 rok życia zostaną rozesłane zaproszenia na szczepienie przeciw grypie, szczepienia będą wykonywane w punkcie szczepień na terenie jednostki medycznej, która wygra konkurs i będzie realizatorem programu oraz w domu chorego. Dla mieszkańców wsi zostaną zorganizowane szczepienia na terenie świetlic wiejskich,
- każdy uczestnik programu, który zgłosi się na szczepienie zostanie przebadany przez lekarza,
- każdy uczestnik programu, który uzyska zgodę lekarza zostanie zaszczepiony przeciw grypie,
- każdy uczestnik programu otrzyma broszury i ulotki dotyczące grypy.

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Szczepienia przeciw grypie znajdują się w programie szczepień ogłoszonym przez Ministerstwo Zdrowia jako szczepienia zalecane. Badanie lekarskie przed szczepieniem powinien wykonać w ramach ubezpieczenia lekarz, do którego pacjent jest zadeklarowany.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze POZ,
- pielęgniarki punktu szczepień (ukończony kurs szczepień).

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet lekarski dla osób zdrowych,
- punkt szczepień,
- gabinet zabiegowy,

Ponadto, program będzie realizowany w domach osób obłożnie chorych, a także w świetlicach wiejskich.

Wypożyczenie sprzętu:

- standardowe wyposażenie gabinetu lekarskiego,
- standardowe wyposażenie punktu szczepień,
- zestaw do badań lekarskich,
- zestaw do szczepień,
- zestaw p/ wstrząsowy,
- medyczna torba wyjazdowa.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- badania nad skutecznością szczepionki przeciw grypie ujawniły korzyści we wszystkich grupach wiekowych. U osób starszych skuteczność w zapobieganiu grypy wynosi ok. 60%,
- coroczne szczepienie przeciw grypie u osób starszych nie tylko chroni ich przed infekcją grypy, ale jednocześnie pobudza układ odpornościowy organizmu do skuteczniejszego działania,
- badania pokazały, że szczepienie przeciw grypie pozwala znacznie obniżyć ryzyko kolejnego zawału serca (o 67%), udaru (o 55%) oraz śmierci z przyczyn sercowo – naczyniowych (o 75%) a zaszczepieni chorzy na cukrzycę o 70% rzadziej wymagają hospitalizacji, zaś u chorych na astmę i POChP pozwalają obniżyć ryzyko zgonów o 70%,
- zakres zadań programu wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Cel 5 mówi o tworzeniu warunków do zdrowego i aktywnego starzenia się. Z tym wiąże się zapobieganie chorobom oraz edukacja ludzi starszych służąca prozdrowotnym zachowaniom,
- program szczepień przeciw grypie dla mieszkańców gminy Polkowice od 60. roku życia był realizowany w latach 2007 – 2018. Ze szczepień skorzystało corocznie ok. 20 – 25% osób zakwalifikowanych do zadania.

V. Koszty

1. Planowane koszty całkowite, w tym:

Procedury medyczne:

- zakup szczepionki, badanie lekarskie przed szczepieniem oraz usługa pielęgniarska – iniekcja – 30,00 zł (wartość uzależniona od ceny szczepionki dopuszczonej na rynek w 2019 r.)
- promocja programu, w tym wyprodukowanie i kolportaż indywidualnych zaproszeń na szczepienie – 3,40 zł/osoba.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 60 000,00 zł, (słownie: sześćdziesiąt tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

- 4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne**
- Zapobieganie grypie i jej powikłaniom jest możliwe głównie poprzez szczepienie ochronne.
 - Szczepienia przeciw grypie są zalecane przez Głównego Inspektora Sanitarnego, organizacje międzynarodowe, tj. Światowa Organizacja Zdrowia i Unia Europejska.
 - Grupą szczególnie rekomendowaną do szczepień są osoby starsze.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie liczby osób, które zgłosiły się na szczepienie.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie liczby osób po 60 roku życia, które zaszczepiły się przeciw grypie.

Załącznik Nr 7 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„PROFILAKTYKA ZDROWIA SPORTOWCÓW AMATORÓW DO 21. ROKU ŻYCIA”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Medycyna sportowa jest definiowana jako „medycyna aktywności ruchowej”, jej podstawowym elementem są działania profilaktyczne polegające na kwalifikacji do uprawiania sportu oraz kontroli jej wpływu na organizm sportowca. Kwalifikacja do udziału w zajęciach wychowania fizycznego, sportu szkolnego i rekreacyjnego uprawiania sportu należy do obowiązków lekarza rodzinnego. W przypadku zawodników amatorsko uprawiających sport w klubach sportowych orzeczenie może wydać jedynie lekarz specjalista medycyny sportowej lub lekarz posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej na podstawie osobiście przeprowadzonych badań oraz konsultacji i badań dodatkowych. Problem badań lekarskich częstotliwości ich przeprowadzania oraz trybu orzekania o zdolności do uprawiania określonej dyscypliny sportu przez dzieci i młodzieży reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia (Dz. U. z 2011 r. Nr 88, poz. 500).

2. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

W programie może wziąć udział każde dziecko i młodzież do ukończenia 21 r. ż. starające się lub posiadające licencję na amatorskie uprawianie sportu oraz zawodnicy pomiędzy 21. a 23. rokiem życia. W gminie zarejestrowanych jest obecnie 17 klubów sportowych, które zrzeszają ok. 850 osób w wieku kwalifikującym do objęcia programem. Planuje się, że ze świadczeń w ramach programu skorzysta 100% osób zrzeszonych w klubach sportowych oraz inne osoby amatorsko uprawiające dyscypliny sportowe.

3. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Na terenie powiatu polkowickiego nie ma poradni medycyny sportowej, która posiada kontrakt z NFZ. Taka poradnia znajduje się tylko w jednym sąsiednim powiecie, do którego mieszkańcy Polkowic muszą dojechać. W latach 2005 – 2018 realizowano program polityki zdrowotnej w tym zakresie.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- realizacja zadań nałożonych przez Ministra Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia,
- brak dostępu do poradni medycyny sportowej w powiecie polkowickim,
- wyeliminowanie orzekania i dopuszczania przez nieuprawnionych lekarzy sportowców amatorów do zawodów i uprawiania sportu,
- polepszenie organizacji badań zawodników.

II. Cele programu

1. Cel główny

Monitorowanie zdrowia sportowców (dzieci i młodzieży amatorów do 21 r. ż. oraz zawodowców do 23. r. ż.)

2. Cele szczegółowe programu

- zdiagnozowanie środowiska sportowego grupy dzieci i młodzieży do 23 roku życia w zakresie warunków zdrowotnych,
- czuwanie nad prawidłowym rozwojem psychofizycznym dzieci i młodzieży,
- współpraca z trenerami i organizatorami sportu w gminie Polkowice,
- edukacja zdrowotna.

3. Oczekiwane efekty

- każdy sportowiec amator do ukończenia 21 r. ż. oraz zawodnik do ukończenia 23. r. ż. starający się lub posiadający licencję na amatorskie uprawianie sportu będzie przebadany zgodnie z wymogami Ministra Zdrowia określonymi rozporządzeniem,
- ośrednio poprzez dobrą organizację badań program przyczyni się do zwiększenia aktywności fizycznej młodzieży.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Liczba dzieci i młodzieży, które zostały przebadane w ramach poradni medycyny sportowej.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

W programie może wziąć udział każde dziecko i młodzież do ukończenia 21 r. ż. oraz zawodnik do ukończenia 23 r. ż. starające się lub posiadające licencję na amatorskie uprawianie sportu.

W gminie zarejestrowanych jest obecnie 17 klubów sportowych, które zrzeszają ok. 850 osób. Planuje się, że ze świadczeń w ramach programu skorzysta 100% osób zrzeszonych w klubach sportowych oraz inne osoby amatorsko uprawiające dyscypliny sportowe.

2. Tryb zapraszania do programu:

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,
- informacje/ogłoszenia w klubach sportowych,
- ogłoszenia/plakaty w Przychodni w Polkowicach,
- informacje w placówkach szkolnych,
- pisemne informacje na temat programu kierowane do prezesów klubów sportowych,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa, kluby sportowe),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych,
- realizacja programu:

Poradnia medycyny sportowej – zakres świadczeń:

Każdy sportowiec, objęty programem nie posiadający licencji w czasie roku kalendarzowego powinien skorzystać ze świadczeń co najmniej 2 razy (badanie wstępne i badanie okresowe, na wniosek lekarza w trakcie roku realizowane będą ponadto badania kontrolne (głównie u dzieci z grup dyspenseryjnych). W przypadku osób posiadających licencję 2 razy badanie okresowe, na wniosek lekarza w trakcie roku realizowane będą ponadto badania kontrolne (głównie u dzieci z grup dyspenseryjnych):

- badania wstępne – zakończone orzeczeniem lekarza uprawnionego do badań sportowców (pomiar antropometryczne, badania laboratoryjne, badanie ortopedyczne, badanie okulistyczne, badanie laryngologiczne, badanie stomatologiczne, próby wysiłkowe, EKG spoczynkowe, w przypadku sportów walki dodatkowo: badania neurologiczne, badanie elektroencefalograficzne mózgu, w przypadku podnoszenia ciężarów dodatkowo badania rtg kręgosłupa lędźwiowego),

- badania okresowe co 6 miesięcy od badań wstępnych – zakończone wydaniem orzeczenia przez lekarza uprawnionego do badań sportowców,
- badania kontrolne (dzieci i młodzież z grupami dyspenseryjnymi) a także sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich - zakres w zależności od wskazań lekarskich,
- edukacja zdrowotna: pogadanki, rozmowy indywidualne dotyczące m.in. tematów – zagrożeń w sporcie, racjonalne uprawianie sportu, edukacja rodziców dzieci oraz trenerów i nauczycieli wf a także działaczy stowarzyszeń sportowych.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Dostęp do programu będą miały wszystkie dzieci i młodzież, do ukończenia 21 r. ż. oraz zawodnicy do ukończenia 23. r. ż., którzy starają się lub posiadają licencję na amatorskie uprawianie sportu, należące do klubów sportowych zarejestrowanych na terenie gminy Polkowice – mieszkańcy gminy Polkowice oraz inne osoby amatorsko uprawiające różne dyscypliny sportu będące mieszkańcami gminy Polkowice.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Uczestnicy programu będą przyjmowani w poradni medycyny sportowej. W ramach poradni medycyny sportowej uczestnicy programu będą mieli wykonywane następujące badania:

Grupa I – uprawnieni sportowcy amatorzy uprawiający dyscypliny oparte na naturalnych formach ruchu:

- badania wstępne: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym, badanie laryngologiczne, badanie okulistyczne,
- badania okresowe co 6 miesięcy: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne,
- badania okresowe co 12 miesięcy: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym,
- badania okresowe co 24 miesiące: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym, badanie laryngologiczne, badanie okulistyczne,
- badanie kontrolne – częstotliwość badań i zakres w zależności od zaleceń lekarskich. Badania dotyczą sportowców amatorów z grupami dyspenseryjnymi lub posiadającymi orzeczenia lekarza uprawnionego, dopuszczającymi warunkowo do treningów, ze względu na stan zdrowia, a także sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich.

Grupa II – uprawnieni sportowcy amatorzy uprawiający sztuki i sporty walki, boks, pływaniarstwo:

- badania wstępne: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym, badanie laryngologiczne, badanie okulistyczne, badanie neurologiczne, badanie EEG mózgu,
- badania okresowe co 6 miesięcy: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne,

- badania okresowe co 12 miesięcy: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: moc z oceną osadu, OB., morfologia z wzorem odsetkowym,
- badania okresowe co 24 miesiące: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: moc z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym, badanie laryngologiczne, badanie okulistyczne, badanie neurologiczne, badanie EEG mózgu,
- badanie kontrolne – częstotliwość badań i zakres w zależności od zaleceń lekarskich. Badania dotyczą sportowców amatorów z grupami dyspanseryjnymi lub posiadającymi orzeczenia lekarza uprawnionego, dopuszczającymi warunkowo do treningów, ze względu na stan zdrowia a także sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich.

Grupa III – uprawnieni sportowcy amatorzy uprawiający podnoszenie ciężarów:

- badania wstępne: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: moc z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym, badanie laryngologiczne, badanie okulistyczne, badanie radiologiczne kręgosłupa lędźwiowego,
- badania okresowe co 6 miesięcy: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne,
- badania okresowe co 12 miesięcy: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedyczne, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: moc z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym,
- badania okresowe co 24 miesiące: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej, pomiary antropometryczne, badanie ortopedycznej, próby wysiłkowe, badanie stomatologiczne, EKG spoczynkowe, badania laboratoryjne: moc z oceną osadu, OB, morfologia z wzorem odsetkowym, badanie laryngologiczne, badanie okulistyczne, badanie radiologiczne kręgosłupa lędźwiowego,
- badanie kontrolne – częstotliwość badań i zakres w zależności od zaleceń lekarskich. Badania dotyczą sportowców amatorów z grupami dyspanseryjnymi lub posiadającymi orzeczenia lekarza uprawnionego, dopuszczającymi warunkowo do treningów, ze względu na stan zdrowia a także sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zawodnicy, u których stwierdzono grupę dyspanseryjną będą objęci opieką lekarsko–pielęgniarską w Przychodni, która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia POZ.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze medycyny sportowej,
- lekarze specjaliści (laryngolog, neurolog, okulista, ortopeda, radiolog, kardiolog, dermatolog, stomatolog),
- pielęgniarki poradni medycyny sportowej,
- pielęgniarki prac. EKG i prób wysiłkowych,
- pielęgniarki por. specjalistycznych,
- technicy pracowni RTG,

- pracownicy prac. EEG,
- pracownicy laboratorium analitycznego.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet poradni medycyny sportowej,
- gabinety lekarskie specjalistyczne,
- pracownia EKG i prób wysiłkowych,
- pracownia RTG,
- pracownia EEG,
- pracownia audiometryczna,
- laboratorium analityczne.

Uwaga: ponieważ na terenie gminy Polkowice żadna placówka medyczna nie dysponuje pracownią EEG, badania mogą być realizowane na podstawie odrębnej umowy, którą zawrze podmiot realizujący program z placówką najbliższą położoną od Polkowic.

Wypożyczenie w sprzęt medyczny:

- standardowo wyposażony gabinet lekarski medycyny sportowej,
- aparat RTG,
- zestaw do badań ortopedycznych,
- zestaw do badań laryngologicznych,
- audiometr,
- aparat EKG,
- bieżnia,
- holter,
- unit stomatologiczny,
- zestaw do badań okulistycznych,
- polomierz,
- pulsoksymetr,
- waga lekarska.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- program był realizowany w latach 2005 – 2018. W programie wzięło udział ponad 95% wszystkich kwalifikujących się do programu,
- z ogólnej liczby badanych sportowców u ok. 4% osób wykryto schorzenia kwalifikujące do grup dyspenseryjnych. Wszystkie osoby skierowano do lekarzy prowadzących – POZ celem dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

Grupa I – uprawnieni sportowcy amatorzy uprawiający dyscypliny oparte na naturalnych formach ruchu:

- badania wstępne – 309,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu – 7,00 zł, OB. – 7,00 zł, morfologia z rozmazem – 10,00 zł, badanie laryngologiczne – 40,00 zł, badanie okulistyczne – 40,00 zł.),
- badania okresowe co 6 miesięcy – 125,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł.),
- badania okresowe co 12 miesięcy – 229,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł.),
- badania okresowe co 24 miesiące – 309,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł,

badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu – 7,00 zł, OB. – 7,00 zł, morfologia z rozmazem – 10,00 zł, badanie laryngologiczne – 40,00 zł, badanie okulistyczne – 40,00 zł.),

- badania i konsultacje kontrolne – częstotliwość i zakres w zależności od zaleceń lekarskich. Badania dotyczą sportowców amatorów z grupami dyspanseryjnymi lub posiadającymi orzeczenia lekarza uprawnionego, dopuszczającymi warunkowo do treningów ze względu na stan zdrowia. Dodatkowo badania kontrolne dla sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich.

Grupa II – uprawnieni sportowcy amatorzy uprawiający sztuki i sporty walki, boks i pływaniarstwo:

- badania wstępne – 449,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu – 7,00 zł, OB. – 7,00 zł, morfologia z rozmazem – 10,00 zł, badanie laryngologiczne – 40,00 zł, badanie okulistyczne – 40,00 zł, badanie neurologiczne – 40,00 zł, badanie EEG mózgu – 100,00 zł),
- badania okresowe co 6 miesięcy – 125,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł),
- badania okresowe co 12 miesięcy – 229,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł),
- badania okresowe co 24 miesiące – 309,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu – 7,00 zł, OB. – 7,00 zł, morfologia z rozmazem – 10,00 zł, badanie laryngologiczne – 40,00 zł, badanie okulistyczne – 40,00 zł, badanie neurologiczne – 40,00 zł, badanie EEG mózgu – 100,00 zł.),
- badania i konsultacje kontrolne – częstotliwość i zakres w zależności od zaleceń lekarskich. Badania dotyczą sportowców amatorów z grupami dyspanseryjnymi lub posiadającymi orzeczenia lekarza uprawnionego, dopuszczającymi warunkowo do treningów ze względu na stan zdrowia. Dodatkowo badania kontrolne dla sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich.

Grupa III – uprawnieni sportowcy amatorzy uprawiający podnoszenie ciężarów:

- badania wstępne – 309,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu – 7,00 zł, OB. – 7,00 zł, morfologia z rozmazem – 10,00 zł, badanie laryngologiczne – 40,00 zł, badanie okulistyczne – 40,00 zł, badanie radiologiczne kręgosłupa lędźwiowego – 40,00 zł),
- badania okresowe co 6 miesięcy – 125,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł),
- badania okresowe co 12 miesięcy – 229,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł),
- badania okresowe co 24 miesiące – 309,00 zł (w tym: badanie ogólne lekarskie zakończone orzeczeniem lekarza medycyny sportowej – 80,00 zł, pomiary antropometryczne – 5,00 zł, badanie ortopedyczne – 40,00 zł, próby wysiłkowe – 40,00 zł, badanie stomatologiczne – 20,00 zł, EKG spoczynkowe – 20,00 zł, badania laboratoryjne: mocz z oceną osadu – 7,00 zł,

OB. – 7,00 zł, morfologia z rozmazem – 10,00 zł, badanie laryngologiczne – 40,00 zł, badanie okulistyczne – 40,00 zł, badanie radiologiczne kręgosłupa lędźwiowego – 40,00 zł),

- badania i konsultacje kontrolne – częstotliwość i zakres w zależności od zaleceń lekarskich. Badania dotyczą sportowców amatorów z grupami dyspenseryjnymi lub posiadającymi orzeczenia lekarza uprawnionego, dopuszczającymi warunkowo do treningów ze względu na stan zdrowia. Dodatkowo badania kontrolne dla sportowców regularnie i intensywnie trenujących, biorących udział w rozgrywkach na szczeblu ogólnopolskim: poziom sodu, potasu, żelaza, wapnia, ferrytyny i inne wg zaleceń lekarskich.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzony logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 200 000,00 zł (słownie: dwieście tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo:

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Ze względu na brak na terenie powiatu polkowickiego poradni medycyny sportowej oraz spotykane nieprawidłowości w postaci podpisywania przez nieuprawnionych lekarzy kart zdrowia zawodników (najczęściej bez wymaganych badań diagnostycznych). Stworzenie takiej poradni i dobra organizacja badań przyczyni się do podwyższenia bezpieczeństwa zdrowotnego sportowców.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Liczba sportowców amatorów, którzy zostaną przebadani w ramach poradni medycyny sportowej.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

- liczba sportowców, którzy otrzymują orzeczenie uprawniające do amatorskiego uprawiania sportu,
- liczba sportowców, u których wykryto schorzenia kwalifikujące do grup dyspenseryjnych, skierowanych na leczenie lub dalszą diagnostykę do POZ.

Załącznik Nr 8 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„PROFILAKTYKA CUKRZYCY I PROMOCJA ZDROWIA W CUKRZYCY W GMINIE
POLKOWICE”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, spowodowaną nieprawidłową produkcją insuliny w komórkach trzustki lub nieprawidłowym działaniem tego hormonu. Objawem nieprawidłowości jest podwyższony poziom cukru we krwi. Powoduje to uszkodzenie naczyń krwionośnych oraz nerwów, to prowadzi do powikłań cukrzycy. Klasyfikacja etiologiczna cukrzycy wg WHO z 1999 r.:

- cukrzyca typu 1 – zniszczenie komórek β trzustki z reguły prowadzące do całkowitego niedoboru insuliny.
- cukrzyca typu 2 – niewydolność komórek β trzustki od dominującej insulino odporności ze względnym niedoborem insuliny do dominującego upośledzenia wydzielania insuliny z insulinoodpornością.
- inne określone typy cukrzycy: defekt genetyczny czynności komórek β ; defekt genetyczny działania insuliny; choroby zewnątrzwydzielniczej części trzustki; endokrynopatie; cukrzyca wywołana przez leki lub substancje chemiczne; zakażenia (wrodzona różyczka, cytomegalia); rzadkie postacie immunologiczne; inne zespoły genetyczne.

Objawy cukrzycy:

- nadmierne pragnienie,
- zwiększone oddawanie moczu,
- niewyjaśniona redukcja masy ciała,
- senność,
- skłonność do różnego rodzaju infekcji (zwłaszcza grzybiczych),
- świąd skóry,
- ogólne osłabienie,
- zaburzenia widzenia.

Powikłania cukrzycy:

Powikłania mikronaczyniowe:

- retinopatia – uszkodzenie siatkówki należące do częstych przyczyn uszkodzenia wzroku,
- nefropatia – choroba nerek (najczęstsza przyczyna schyłkowej niewydolności nerek, która może wymagać dializy lub przeszczepu),
- neuropatia – uszkodzenie systemu nerwowego.

Powikłania makronaczyniowe:

- choroba niedokrwienna serca,
- choroba naczyniowa mózgu,
- choroba naczyniowa nóg,
- neuropatia w obrębie stóp i zaburzenie ukrwienia tej części kończyny prowadzi do rozwoju najbardziej złożonego powikłania – zespołu stopy cukrzycowej.

Światowa Organizacja Zdrowia stawia na priorytetowym miejscu problem chorób niezakaźnych, w tym cukrzycy. Czynniki ryzyka tej choroby są głównie związane z naszym stylem życia, zależą od naszych wyborów, a nie od systemu opieki zdrowotnej.

2. Epidemiologia

Głównymi przyczynami choroby są przede wszystkim predyspozycje genetyczne oraz czynniki środowiskowe. Według światowych statystyk cukrzyca jest chorobą bardzo rozpowszechnioną i występuje w każdym wieku. W ostatnich latach obserwuje się wzrost zachorowań na tę chorobę. Spowodowany on jest głównie nieodpowiednim odżywianiem, małą aktywnością fizyczną. Przedłużający się wiek życia człowieka również sprzyja rozwojowi cukrzycy.

Według danych epidemiologicznych na świecie żyje około 285 mln chorych na cukrzycę. Prognozuje się, że w roku 2025 liczba ta przekroczy 380 mln osób, a w roku 2030 - 400 mln. Według WHO każdego roku ok. 7 mln osób zapada na cukrzycę. Rocznie z powodu choroby i jej powikłań umiera ponad 3,8 mln osób. Wskaźnik zachorowalności na cukrzycę w krajach europejskich jest na poziomie 2 – 5%. Około 10% przypadków na świecie stanowi cukrzyca 1 typu. W ostatnich latach w wielu krajach, w tym w Polsce, obserwuje się wzrost zapadalności na cukrzycę typu 1 u dzieci poniżej 14 roku życia, głównie w rejonach miejskich. Osoby starsze chorują prawie wyłącznie na cukrzycę 2 typu. Szacuje się, że dotyczy ona 8 – 20% populacji powyżej 70 r. ż. W wieku młodszym choroba dotyczy zarówno mężczyzn jak i kobiet, natomiast w starszym wieku częściej chorują kobiety.

Wskaźnik chorobowości z powodu cukrzycy w Europie wynosi 3 - 6%, w Polsce 4 - 6% w zależności od regionu. W miastach 4 - 5%, a na wsi ok. 2,5%. Częstość występowania cukrzycy wzrasta z wiekiem – w populacji powyżej 65 r. ż. sięga 25 – 30%. Obecnie na cukrzycę choruje ok. 2,6 mln Polaków, z tego 90% stanowią osoby z cukrzycą typu 2, 10% typu 1. W Polsce chorzy z typem 2 stanowią 12 – 15% osób po 40 r. ż. Oprócz wzrastających zachorowań na cukrzycę wzrasta również liczba osób z tzw. stanem przedcukrzycowym. Stan ten charakteryzuje się podwyższonym poziomem glukozy we krwi. Z czasem przy braku odpowiedniego trybu życia stan ten przechodzi w cukrzycę. Obecnie z rozpoznanym stanem przedcukrzycowym na świecie żyje 344 mln osób, a przewiduje się, że w roku 2030 liczba ta wzrośnie do 472 mln.

Występowanie cukrzycy w Polsce i na świecie (dane wg Instytutu Cukrzycy w Melbourne)

ROK	Cukrzyca na świecie (w milionach)			Cukrzyca w Polsce (w tysiącach)		
	1994	2000	2010	1994	2000	2010
Typ 1	11,5	18,1	23,7	137	205	273
Typ 2	98,9	153,3	215,6	775	1147	1519
Razem typ 1 i 2	110,4	171,4	239,3	912	1352	1792

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

W programie wezmą udział mieszkańcy gminy Polkowice, bez względu na wiek i płeć osoby zagrożone cukrzycą typu II (obciążenia genetyczne, otyłość, mała aktywność fizyczna, nadciśnienie tętnicze krwi, podwyższony poziom glikemii, wysoki wskaźnik BMI) oraz osoby z tzw. zespołem przedcukrzycowym. Osoby te mogą zgłosić się same do programu, będą kierowane przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistów, pielęgniarki środowiskowo – rodzinne, dietetyków. Zakłada się również, że w programie wezmą udział pacjenci chorzy na cukrzycę (w zakresie edukacji powikłań cukrzycowych, pokazu sprzętu stosowanego w leczeniu cukrzycy itp.). Szacuje się, że w programie corocznie będzie uczestniczyć ok. 1400 osób, co stanowi ok. 5% populacji mieszkańców gminy Polkowice.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia POZ, w ramach którego lekarz powinien promować zdrowy styl życia i identyfikować czynniki ryzyka cukrzycy w populacji ogólnej. Zadaniem lekarza POZ jest również diagnostyka cukrzycy i stanów przedcukrzycowych.

W przychodni na terenie Polkowic działa poradnia diabetologiczna w ramach kontraktu z NFZ. Do zadań lekarza poradni należy prowadzenie chorych na cukrzycę typu 1 i innych typów leczonych wielokrotnymi iniekcjami, diagnostyka i leczenie cukrzyc monogenowych i współwystępujących z innymi chorobami, diagnostyka i monitorowanie powikłań, edukacja diabetologiczna, diagnostyka i leczenie cukrzycy w ciąży.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Cukrzyca to jeden z najpoważniejszych problemów współczesnego świata.
- Tylko kilka procent chorych jest leczonych i diagnozowanych zgodnie z najnowszymi standardami diabetologicznymi.
- Badania przesiewowe w cukrzycy typu 2 mają istotne znaczenie, gdyż przebiega ona długo bezobjawowo.
- Najlepsze wyniki leczenia cukrzycy i zapobieganie powikłaniom zapewnia kompleksowa opieka nad chorym oraz możliwość prowadzenia badań przesiewowych realizowana przez wykwalifikowany zespół, w skład którego wchodzi lekarz, pielęgniarka, edukator, dietetyk.
- Na terenie gminy w ramach kontraktu z NFZ nie ma zatrudnionego edukatora i dietetyka w cukrzycy.
- Doskonałym uzupełnieniem zadań lekarza POZ i diabetologa będzie edukacja w cukrzycy prowadzona przez edukatora – dietetyka oraz prowadzenie badań przesiewowych – oznaczenie glikemii, oznaczenie hemoglobiny glicowanej, badania lekarskie diabetologiczne na wsi.

- Ze względu na stały wzrost zachorowań na cukrzycę, włączenie się samorządów lokalnych w propagowanie działań zmierzających do zmniejszenia skutków społecznych tej choroby staje się koniecznością.
- Zakres zadań programu wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 w obszar 4 Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.

II. Cele programu

1. Cel główny:

Zapobieganie oraz wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2 oraz ograniczenie występowania powikłań.

2. Cele szczegółowe:

- zdiagnozowanie środowiska pod kątem występowania cukrzycy,
- monitorowanie poziomu glukozy we krwi,
- edukacja zdrowotna (podniesienie świadomości zdrowotnej w zakresie czynników ryzyka cukrzycy, motywowanie do zdrowego stylu życia itp.),
- zapobieganie powikłaniom cukrzycy,
- podjęcie działań ograniczających dalszy rozwój cukrzycy,
- dotarcie do mieszkańców wsi i miasta,
- współpraca ze stowarzyszeniem diabetyków.

3. Oczekiwane efekty:

- poprawa zachowań zdrowotnych mieszkańców gminy Polkowice,
- zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy Polkowice,
- ułatwiony dostęp do wczesnej diagnostyki diabetologicznej,
- wczesne wykrycie choroby,
- zapobieganie powikłaniom u diabetyków,
- obniżenie kosztów leczenia cukrzycy.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba osób, które wzięły udział w programie, w tym liczba osób które zostały objęte programem z grupy ryzyka, leczonych na cukrzycę w POZ i/lub poradni diabetologicznej,
- odsetek osób, u których wykryto cukrzycę, stan przedcukrzycowy, w tym liczba osób skierowanych na dalsze leczenie,
- liczba osób, która zgłosiła się na badanie Hb1c, w tym liczba osób z prawidłowym wynikiem i liczba osób ze stwierdzonym nieprawidłowym poziomem Hb1c.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

W programie wezmą udział mieszkańcy gminy Polkowice, bez względu na wiek i płeć osoby zagrożone cukrzycą typu II (obciążenia genetyczne, otyłość, mała aktywność fizyczna, nadciśnienie tętnicze krwi, podwyższony poziom glikemii, wysoki wskaźnik BMI) oraz osoby z tzw. zespołem przedcukrzycowym. Osoby te mogą zgłosić się same do programu, będą kierowane przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistów, pielęgniarki środowiskowo – rodzinne, dietetyków. Zakłada się również, że w programie wezmą udział pacjenci chorzy na cukrzycę (w zakresie edukacji powikłań cukrzycowych, pokazu sprzętu stosowanego w leczeniu cukrzycy itp.). Szacuje się, że w programie corocznie będzie uczestniczyć ok. 1400 osób, co stanowi ok. 5% populacji mieszkańców gminy Polkowice.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,

- ogłoszenie/plakaty w oddziale Stowarzyszenia Diabetyków w Polkowicach,
- ogłoszenia w aptekach,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- spotkanie z sołtysami,
- ogłoszenia w parafiach na wsi.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne:

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki czynników ryzyka cukrzycy.
- realizacja programu:
 - a. edukacja w zakresie powikłań cukrzycowych osób chorych,
 - b. edukacja w zakresie profilaktyki cukrzycy osób zdrowych,
 - c. wczesne wykrywanie cukrzycy poprzez badanie poziomu cukru we krwi metodą paskową, badanie glikemii przygodnej, badanie poziomu hemoglobiny glikowanej, badanie insulinooporności, badanie krzywej cukrowej,
 - d. kontrola leczenia cukrzycy.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po jego zakończeniu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba i jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

W programie może wziąć udział mieszkaniowiec gminy Polkowice, bez względu na wiek i płeć w następujących przypadkach:

- cukrzyca lub stan przedcukrzycowy,
- ryzyko zachorowania na cukrzycę (otyłość, nadwaga, nadciśnienie tętnicze, obciążenia genetyczne, wysoki wskaźnik BMI i inne),
- powikłania w cukrzycy.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia będą realizowane w ramach:

- punktu konsultacyjnego – „szkoła edukacji w cukrzycy”,
- badań w zakresie poziomu cukru we krwi,
- badań hemoglobiny glikowanej dla osób ze stwierdzoną cukrzycą,
- badanie insulinooporności,
- badanie krzywej cukrowej,
- glukoza + insulina,
- krzywa insulinowa,
- wykładów prowadzonych przez dietetyka/edukatora w cukrzycy,
- konsultacji lekarskich diabetologicznych dla mieszkańców wsi, którzy wezmą udział w badaniach zorganizowanych na terenach wiejskich, osób ze stwierdzoną cukrzycą, stanem przedcukrzycowym (z informacji lekarzy POZ pracujących na terenie gminy Polkowice wynika, że mieszkańcy wsi, zwłaszcza w starszym wieku, którzy chorują na cukrzycę leczą się nieregularnie i często występują u nich powikłania w cukrzycy).

Algorytm postępowania z pacjentem biorącym udział w badaniach skryningowych (który w wywiadzie nie podaje rozpoznanej cukrzycy), u którego stwierdzono podwyższony poziom cukru we krwi i dodatkowe czynniki ryzyka zachorowania na cukrzycę:

- wynik oraz ustalone na podstawie wywiadu czynniki ryzyka pacjent otrzymuje na piśmie (specjalnie opracowany formularz „Skryning - badanie w kierunku cukrzycy”),
- pacjent otrzymuje informację od osoby przeprowadzającej badanie, ustną oraz pisemną zawartą w formularzu „Skryning - badanie w kierunku cukrzycy” dotyczącą konieczności udania się do lekarza POZ oraz możliwości skorzystania z edukacji w ramach programu.

Algorytm postępowania z pacjentem (z rozpoznaną cukrzycą) z podwyższonym poziomem hemoglobiny glikowanej:

- wynik pacjent otrzymuje na piśmie,
- w przypadku wyniku nieprawidłowego pacjent otrzymuje ustną i pisemną informację o konieczności konsultacji w poradni diabetologicznej.

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Wyłonione w ramach programu osoby z cukrzycą lub stanem przedcukrzycowym oraz w razie powikłań w cukrzycy zostaną objęte opieką medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia medycznego (POZ, poradnia diabetologiczna).

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, który zostanie wyłoniony w drodze konkursu. Z wyłonionym podmiotem zostanie zawarta umowa na czas realizacji programu. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarz diabetolog,
- edukator w cukrzycy,
- dietetyk,
- pielęgniarka.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet lekarski,
- gabinet na punkt konsultacyjny – prowadzenie edukacji,
- gabinet pielęgniarski – badania poziomu cukru we krwi metodą paskową, badanie hemoglobiny glikowanej, badanie glikemii przygodnej,
- laboratorium,
- sala wykładowa,
- dostęp do gabinetu zabiegowego.

Wyposażenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie gabinetu lekarskiego i pielęgniarskiego,
- glukometry, testy paskowe,
- aparat do pomiaru hemoglobiny glikowanej,
- sprzęt audiowizualny.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- poparcie Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego – pomimo braku twardych dowodów na efektywność kliniczną programów profilaktyki i promocji zdrowia w cukrzycy,
- program wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 w obszarze 4 Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki.
- zadania programu są zgodne z priorytetem zdrowotnym ogłoszonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018, poz. 469),
- podobne programy są prowadzone przez jednostki samorządowe na terenie kraju.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- lekarska konsultacja diabetologiczna – 100,00 zł,
- wykład – 250,00 zł,
- porada pielęgniarska – edukacja w cukrzycy – 55,00 zł,
- badanie glukozy we krwi – 9,00 zł,
- badanie hemoglobiny glikowanej – 22,00 zł,
- badanie glikemii przygodnej – 22,00 zł,
- przegląd penów i sprzętu diagnostycznego – 10,00 zł,
- badanie krzywej cukrowej – 14,00 zł,
- badanie krzywej insulinowej – 60,00 zł,
- badanie poziomu glukozy i insuliny (insulinooporność) – 37,00 zł.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzony logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 50 000,00 zł (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- zapobieganie cukrzycy, zwłaszcza typu 2 jest możliwe głównie poprzez prowadzenie badań przesiewowych oraz programów edukacyjnych,
- wspieranie mieszkańców przez samorząd lokalny w trosce o ich zdrowie to działania nie do zastąpienia,
- jak wskazują zalecenia Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, programy polityki zdrowotnej (edukacyjne i badania przesiewowe) są doskonałym uzupełnieniem zadań lekarzy POZ i poradni diabetologicznej,
- wykorzystanie umiejętności edukatora w cukrzycy, dietetyka, pielęgniarki oraz lekarza diabetologa (działania poza kontraktem z NFZ) pozwolą na profilaktykę w cukrzycy.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób, które zgłosiły się na badania w zakresie wykrywania cukrzycy,
- liczby osób, które wzięły udział w edukacji,
- liczby osób, u których wystąpiły powikłania cukrzycowe,
- liczby przeprowadzonych wykładów.

Efekty realizacji programu będą mierzalne w wymiarze długoterminowym.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie:

- liczby osób z wykrytym stanem przedcukrzycowym, w tym liczby osób skierowanych na dalszą diagnostykę do POZ,
- liczby osób, które zostały skierowane do lekarza POZ ze względu na nieprawidłowy poziom cukru we krwi i występujące czynniki ryzyka,
- liczba wyników fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych,
- liczby osób, które zostały objęte programem z grupy ryzyka, leczonych na cukrzycę w POZ i/lub poradni diabetologicznej,
- liczby osób, które zgłosiły się na badanie Hb1c, w tym liczby osób z prawidłowym wynikiem i liczby osób ze stwierdzonym nieprawidłowym poziomem Hb1c.

Załącznik Nr 9 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
„PROFILAKTYKA I PROMOCJA ZDROWIA W CHOROBAH UKŁADU KRAŻENIA,
W TYM REHABILITACJA PACJENTÓW PO UDARZE MÓZGU”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Choroby układu krążenia (CHUK) są określane mianem „współczesnej epidemii”, gdyż należą do najczęstszych chorób naszej ery. Pozostają nadal najważniejszą przyczyną umieralności wśród kobiet i mężczyzn w Polsce. Prawie co drugi Polak umiera z powodu chorób serca i naczyń, zaś z powodu CHUK umiera rokrocznie więcej osób niż z powodu pięciu kolejnych przyczyn razem wziętych.

CHUK stanowią jedną z najważniejszych przyczyn absencji chorobowej, hospitalizacji oraz inwalidztwa prawnego, wpływają także znacznie na jakość życia Polaków, szczególnie osób w wieku średnim i podeszłym. Konsekwencją tego są ogromne wydatki ze środków publicznych i własnych obywateli na leczenie CHUK. Szacuje się, że związane z tą grupą chorób obciążenia finansowe dla systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej wynoszą ok. 110 mld. euro rocznie.

Do najważniejszych czynników ryzyka CHUK należą: podwyższone ciśnienie krwi, wysoki poziom lipidów we krwi, nadwaga/otyłość i cukrzyca. Czynniki ryzyka związane są z niewystarczającym poziomem aktywności fizycznej, stresem, nieprawidłowymi warunkami pracy i odpoczynku, zaawansowanym wiekiem – co nabiera szczególnego znaczenia przy narastającym zjawisku starzenia się społeczeństwa oraz czynnikami genetycznymi.

Zmiana zachowań życiowych na „prozdrowotne” może zdecydowanie wpłynąć na zarówno na zmniejszenie liczby zachorowań na choroby układu krążenia jak i na częstotliwość nawrotów.

2. Epidemiologia chorób układu krążenia

Wskaźnik zachorowań na choroby układu krążenia w 2008 r. (wskaźnik na 10 tys. ludności) wynosił 164,0 w tym na Dolnym Śląsku 137,7. CHUK stanowią ok. 45% przyczyn ogółu zgonów. W Polsce najczęstszymi przyczynami zgonów w grupie chorób układu krążenia są w kolejności: choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń mózgowych tętnic i tętniczek oraz nadciśnienie tętnicze. Od początku lat 90. obserwuje się stopniowy spadek umieralności z powodu chorób układu krążenia, jednak nadal utrzymywana jest relatywnie wysoka umieralność w Polsce w porównaniu do innych krajów Unii Europejskiej. Bardzo niepokojące jest, że co trzeci zgon sercowo-naczyniowy mężczyzn i co dziesiąty kobiet dotyczy osób w wieku młodym i średnim (poniżej 64 r. ż.). Przedstawiając to w liczbach bezwzględnych w ciągu jednego roku choroby serca i naczyń pozbawiły zdecydowanie przedwcześnie życia prawie 24 tysiące mężczyzn i ponad 8 tysięcy kobiet.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Programem objęte zostaną 3 grupy osób uprawnionych, zamieszkałych na terenie gminy Polkowice:

I grupa - pacjenci wymagający stałego nadzoru kardiologicznego, ok. 600 osób:

- po zawale serca,
- po zabiegach kardiochirurgicznych,
- wypisani z Oddziału Kardiologicznego w okresie do 30 dni od wypisu, z zaleceniem opieki kardiologicznej.

II grupa – każdy mieszkaniec gminy Polkowice od 30 r. ż. lub młodszych ze wskazań lekarskich, który zgłosi się do punktu profilaktyki i monitorowania chorób układu krążenia, celem przeprowadzenia badań w kierunku wczesnego wykrywania chorób układu krążenia, ok. 1200 osób.

III grupa – pacjenci po udarze mózgu, ok. 70 osób.

Razem ok. 1870 osób, co stanowi ok. 10% populacji gminy Polkowice, podlegającej zadaniom programowym.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej POZ, w ramach którego lekarz powinien promować zdrowy styl życia i identyfikować czynniki ryzyka chorób układu krążenia w populacji ogólnej. Zadaniem lekarza POZ jest również diagnostyka chorób układu krążenia.

W Przychodni na terenie Polkowic działa poradnia kardiologiczna w ramach kontraktu z NFZ. Do zadań lekarza poradni należy prowadzenie chorych na CHUK, diagnostyka i leczenie, diagnostyka i monitorowanie powikłań.

Przychodnia posiada kontrakt z NFZ na świadczenia poradni neurologicznej, logopedycznej, psychologicznej oraz na zabiegi rehabilitacyjne.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Względy medyczne:

- choroby układu krążenia są głównym powodem umieralności i inwalidztwa ludności,
- wczesne wykrycie chorób układu krążenia skutkuje znacznym obniżeniem odsetka umieralności i powikłań chorobowych,
- poprawa skuteczności leczenia kardiologicznego,
- edukacja prozdrowotna.

Względy organizacyjne:

Przychodnia Lekarska na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na kardiologiczne świadczenia medyczne. Kontrakt ze względu na wprowadzone przez NFZ limity oraz brak należytego finansowania nie jest w stanie prawidłowo zabezpieczyć opieki kardiologicznej dla mieszkańców gminy Polkowice. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że pacjenci wymagający stałego nadzoru kardiologicznego są pozbawieni możliwości kontaktu z lekarzem. Przerzucenie zadań dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia na lekarzy POZ spowodowało, że idea wczesnego wykrywania tych chorób jest słabo wdrożona. Brak stałego punktu pielęgniarskiego w zakresie wczesnej interwencji kardiologicznej pozwalającego na szybką interwencję kompetentnego pracownika, powoduje obniżenie bezpieczeństwa zdrowotnego polkowiczian.

II. Cele programu

1. Cel główny

Zmniejszenie śmiertelności i wczesne wykrywanie chorób układu krążenia wśród mieszkańców gminy Polkowice.

2. Cele szczegółowe:

- rozpoznawanie zagrożeń chorobami sercowo – naczyniowymi,
- wczesne wykrywanie poszczególnych czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- ustalanie właściwego postępowania na podstawie indywidualnego profilu zdrowotnego,
- poprawa dostępności do lekarza kardiologa.
- wczesna rehabilitacja (fizjoterapeutyczna, psychologiczna, logopedyczna) pacjentów po udarach mózgu,
- edukacja zdrowotna w zakresie zdrowego stylu życia, diety, aktywności ruchowej i innych czynników mających wpływ na ryzyko wystąpienia CHUK

3. Oczekiwane efekty

- poprawa zachowań zdrowotnych mieszkańców gminy Polkowice,
- zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców gminy Polkowice,
- ułatwiony dostęp do wczesnej diagnostyki kardiologicznej,
- wczesne wykrycie choroby.
- zapobieganie powikłaniom chorób układu krążenia,
- obniżenie kosztów leczenia,
- ułatwienie powrotu do sprawności psychofizycznej pacjentów po udarach mózgu.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba osób, które wzięły udział w programie,
- odsetek osób, u których wykryto choroby układu krążenia, w tym ile osób skierowano na dalsze leczenie i rehabilitację.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Z programu skorzysta ok. 1870 osób, mieszkańców gminy Polkowice co stanowi ok. 10% populacji gminy Polkowice, podlegającej zadaniom programowym.

Programem objęte zostaną 3 grupy osób uprawnionych, zamieszkałych na terenie gminy Polkowice:

I grupa – pacjenci wymagający stałego nadzoru kardiologicznego, ok. 600 osób:

- po zawale serca,
- po zabiegach kardiochirurgicznych,
- wypisani z oddziałów szpitalnych w okresie do 30 dni od wypisu, z zaleceniem opieki kardiologicznej;

II grupa – każdy mieszkaniec gminy Polkowice od 30 r. ż. lub młodszych ze wskazań lekarskich, który zgłosi się do punktu profilaktyki i monitorowania chorób układu krążenia, celem przeprowadzenia badań w kierunku wczesnego wykrywania chorób układu krążenia, ok. 1200 osób;

III grupa – pacjenci po udarze mózgu, ok. 70 osób.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,
- ogłoszenie/plakaty w siedzibach stowarzyszeń charytatywnych w Polkowicach,
- ogłoszenia w aptekach,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- ogłoszenia w parafiach na wsi.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- realizacja programu:
 - a. edukacja w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia dla chorych i ich rodzin,
 - b. wczesne wykrywanie chorób układu krążenia poprzez badania: profilu ryzyka sercowo-naczyniowego, pomiar BMI, RR, badania laboratoryjne (cholesterol całkowity, cholesterol LDL, cholesterol HDL, trójglicerydy, kreatynina, eGFR, elektrolity: K, Na, morfologia, transaminazy: GOT, GPT),
 - c. porady dietetyczki,
 - d. kontrola leczenia chorób układu krążenia w tym: learskie konsultacje kardiologiczne, USG serca (na zlecenie lekarza kardiologa), EKG wysiłkowe (na zlecenie lekarza kardiologa), EKG spoczynkowe z opisem, 24 godzinna rejestracja EKG metodą Holtera (na zlecenie lekarza kardiologa), 24 godzinna rejestracja RR metodą Holtera (na zlecenie lekarza kardiologa), badania dodatkowe w razie potrzeby – na zlecenie lekarza (rtg klatki piersiowej, kręgosłupa szyjnego, spirometria, usg tarczycy, przepływy naczyniowe, badanie poziomu homocysteiny),
 - e. wczesna rehabilitacja pacjentów po udarach mózgu (fizjoterapeutyczna, logopedyczna, psychologiczna).

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

W programie może wziąć udział każdy mieszkaniec gminy Polkowice, który ukończył 30 r. ż. lub młodszy ze wskazań lekarskich w następujących przypadkach:

- gdy w rodzinie występowały choroby układu krążenia,
- po zawale serca,
- po zabiegach kardiochirurgicznych,
- wypisani z oddziałów szpitalnych w okresie do 30 dni (od wypisu), z zaleceniem opieki kardiologicznej,
- pacjenci po udarach mózgu,
- osoby biorące udział w badaniach przesiewowych.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia będą realizowane w ramach:

- punktu profilaktyki i monitorowania chorób układu krążenia, w ramach którego będą realizowane: porady lekarza kardiologa, porady pielęgniarki – edukatora w chorobach układu krążenia, badania ryzyka zagrożenia CHUK, zakładanie Holtera EKG i RR, badanie EKG spoczynkowego, wysiłkowego, ustalenie BMI, pobranie materiału do badań laboratoryjnych, kierowanie na inne badania specjalistyczne, porady dietetyczki,
- dla pacjentów po udarach mózgu (świadczenia realizowane w zależności od potrzeb w przychodni i w domu pacjenta): zabiegi fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne (10 – 20 zabiegów) na zlecenie lekarza specjalisty, lekarza POZ lub mgr rehabilitacji/fizjoterapii, terapia logopedyczna (do terapii kwalifikuje logopeda, lekarz POZ lub lekarz specjalista), liczba zajęć logopedycznych zależna od opinii logopedy, terapia psychologiczna (do terapii kwalifikuje psycholog, lekarz POZ lub lekarz specjalista), liczba zajęć psychologicznych zależna od opinii psychologa.

Algorytm postępowania z pacjentem biorącym udział w badaniach skryningowych (który w wywiadzie nie podaje rozpoznanej choroby układu krążenia), u którego profil ryzyka chorób układu krążenia jest nieprawidłowy:

- wyniki oraz ustalone czynniki ryzyka pacjent otrzymuje na piśmie (ankieta „Profil ryzyka chorób układu krążenia”),
- pacjent otrzymuje informację od osoby przeprowadzającej badanie, ustną oraz pisemną zawartą w ankiecie o konieczności udania się do lekarza POZ lub kardiologa (w ramach programu) oraz możliwości skorzystania z edukacji w ramach programu.

Algorytm postępowania z pacjentem (z rozpoznaną chorobą układu krążenia):

- wynik pacjent otrzymuje na piśmie,
- w przypadku wyniku nieprawidłowego pacjent zostaje przez pielęgniarkę punktu profilaktyki i monitorowania chorób układu krążenia zarejestrowany do lekarza kardiologa (w ramach programu).

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Wyłonione w ramach programu osoby z chorobą układu krążenia oraz w razie powikłań zostaną objęte opieką medyczną w ramach powszechnego ubezpieczenia medycznego (POZ, poradnia kardiologiczna, w przypadku udarów mózgu: neurologiczna, logopedyczna, psychologiczna).

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarz kardiolog,
- pielęgniarka kardiologiczna,
- pielęgniarka punktu profilaktyki i monitorowania CHUK,
- pielęgniarka pracowni prób wysiłkowych,

- lekarz pracowni prób wysiłkowych,
- dietetyk,
- logopeda,
- psycholog,
- neurolog,
- fizjoterapeuci.

Współpracują: lekarze POZ, laboranci, radiolog, rejestratorka, koordynator programu, informatyk.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- punkt profilaktyki i monitorowania chorób układu krążenia,
- gabinet lekarski,
- pracownia badań wysiłkowych,
- laboratorium,
- pracownia RTG,
- dział rehabilitacji,
- gabinet logopedyczny,
- gabinet psychologiczny,
- dostęp do gabinetu zabiegowego.

Wypożyczenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie gabinetu lekarskiego i pielęgniarskiego,
- aparaty Holter EKG i Holter RR,
- aparat USG + głowice kardiologiczne,
- aparat USG + głowice convex i liniowe,
- aparat EKG,
- bieżnia do badań wysiłkowych,
- komputer z drukarką,
- sprzęt laboratoryjny „Cobas”,
- sprzęt i aparatura laboratoryjna,
- aparat RTG w technologii cyfrowej,
- stół do masażu,
- UGUL,
- magnetron,
- aquawibron,
- wanna do hydroterapii,
- wyposażona sala gimnastyczna,
- standardowo wyposażone gabinety logopedyczny i psychologiczny.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- program wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020. Obszar 4 „Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki”,
- zadania programu są zgodne z priorytetem zdrowotnym ogłoszonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469) – zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu,
- podobne programy są prowadzone przez inne jednostki samorządowe w Polsce.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- lekarska konsultacja kardiologiczna – 100,00 zł,

- USG serca – 120,00 zł,
- EKG wysiłkowe – 100,00 zł,
- EKG spoczynkowe z opisem – 30,00 zł,
- 24 godzinna rejestracja EKG metodą Holtera – 150,00 zł,
- 24 godzinna rejestracja RR metodą Holtera – 150,00 zł,
- badanie profilu ryzyka sercowo – naczyniowego – 55,00 zł,
- pomiar BMI – 6,00 zł,
- porada pielęgniarska kardiologiczna – 37,00 zł,
- porada dietetyczki – 55,00 zł,
- badanie Total Body – 140,00 zł,
- badania laboratoryjne: cholesterol całkowity – 7,00 zł, cholesterol LDL – 7,00 zł, cholesterol HDL – 7,00 zł, trójglicerydy – 7,00 zł, kreatynina – 7,00 zł, eGFR – 3,00 zł, elektrolity: K – 7,00 zł, Na – 7,00 zł, morfologia – 7,00 zł, GOT – 7,00 zł, GPT – 7,00 zł,
- konsultacja lekarska neurologiczna lub internistyczna pacjenta po udarze mózgu – 100,00 zł,
- terapia logopedyczna ambulatoryjna – 110,00 zł,
- terapia psychologiczna ambulatoryjna – 110,00 zł,
- wizyta domowa lekarska – 130,00 zł,
- wizyta domowa psychologiczna – 130,00 zł,
- wizyta domowa logopedyczna – 130,00 zł,
- wizyta domowa rehabilitanta – 130,00 zł,
- rehabilitacja ambulatoryjna gimnastyka ogólnoustrojowa ambulatoryjna, indywidualna (czynna lub bierna) – 90,00 zł,
- masaż suchy leczniczy – 90,00 zł.

Promocja programu

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 260 000,00 zł (słownie: dwieście sześćdziesiąt tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- zapobieganie chorobom układu krążenia jest możliwe głównie poprzez prowadzenie badań przesiewowych oraz programów edukacyjnych,
- zapobieganie powikłaniom chorób układu krążenia jest możliwe pod warunkiem odpowiedniej dostępności do specjalistów (kardiologa, w przypadku udarów mózgu: neurologa, logopedy, psychologa, zabiegów rehabilitacyjnych; najlepiej tuż po rozpoznaniu choroby), limity porad wprowadzone przez NFZ powodują długie kolejki oczekujących na wizytę,
- wspieranie mieszkańców przez samorząd lokalny w trosce o ich zdrowie to działania nie do zastąpienia,
- wykorzystanie umiejętności pielęgniarki – edukatora w chorobach układu krążenia, dietetyka oraz lekarza kardiologa (działania poza kontraktem z NFZ) pozwolą na profilaktykę w chorobach układu krążenia.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób, które zgłosiły się na badania w zakresie wczesnego wykrywania chorób układu krążenia,
- liczby osób, które skorzystały z porad kardiologicznych,
- liczby pacjentów po udarach mózgu, którzy skorzystali z programu.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie:

- liczby osób, u których profil chorób układu krążenia jest na tyle nieprawidłowy, że wymagają działań edukacyjnych (zmiany stylu życia),
- liczby osób, które zostały skierowane do lekarza POZ lub kardiologa ze względu na podejrzenie choroby układu krążenia,
- liczby osób po udarach, u których nastąpi poprawa stanu psychofizycznego po przeprowadzonej terapii.

Załącznik Nr 10 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„PROMOCJA ZDROWIA HIGIENY JAMY USTNEJ ORAZ ZAPOBIEGANIE PRÓCHNICY
POPRAZECZ LECZENIE STOMATOLOGICZNE ZACHOWAWCZE”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Próchnica zębów jest chorobą społeczną. Występuje we wszystkich krajach świata, jest ściśle związana z warunkami cywilizacyjnymi. Przyczyny próchnicy:

- dietetyczne, czyli za duża ilość spożywanych węglowodanów, szczególnie długo trzymanych w jamie ustnej,
- niedostateczna higiena jamy ustnej,
- unikanie jedzenia twardych pokarmów, oczyszczających zęby,
- niektóre choroby,
- nieprawidłowe odżywianie (niedobór wapnia, witamin, niektórych mikroelementów).

Szerzenie się próchnicy w zębach mlecznych jest szybsze, niż w zębach stałych. U dzieci można obserwować próchnicę tzw. wczesną, która pojawia się zaraz po wyrżnięciu zębów i próchnicę tzw. określoną, kiedy szybki przebieg choroby w okolicach przyszyjkowych doprowadza w krótkim czasie do odłamania koron zębowych. Znaczną podatność na proces próchniczny charakteryzuje również zęby stałe świeżo wyrżnięte. U osób młodych i dzieci przebieg i szerzenie się procesu próchniczego jest szybkie, dominuje postać próchnicy ostrej wilgotnej.

Powikłania i następstwa nieleczonej próchnicy:

- miejscowe – zapalenie tkanek około wierzchołkowych zęba, ropień około zębowy, przetoka ropna, zęby które zostaną usunięte u dzieci mogą powodować wady zgryzu;
- odległe: zakażenie krwi, choroby reumatyczne, choroby serca.

2. Epidemiologia

W Polsce według krajowego konsultanta w dziedzinie stomatologii dziecięcej wynika, że 85,4% 6-latków, 94% 15-latków, 96% 18-latków cierpi na próchnicę. Z tego powodu co dziesiąty 15-latek miał usunięty co najmniej jeden ząb. W Polsce wskaźnik zapadalności na próchnicę utrzymuje się na tym samym poziomie od 30 lat. Przeciętnie dzieci mają więcej, niż pięć zębów zaatakowanych przez próchnicę. Ich rówieśnicy z Europy zachodniej zaledwie jeden. Tylko 15% zębów przedszkolaków dotkniętych próchnicą jest leczona. Na zachodzie Europy wskaźnik ten wynosi ok. 80%. W efekcie w Polsce spośród 5 zębów mlecznych z próchnicą ponad 4 wymaga leczenia lub usunięcia. W Polsce 12-latek ma trzy zęby z próchnicą. W Szwecji maksymalnie jeden.

Jak wynika z badań TNS i OBOP, 12% Polaków nową szczoteczkę do zębów kupuje raz na 14 miesięcy. Statystycznie każdy Polak odwiedza gabinet dentystyczny raz na 4 lata, najczęściej wtedy gdy ból zęba staje się nie do zniesienia. 25% Polaków rzadziej siada na fotel dentystyczny, niż raz na dwa lata. 4% naszych rodaków uniknie wizyty u stomatologa do końca życia.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Dostęp do programu będą miały wszystkie dzieci od 3 r. ż. oraz dzieci i młodzież realizujące obowiązek szkolny w placówkach nauczania i wychowania w Polkowicach oraz w placówkach szkolnych poza gminą. Ogółem liczba osób ok. 4000.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia stomatologiczne, w ramach którego stomatolodzy przyjmują dzieci i młodzież szkolną w poradni.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Trzy międzynarodowe organizacje: Światowa Federacja Dentystyczna, Międzynarodowe Stowarzyszenie Stomatologii Dziecięcej, Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań w Dziedzinie Stomatologii, a także WHO sformułowały wspólne cele, którymi są promocja zdrowia i minimalizacja wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój człowieka oraz minimalizacja wpływu na jednostkę i społeczeństwo chorób systemowych przebiegających z objawami w jamie ustnej. Ponadto, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych

zostały ustalone działania dotyczące tworzenia warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania.

II. Cele programu

1. Cel główny

Zapobieganie próchnicy, w razie potrzeby leczenie choroby próchniczej.

2. Cele szczegółowe programu:

- zapewnienie stałej opieki stomatologicznej w placówkach szkolno–wychowawczych z zakresu stomatologii zachowawczej,
- zapewnienie dzieciom i młodzieży systematycznego planowego leczenia stomatologicznego na terenie szkoły,
- poprawa stanu zdrowia populacji w wieku szkolnym,
- pokonanie strachu przed wizytą w gabinecie stomatologicznym,
- nauka higieny i podstawowych zasad prawidłowego żywienia,
- lakierowanie powierzchni płaskich zębów,
- uszczelnianie bruzd zębów trzonowych i przedtrzonowych na powierzchniach żujących,
- zabezpieczenie próchnicy powierzchniowej w przednich zębach mlecznych (impregnacja).

3. Oczekiwane efekty

- zwiększenie co najmniej o 30% odsetka dzieci objętych edukacją zdrowotną w ramach promocji zdrowia higieny jamy ustnej,
- zmniejszenie częstości występowania choroby próchniczej u dzieci i młodzieży,
- zmniejszenie ciężkości przebiegu choroby próchniczej w uzębieniu mlecznym i stałym.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba dzieci, które wzięły udział w edukacji prozdrowotnej w zakresie higieny jamy ustnej,
- liczba wykonanych zabiegów w zakresie zapobiegania próchnicy: lakowanie i lakierowanie zębów,
- liczba dzieci i młodzieży szkolnej, która wzięła udział w programie,
- liczba wyleczonych zębów.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Dostęp do programu będą miały wszystkie dzieci od 3 r. ż. oraz dzieci i młodzieży realizujące obowiązek szkolny i nauki w placówkach nauczania i wychowania w Polkowicach oraz w placówkach szkolnych poza gminą. Szacuje się, że w programie weźmie udział ok. 4000 osób.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- ogłoszenia/plakaty w Przychodni w Polkowicach,
- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w mediach społecznościowych,
- informacja w TV Polkowickiej,
- informacje w placówkach szkolnych,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- głoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,

- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury na temat higieny jamy ustnej.
- realizacja programu:
 - a. Gabinet Higieny Jamy Ustnej - zakres świadczeń:
 - przegląd stanu uzębienia oraz instruktaż higieny przeprowadzony przy rodzicach,
 - informacja dla rodziców dotycząca niezbędnych do wykonania zabiegów profilaktycznych, bądź leczniczych,
 - wizyta adaptacyjna dla dziecka w gabinecie stomatologicznym,
 - ocena ryzyka występowania próchnicy (intensywność próchnicy w zębach mlecznych stanowi przesłankę jej nasilenia w zębach stałych),
 - zaplanowanie serii zabiegów profilaktycznych: w przypadku lakierowania (zabieg profilaktyczny) wizyty co 3 miesiące, w przypadku lakierowania (u dzieci zagrożonych próchnicą) wizyty 1 raz tygodniu przez 5 tygodni po pół roku powtórzona seria zabiegów, lakowanie, w zależności od wieku dziecka 1 do 4 zębów przy każdej wizycie, impregnacja - seria 3 wizyt w odstępach tygodnia (kolejne serie w zależności od potrzeb), oraz ekstrakcje, wypełnienia. Planujemy objęcie programem dzieci w wieku 3 - 8 lat.
 - Edukacja dzieci w przedszkolach.
 - b. Stomatologia zachowawcza realizowana w placówkach szkolnych oraz w soboty w przychodni – zakres świadczeń:
 - badania stomatologiczne,
 - instruktaż higieny,
 - wypełnienia powierzchni,
 - wypełnianie kanałów,
 - ekstrakcje,
 - inne zabiegi i efekty pośrednie (np. opatrunki lecznicze, dewitalizacja, amputacja, trepanacja itp.),
 - diagnostyka radiologiczna,
 - edukacja w profilaktyce próchnicy.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Dostęp do programu będą miały wszystkie dzieci od 3 r. ż. oraz dzieci i młodzież realizujące obowiązek szkolny w placówkach nauczania i wychowania w Polkowicach oraz w placówkach szkolnych poza gminą.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Gabinet Higieny Jamy Ustnej:

- gabinet będzie czynny 2 razy w tygodniu po 3 godziny,
- 1 raz w tygodniu przez 3 godziny będzie prowadzona przez higienistkę stomatologiczną edukacja w przedszkolach na terenie gminy Polkowice.

Stomatologia zachowawcza:

- program będzie realizowany w gabinetach stomatologicznych na terenie szkół w Polkowicach. Stomatolog będzie przyjmował dzieci i młodzież w każdej szkole 2 razy w tygodniu po 3 godziny,
- ze względu na brak gabinetu stomatologicznego w SP w Jędrzychowie dzieci z tej szkoły będą przyjmowane w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 4,
- we wszystkie soboty pacjenci będą przyjmowani w gabinecie stomatologicznym w przychodni (dzieci, młodzież realizujący obowiązek szkolny poza Polkowicami).

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W razie potrzeby dzieci i młodzież szkolna mogą korzystać z poradni stomatologicznej w przychodni, która posiada kontrakt z NFZ.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze stomatolodzy,
- asystentki stomatologiczne,
- higienistki stomatologiczne.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety stomatologiczne na terenie szkół w Polkowicach,
- gabinet stomatologiczny w Przychodni (dyżury sobotnie),
- gabinet higieny jamy ustnej na terenie Przychodni,
- pracownia RTG.

Wyposażenie w sprzęt:

- unity w każdym gabinecie,
- aparat do zdjęć RTG zębów,
- autoklawy do sterylizacji narzędzi,
- narzędzia stomatologiczne,
- lampy światłoutwardzalne,
- aparatura do skalingu.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

Program był realizowany dla mieszkańców gminy Polkowice w latach 2001 – 2018. Z analiz dotyczących realizacji programu wynika, że zgłaszalność do programu jest bardzo wysoka i wynosi w granicach 80%.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- badania stomatologiczne – 40,00 zł,
- wypełnienie powierzchni – 75,00 zł,
- wypełnienie kanału – 60,00 zł,
- ekstrakcja – 60,00 zł,
- dewitalizacja – 15,00 zł,
- trepanacja – 15,00 zł,
- ekstirpacja – 15,00 zł,
- nacięcie ropnia – 40,00 zł,
- dłutowanie – 50,00 zł,
- badanie rtg – 15,00 zł,
- znieczulenie – 30,00 zł,
- impregnacja – 45,00 zł,
- lakowanie – 17,00 zł,
- lakierowanie – 17,00 zł,
- usuwanie osadu – 50,00 zł,
- edukacja – każde wejście do grupy przedszkolnej – 150,00 zł.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,

- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzony logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty działań edukacyjnych i promocyjnych zostały wliczone w procedury medyczne.

- 2. Planowane roczne koszty całkowite:** 450 000,00 zł (słownie: czterysta pięćdziesiąt tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo:

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- Wspieranie mieszkańców przez samorząd lokalny w trosce o ich zdrowie to działania nie do zastąpienia.
- Aby obniżyć liczbę dzieci i młodzieży, u których występuje próchnica jest wskazana wczesna profilaktyka, edukacja i ułatwiony dostęp do stomatologa.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby dzieci i młodzieży, które wzięły udział w programie,
- liczby dzieci w wieku przedszkolnym, które zostały objęte edukacją.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie:

- liczby wykonanych zabiegów w zakresie zapobiegania próchnicy: lakowania i lakierowania zębów,
- liczby wyleczonych zębów.

Załącznik Nr 11 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„SZKOŁA RATOWNICTWA”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Pierwsza pomoc przedmedyczna to szybkie zorganizowanie działania prowadzone przez osoby z otoczenia ofiary nieszczęśliwego wypadku. Sprawne działanie ma często wpływ na dalsze życie i zdrowie poszkodowanego. Niepodjęcie lub zbyt późne podjęcie pierwszej pomocy pogarsza rokowania chorych i prowadzi do stanu, w którym tylko u 25% poszkodowanych można doprowadzić do ustabilizowania czynności życiowych i dotransportować żywych do szpitala. Każdy świadek zdarzenia, w którym stan zdrowia lub życia są zagrożone, ma obowiązek udzielić pomocy poszkodowanym. Poważnym zagrożeniem dla zdrowia i życia człowieka jest nagłe zatrzymanie krążenia. Właściwym postępowaniem w tym przypadku jest jak najszybsze udzielenie pierwszej pomocy przedmedycznej zgodnie ze schematem zalecanych podstawowych czynności podtrzymujących życie. Poważnym zagrożeniem dla życia człowieka jest utrata przytomności ze względu na możliwość zachłyśnięcia się treścią żołądkową lub zapadnięciem dróg oddechowych. Szybkie podjęcie pomocy przedmedycznej jest również istotne w urazach, złamaniach, zranieniach, oparzeniach i urazach elektrycznych.

2. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Programem zamierza się objąć mieszkańców gminy Polkowice ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkolnej, pracowników zakładów pracy, mieszkańców terenów wiejskich.

3. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Od 2008 roku na terenie gminy Polkowice cyklicznie organizowane były szkolenia z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w ramach programu zdrowotnego - „Szkoła Ratownictwa”. Program był finansowany ze środków pochodzących z budżetu gminy Polkowice.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) w art. 4 mówi: „Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności, ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia”,
- przedmiotowa ustawa definiuje pierwszą pomoc jako zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia,
- ustawa kładzie także duży nacisk na edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy medycznej.

II. Cele programu

1. Cel główny:

Edukacja mieszkańców gminy Polkowice w zakresie umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, w miejscu zdarzenia do czasu przekazania ich personelowi działającemu w systemie Ratownictwa Medycznego. Zainspirowanie pracodawców oraz kierowników jednostek organizacyjnych oraz gospodarzy obiektów do zakupu sprzętu do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

2. Cele szczegółowe:

- nauka prawidłowego rozpoznawania i reagowania w stanach zagrożenia życia,
- sztuka opanowania strachu i niepewności przy udzielaniu pierwszej pomocy.
- dobór odpowiednich treści, metod i form przekazu wiedzy z zakresu ratownictwa medycznego w zależności od tematu, wieku uczestników oraz specyficznych potrzeb środowiska,
- popularyzacja wiedzy z zakresu ratownictwa,

- prowadzenie zajęć dydaktycznych z wykorzystaniem zaproponowanych w ofercie pomocy dydaktycznych wspomagających proces nauki,
- wykłady z wykorzystaniem nowoczesnych technik multimedialnych: zagadnienia prawne, pojęcie systemu ratownictwa, zasady prawidłowego postępowania w miejscu wypadku, zasady prawidłowego wzywania pierwszej pomocy, schematy postępowania w przypadkach zagrożenia, omówienie zawartości apteczki, zasady postępowania z poszkodowanym (dorosłym, dzieckiem),
- ćwiczenia z wykorzystaniem profesjonalnego sprzętu ratunkowego, podczas których uczestnicy pod nadzorem trenera ćwiczą: na manekinie medycznej prawidłowy masaż serca, zabezpieczenie złamań, zwichnięć, skręceń (z użyciem symulatorów urazów), opatrywanie ran, oparzeń (z użyciem symulatorów ran), umiejętność zabezpieczania kręgosłupa szyjnego, postępowanie przy omdleniach, hipoglikemii (niedocukrzeniu), dokonanie oceny parametrów podstawowych funkcji życiowych, podejmowanie i prowadzenie medycznych czynności ratunkowych w stanach nagłych, przewidywanie wystąpienia sytuacji niebezpiecznych i podejmowanie działań profilaktycznych.

3. Oczekiwane efekty

- przygotowanie uczestników zajęć do udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej,
- zwiększenie świadomości społecznej na temat możliwości uratowania życia lub zdrowia innej osobie,
- zwiększenie odsetka osób, które przeżyją dzięki natychmiastowej akcji udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej,
- zmniejszenie ryzyka powikłań.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Liczba osób, które wzięły udział w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Programem zamierza się objąć mieszkańców gminy Polkowice ze szczególnym uwzględnieniem młodzieży szkolnej pracowników zakładów pracy, mieszkańców terenów wiejskich. Szacuje się, że w programie weźmie udział ok. 700 osób.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,
- ogłoszenia w aptekach,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,
- spotkanie z sołtysami,
- ogłoszenia w parafiach na wsi.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),

- b. przygotowanie materiałów edukacyjnych – ulotki, broszury.
- realizacja programu:
 - a. dla grup zorganizowanych 15 – 20 osób realizacja programu na terenie wskazanym przez kierownika grupy/sołtysa/nauczyciela (o ile zostaną spełnione warunki do prowadzenia zajęć – mogą być np.: świetlice wiejskie, sale lekcyjne, sale przy kościele itp.) lub w sali konferencyjnej podmiotu realizującego program. Terminy realizacji ustalone indywidualnie dla każdej grupy, zgłoszenia u koordynatora programu,
 - b. dla osób indywidualnych - rejestracja osobiście lub telefonicznie u koordynatora programu (po zebraniu grupy 10 – 15 osób) realizacja programu na terenie podmiotu realizującego program, w sali konferencyjnej, w terminie ustalonym przez koordynatora.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Dostęp do programu będą miały osoby indywidualne oraz grupy zorganizowane.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- zajęcia będą prowadzone w formie teoretycznej - wykład/pogadanka (w zależności od grupy odbiorczej) z wykorzystaniem nowoczesnych technik multimedialnych,
- ćwiczenia z wykorzystaniem profesjonalnego sprzętu ratunkowego.

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej nie jest powiązana ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez podmiot leczniczy, posiadający doświadczenie w realizacji podobnych zadań, który zostanie wyłoniony w drodze konkursu. Z wyłonionym podmiotem zostanie zawarta umowa na czas trwania programu. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu tj.: ratownicy medyczni, certyfikowani instruktorzy ratownictwa.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi związane z prowadzonym wykładem i ćwiczeniami:

Wypożyczenie w sprzęt: defibrylator treningowy, torba reanimacyjna wyposażona, zestaw imitacji ran, fantomy szkoleniowe szt. 3 osoby dorosłej + 1 dziecka, maseczki ratownicze, rękawiczki, folia termoizolacyjna, laryngoskop, zestaw do tlenoterapii, worek Ambu, aparat RR, szyny Kramera do unieruchamiania, rurka krtaniowa, rurki ustno – gardłowe, zestaw ssący, opatrunki (różne wymiary i rodzaje), materace do prowadzenia zajęć, materiały edukacyjne (filmy, broszury, ulotki, opaski z numerem alarmowym), sprzęt multimedialny.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej wydało zalecenia dotyczące nauczania pierwszej pomocy. Na wstępie stwierdzono, że początkowe ogniwo „łańcucha przeżycia”, którym jest pierwsza pomoc udzielana przez przypadkowych świadków nagłego zdarzenia, często decyduje o możliwości przeżycia osoby zagrożonej lub rozległości ewentualnego przyszłego kalectwa.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

- przeszkolenie 1 osoby w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej – 72,00 zł.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 50 000,00 zł (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- sprawne działanie ma często wpływ na dalsze życie i zdrowie poszkodowanego,
- niepodjęcie lub zbyt późne podjęcie pierwszej pomocy pogarsza rokowania chorych i prowadzi do stanu, w którym tylko u 25% poszkodowanych można doprowadzić do ustabilizowania czynności życiowych i dotransportować żywych do szpitala,
- każdy świadek zdarzenia, w którym stan zdrowia lub życia są zagrożone, ma obowiązek udzielić pomocy poszkodowanym.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie liczby osób, które wzięły udział w zajęciach Szkoły Ratownictwa.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie liczby osób, które skorzystały z zajęć w Szkole Ratownictwa.

Załącznik Nr 12 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„MONITOROWANIE ZDROWIA W OCHRONIE EKOLOGICZNEJ DZIECKA W ŚRODOWISKU DOMOWYM, SZKOLNYM ORAZ W TRAKCIE POBYTU UCZNIÓW KLAS III SZKÓŁ PODSTAWOWYCH Z GMINY POLKOWICE NA ZIELONYCH SZKOŁACH”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Gmina Polkowice jest położona na terenie Legnicko – Głogowskiego Okręgu Miedziowego (LGOM). Zagłębie Miedziowe jest zaliczane do obszarów o szczególnym zagrożeniu ekologicznym. Jest to wynik skażenia środowiska metalami ciężkimi, w tym najbardziej toksycznym ołowiem. Mikrointoksykacja metalami toksycznymi (przede wszystkim ołowiem) jest poważnym problemem społeczno – lekarskim. Badania wskazują na skutki zdrowotne tych skażeń. Podstawę oceny wielkości narażenia środowiskowego dzieci na ołów oraz wystąpienie potencjalnych skutków zdrowotnych narażenia stanowi obecnie pomiar stężeń ołowiu we krwi.

Z danych Fundacji na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, która od 1991 roku prowadzi badania dotyczące zagrożeń ekologicznych dzieci na obszarze LGOM, w tym z gminy Polkowice wynika, że u dzieci mieszkających w obrębie dużych emitorów stwierdza się nadmierne narażenie na ołów. Na przestrzeni lat 1991 – 2009 powyższe badania wykazały obniżanie się średniego stężenia ołowiu we krwi dzieci. Stężenie ołowiu oznaczonego w 1991 roku mieściło się w przedziale 2,0 – 35,5 µg/dl przyjmując wartość średnią $10,12 \pm 4,47$ µg/dl krwi. W 2009 roku średnia ołowiu wynosiła $4,1 \pm 1,1$ µg/dl. Najwyższe średnie stężenie ołowiu we krwi i najwyższy procent dzieci, u których stwierdzono przekroczenie stężenia dopuszczalnego, odnotowano w gminach zlokalizowanych w rejonach oddziaływania hut miedzi. Nie należy zapominać o znacznym wpływie na stan intoksykacji środków transportu. W bezpośrednim sąsiedztwie Polkowic znajduje się droga krajowa nr 3.

2. Epidemiologia

Dzieci stanowią grupę najwyższego ryzyka narażenia na ołów. Dziecko ma pięciokrotnie wyższą wydajność wchłaniania ołowiu na drodze pokarmowej i większe pobieranie w stosunku do masy ciała w porównaniu z dorosłymi. Dziecko wolniej niż dorosły usuwa nagromadzony ołów. Narażenie dziecka zwiększa jego aktywność życiową, a także wydajność procesów metabolicznych.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Dostęp do programu będą miały wszystkie dzieci w wieku od 3 r. ż. ze szczególnym uwzględnieniem uczniów klas III szkół podstawowych. Liczba dzieci ok. 700.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie poradni pediatrycznej, w ramach którego lekarz powinien promować zdrowy styl życia i identyfikować czynniki ryzyka w zakresie ekologii.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Monitoring zdrowotny dzieci narażonych na oddziaływanie metali ciężkich jest niezbędny w prawidłowym postępowaniu w zakresie zdrowia dziecka.
- Edukacja w zakresie ekologii ze szczególnym uwzględnieniem zapobiegania ołowicy.
- Leczenie apiterapeutyczne i klimatyczne (z równoczesnym monitorowaniem poziomu ołowiu we krwi przed i po leczeniu) skutkuje obniżeniem poziomu metali ciężkich w organizmie dziecka.
- Zakres zadań programu wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Obszar nr 4 „Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki”.

II. Cele programu

1. Cel główny

Profilaktyka, leczenie oraz edukacja mająca na celu zmniejszenie skutków zanieczyszczeń przemysłowych i cywilizacyjnych środowiska naturalnego. Apiterapia i udział w leczeniu klimatycznym, dzieci narażonych na oddziaływanie metali ciężkich.

2. Cele szczegółowe

- badania laboratoryjne na zawartość ołowiu we krwi u dzieci z terenu gminy Polkowice (przed i po przeprowadzonej kuracji na zielonej szkole),

- wykonywanie opracowań zbiorczych wyników badań i ocena stanu zdrowotnego badanej populacji dziecięcej,
- edukacja ekologiczna i prozdrowotna – pogadanki pielęgniarskie i lekarskie w szkołach – spotkania z rodzicami,
- konsultacje lekarskie dzieci z podwyższonym poziomem ołowiu we krwi,
- badania na obecność metali ciężkich u dzieci z grupy ryzyka,
- opieka medyczna nad dziećmi na zielonej szkole,
- prowadzenie apiterapii na zielonej szkole,
- wykonywanie innych badań diagnostycznych na zlecenie lekarza.

3. Oczekiwane efekty

- ograniczenie narażenia na szkodliwe czynniki środowiskowe, ze szczególnym uwzględnieniem metali ciężkich,
- redukcja skutków ubocznych szkodliwych czynników środowiskowych,
- zmniejszenie narażenia na szkodliwe czynniki ze szczególnym uwzględnieniem metali ciężkich poprzez edukację zdrowotną,
- obniżenie poziomu metali ciężkich we krwi u dzieci.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba dzieci, które wzięły udział w programie,
- liczba dzieci z prawidłowym i podwyższonym poziomem ołowiu we krwi – w ramach monitoringu badań przed i po leczeniu apiterapeutycznym i klimatycznym.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Programem zostaną objęte wszystkie dzieci w wieku od 3 r. ż. ze szczególnym uwzględnieniem uczniów klas III szkół podstawowych, z podejrzeniem lub rozpoznaniem podwyższonego poziomu metali ciężkich we krwi. Szacuje się, że w programie weźmie udział ok. 700 osób.

2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,
- ogłoszenie/plakaty w przychodni w Polkowicach,
- informacja poprzez pielęgniarki szkolne,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

Poniżej podane działania dotyczą uczniów klas III szkół podstawowych

1 etap – Edukacja:

- prelekcje i pogadanki dla dzieci i rodziców z udziałem lekarza, pielęgniarki/terapeuty,
- kolportaż materiałów edukacyjnych,
- ankiety środowiskowe – informacje rodziców o warunkach w jakich wychowywane są dzieci (ustalenie diagnozy środowiskowej),

2 etap - Badania laboratoryjne na obecność ołowiu w surowicy krwi;

3 etap - Ustalenie diagnozy:

- analiza wyników badań laboratoryjnych przed wyjazdem dzieci na „Zieloną szkołę” (1 turnus ok. 150 dzieci),
- analiza ankiet środowiskowych,
- ustalenie grup ryzyka,
- badania lekarskie,
- badania dodatkowe uzupełniające (w razie potrzeby) we współpracy z pediatrami i specjalistami,

- morfologia, poziom żelaza, inne metale ciężkie (miedź, cynk),
- konsultacje specjalistyczne (neurolog, psycholog);

4 etap – opieka medyczna na zielonej szkole:

- całodobowa (z zakwaterowaniem) opieka pielęgniarska. Jedna pielęgniarka obejmie opieką ok. 50 dzieci. Do zadań pielęgniarki należy: opieka medyczna nad dziećmi podczas podróży z Polkowic do ośrodka wypoczynkowego i z powrotem, opieka medyczna nad dziećmi na terenie ośrodka jak i poza nim (wycieczki, spacer grupowe, imprezy sportowe, imprezy kulturalno-oświatowe), w razie potrzeby udział w transporcie chorego do szpitala/poradni na badania diagnostyczne, wykonywanie zleceń lekarskich, pielęgnacja chorego dziecka, zapobieganie chorobom poprzez edukację zdrowotną, uczestniczenie w nadzorze nad przygotowaniem i wydawaniem posiłków, zwłaszcza w zaleceniach dietetycznych, nadzór nad lekami i materiałami opatrunkowymi, odpowiedzialność za magazyn leków i materiałów opatrunkowych, prowadzenie obowiązującej dokumentacji medycznej, kontrola i nadzór nad czystością osobistą dzieci oraz otoczenia, odpowiedzialność za stan higieniczno-sanitarny izolatek, realizacja zaleceń apiterapeutycznych, przekazanie rodzicom zaleceń końcowych apiterapeutycznych (na piśmie),
- całodobowa opieka lekarska – lekarz dostępny w ramach dyżuru telefonicznego całodobowo – na wezwanie pielęgniarki oraz podczas wizyt zgodnie z ustalonym harmonogramem. Do zadań lekarza należy: pomoc w nagłych wypadkach, rozpoznanie i leczenie chorób, w razie potrzeby opieka medyczna w trakcie transportu chorego do szpitala/poradni specjalistycznej, wydawanie zaleceń dietetycznych, nadzór nad leczeniem apiterapeutycznym, prowadzenie obowiązującej dokumentacji,
- leczenie ze szczególnym uwzględnieniem apiterapii i leczenia klimatycznego. Zalecenia apiterapeutyczne wydaje lekarz Poradni Promocji Zdrowia w Ochronie Ekologicznej Dziecka: dla dzieci z prawidłowym poziomem ołowiu: 2 x dziennie miód (po 15 gram) + 2 x dziennie 1 tabletkę propolisu + 0,5 litra wody mineralnej dziennie, dla dzieci z podwyższonym poziomem ołowiu: 3 x dziennie miód (po 15 gram) + 3 x dziennie 1 tabletkę propolisu + 0,5 litra wody mineralnej dziennie,
- w nagłych zachorowaniach leczenie farmakologiczne

Poniżej podane działania dotyczą dzieci po zielonej szkole i apiterapii

5 etap - badania kontrolne:

- badania lekarskie,
- badania kontrolne laboratoryjne dzieci po przeprowadzonej terapii,
- ustalenie diagnozy i dalszego postępowania (ewent. medycznego),
- analiza wyników badań laboratoryjnych po wyjeździe dzieci na zieloną szkołę.

Wszystkie dzieci z podejrzeniem lub rozpoznaniem podwyższonego poziomu metali ciężkich we krwi będą mogły zgłosić się do Poradni Promocji Zdrowia w Ochronie Ekologicznej Dziecka, która będzie prowadzona przez lekarza i pielęgniarkę.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba oraz jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

W programie mogą wziąć udział wszystkie dzieci od 3 r. ż. ze szczególnym uwzględnieniem uczniów klas III szkół podstawowych, mieszkańcy gminy Polkowice. W przypadku uczniów klas III szkół podstawowych, kwalifikacja uczestników będzie dokonywana w porozumieniu ze szkołami na terenie gminy.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Program będzie realizowany w ramach:

- Poradni Promocji Zdrowia w Ochronie Ekologicznej Dziecka: porada lekarska, porada pielęgniarska, edukacja w Poradni, edukacja w szkołach dla dzieci i rodziców, organizacja badań diagnostycznych, prowadzenie diagnoz środowiskowych, monitorowanie i analiza wyników badań na poziom ołowiu we krwi,
- pobytu dzieci na zielonej szkole: całodobowa opieka lekarska – dyżur telefoniczny – wizyty zgodnie z ustalonym harmonogramem oraz na każde wezwanie pielęgniarki, całodobowa

opieka pielęgniarska, leczenie ze szczególnym uwzględnieniem leczenia apiterapeutycznego i klimatycznego.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W razie chorób spowodowanych podwyższonym poziomem metali ciężkich (układ oddechowy, pokarmowy, nerwowy) dzieci będą mogły być leczone w przychodni lekarskiej w Polkowicach, która posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie poradni dzieci zdrowych i chorych.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarz pediatra,
- pielęgniarka pediatryczna,
- współpracują: lekarz neurolog, lekarze pediatrizy, laboranci, psycholog, Fundacja na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego, pielęgniarki szkolne.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinet lekarski Poradni Promocji Zdrowia w Ochronie Ekologicznej Dziecka,
- gabinet psychologiczny,
- gabinet neurologiczny,
- gabinety pediatryczne,
- laboratorium,
- gabinety szkolne medyczne.

Wypożyczenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie gabinetów lekarskich i pielęgniarskich,
- komputer, drukarka,
- program komputerowy do analizy wyników badań na poziom ołowiu we krwi,
- Cobas – sprzęt laboratoryjny,
- sprzęt i aparatura laboratoryjna.

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- zakres zadań programu wpisuje się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Obszar nr 4 „Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki”,
- program był realizowany na terenie gminy Polkowice w latach 1993 – 2018. Z analiz przeprowadzonych w ramach programu wynikało, że poziom metali ciężkich po leczeniu klimatycznym dzieci ulegał obniżeniu,
- z analiz Fundacji na Rzecz Dzieci Zagłębia Miedziowego w Legnicy, z którą gmina Polkowice współpracuje od 1993 r. wynika, że działania edukacyjne, lecznicze i działania zdrowotne prowadzone w ramach programu w latach 1993 – 2018 są skuteczne.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- badanie lekarza prowadzącego poradnię – 80,00 zł,
- badanie pielęgniarskie – 25,00 zł,
- badanie krwi na poziom ołowiu – 38,00 zł,
- badanie laboratoryjne wg zaleceń lekarskich – 7,00 zł (każde),
- wykład lekarza dla rodziców, dzieci i pedagogów – 250,00 zł,
- wykład pielęgniarki dla dzieci – 70,00 zł.

Zielona Szkoła:

- całodobowa opieka pielęgniarska z zakwaterowaniem i ubezpieczeniem – 4 000,00 zł (1 pielęgniarka). Opiekę sprawować będą 3 pielęgniarki (łącznie 12.000,00 zł),
- całodobowa opieka lekarska (dyżur) – 4 000,00 zł. Opiekę sprawować będzie 1 lekarz,
- leki i środki pomocnicze (apteczki I pomocy, leki I pomocy, leki w nagłych zachorowaniach, środki dezynfekcyjne, materiały opatrunkowe) – 8 000,00 zł,
- preparaty apiterapeutyczne (miód spadziowy, tabletki propolisowe, woda mineralna wapniowo-magnezowa) – 19 000,00 zł,

Działania edukacyjne i promocyjne – koszty w kalkulowane w ceny procedur medycznych.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 140 000,00 zł (słownie: sto czterdzieści tysięcy złotych),

3. Źródła finansowania

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- działania edukacyjne ekologiczne ze szczególnym uwzględnieniem metali ciężkich prowadzą do ograniczenia narażenia na te czynniki oraz redukcji skutków ubocznych,
- monitorowanie poziomu ołowiu u dzieci przed i po leczeniu klimatycznym i apiterapeutycznym daje możliwość obserwacji wpływu leczenia na organizm dziecka,
- monitoring poziomu ołowiu pozwala na ocenę na przestrzeni lat wpływu środowiska na poziom metali ciężkich w organizmie dziecka,
- wspieranie mieszkańców przez samorząd lokalny w trosce o ich zdrowie to działania nie do zastąpienia.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby dzieci, które zostały przyjęte w Poradni Promocji Zdrowia w Ochronie Ekologicznej Dziecka,
- liczby uczniów, u których wykonano badania krwi w kierunku poziomu ołowiu,
- liczby uczniów, którzy wzięli udział w zielonej szkole.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności świadczeń nastąpi poprzez monitorowanie poziomu ołowiu we krwi u dzieci (badania skryningowe ze szczególnym uwzględnieniem uczniów klas III szkół podstawowych).

Załącznik Nr 13 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**OPIEKA PALIATYWNO – HOSPICYJNA NAD PACJENTEM PRZEWLEKLE
I NIEULECZALNIE CHORYM REALIZOWANA W ŚRODOWISKU DOMOWYM
I PRZYCHODNI**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Opieka hospicyjna dotyczy chorych z ustalonym rozpoznaniem, z objawami czynnej postępującej choroby, tak zaawansowanym, że należy oczekiwać zgonu w najbliższej przyszłości. Celem medycyny paliatywnej nie jest dążenie do wyleczenia ani zahamowanie postępu choroby, ale poprawienie jakości ostatniego okresu życia. Dla chorych, u których leczenie onkologiczne zakończyło się niepowodzeniem, opieka paliatywna może zapewnić opanowanie bólu i innych objawów a także wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe.

W związku z ograniczoną dostępnością pacjentów do świadczeń w zakresie medycyny hospicyjnej, finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, proponowany program ma na celu uzupełnienie świadczeń, które są zagwarantowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.).

2. Epidemiologia

W Polsce rocznie umiera ok. 380 tys. osób, w tym z powodu chorób nowotworowych ponad 70 tys. Choroby nowotworowe są przyczyną ponad 25% wszystkich zgonów, w tym ok. 40% zgonów kobiet w wieku 45 – 65 lat i 30% zgonów mężczyzn w wieku 45 – 65 lat. Ostatnie 20-lecie przyniosło wzrost zachorowań na choroby nowotworowe. Obecnie co piąty mieszkaniec naszego kraju umiera z powodu nowotworu złośliwego. Po 75 roku życia już co drugi mieszkaniec umiera z tego powodu. Opieki hospicyjnej i paliatywnej w naszym kraju wymaga rocznie około 200.000 chorych dorosłych i ponad 2.000 dzieci.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

- pacjenci przewlekle i terminalnie chorzy – około 50 pacjentów zostanie objętych opieką hospicyjną i paliatywną,
- około 23 kobiety po mastektomii - AMAZONKI - w różnym stanie zdrowia,
- pacjenci, którym niezbędne będzie podanie leków we wlewach kroplówkowych na zlecenie lekarza - około 400 wlewów kroplowych w punkcie kroplówkowym,
- rodziny pacjentów przewlekle i nieuleczalnie chorych – w razie potrzeby.

Ww. dane wynikają z doświadczenia w realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej, który był realizowany w latach ubiegłych na terenie gminy Polkowice.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie hospicyjnej i paliatywnej, a także na świadczenia poradni onkologicznej, POZ, poradni rehabilitacyjnej oraz na świadczenia w zakresie fizykoterapii i terapii psychologicznej.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- z doświadczenia w realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej, który był realizowany przez 14 lat na terenie gminy Polkowice wynika, że dostęp do świadczeń w zakresie opieki hospicyjnej i pielęgniarstwa opieki długoterminowej wzrósł o ok. 20%,
- Amazonki nie mają żadnych przywilejów związanych z opieką rehabilitacyjną, psychologiczną, onkologiczną. Muszą w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego - świadczeń gwarantowanych przez NFZ oczekiwać w kolejce na rehabilitację (masaż leczniczy, limfatyczny) ok. 3 miesiące, do psychologa na wizytę ok. 1 miesiąca. Dostęp do lekarza onkologa w ramach NFZ – czas oczekiwania w kolejce ok. 1 miesiąca. W ramach NFZ na terenie gminy nie ma zorganizowanej kinezyterapii dla Amazonek,
- punkt kroplówkowy i sala obserwacyjna pozwala na udzielenie pomocy chorym z ostrym bólem i nagłym pogorszeniem stanu zdrowia bez potrzeby hospitalizacji,
- opieka domowa istotnie zmniejsza koszty leczenia w porównaniu z leczeniem szpitalnym,
- realizacja programu polityki zdrowotnej podniesie poziom bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców gminy Polkowice,
- osiągnięcie standardów świadczeń i standardów postępowania w opiece paliatywnej zgodnie z wytycznymi WHO i Rady Europy,

- zalecenia zawarte w Rekomendacjach Rady Europy z dnia 12 listopada 2003 r. dotyczące organizacji opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy, zobowiązują kraje członkowskie do poprawy w zakresie dostępności i finansowania opieki nad cierpiącymi chorymi u schyłku życia.

II. Cele programu

1. Cel główny

Poprawa jakości życia chorych i ich rodzin w przebiegu nieuleczalnej choroby.

2. Cele szczegółowe programu

- zwalczanie wszechogarniającego bólu,
- leczenie objawowe innych dolegliwości somatycznych,
- pielęgnacja,
- rehabilitacja ruchowa,
- łagodzenie cierpień psychicznych i duchowych poprzez rehabilitację psychiczną,
- pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
- wspieranie rodzin w czasie trwania choroby i osierocenia,
- edukacja zdrowotna osób objętych opieką, członków ich rodzin oraz pracowników.

3. Oczekiwane efekty

- poprawa dostępności do usług w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej domowej,
- opieka nad Amazonkami w zakresie rehabilitacji, ułatwienie dostępu do psychologa i onkologa,
- zapobieganie powikłaniom chorobowym.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Liczba osób, które wzięły udział w programie w tym:
 - liczba podopiecznych w opiece paliatywnej i hospicyjnej,
 - liczba Amazonek,
 - liczba osób korzystających z punktu kroplówkowego.
- Liczba udzielonych świadczeń w tym:
 - liczba świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej,
 - liczba świadczeń skierowanych do Amazonek,
 - liczba wlewów kroplowych.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Do programu będą mieli dostęp wszyscy mieszkańcy gminy Polkowice, którzy są obłożnie, przewlekłe i terminalnie chorzy:

- pacjenci przewlekłe i terminalnie chorzy – około 50 pacjentów zostanie objętych opieką hospicyjną i paliatywną,
- około 23 kobiety po mastektomii - AMAZONKI - w różnym stanie zdrowia,
- pacjenci, którym niezbędne będzie podanie leków we wlewach kroplówkowych na zlecenie lekarza - około 400 wlewów kroplowych w punkcie kroplówkowym,
- rodziny pacjentów przewlekłe i nieuleczalnie chorych – w razie potrzeby.

Ww. dane wynikają z doświadczenia w realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej i hospicyjnej, który był realizowany w poprzednich latach na terenie gminy Polkowice.

2. Tryb zapraszania do programu:

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest dobry dostęp do pełnej informacji o jego realizacji, uzyskiwanej wieloma kanałami:

- informacja o programie na stronie internetowej gminy,
- informacja o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informacja w Polkowickiej Telewizji Kablowej,
- informacja w mediach społecznościowych,
- wywiad na temat programu w prasie lokalnej,

- rozmowy indywidualne.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- zawarcie umowy na realizację programu,
- przygotowanie do programu,
- dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa, lekarze POZ),
- realizacja programu:
 - a. opieka nad pacjentem w domu: świadczenia lekarskie, pielęgniarские, psychologiczne, rehabilitacyjne, socjalne - dostępność całodobowa w opiece paliatywnej domowej przez 7 dni w tygodniu:
 - leczenie bólu,
 - leczenie innych objawów somatycznych,
 - świadczenia pielęgniarские,
 - zapobieganie powikłaniom,
 - rehabilitacja zgodnie ze zleceniem lekarza,
 - zapewnienie i kierowanie na specjalistyczne konsultacje medyczne,
 - zapewnienie zleconych badań,
 - zapewnienie zleconego transportu,
 - zaspokajanie potrzeb psychicznych pacjenta nieuleczalnie chorego i jego rodziny,
 - pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych,
 - zaspokajanie potrzeb duchowych,
 - bezpłatne wypożyczanie sprzętu do pielęgnacji chorego oraz sprzętu rehabilitacyjnego i aparatury medycznej,
 - edukacja i poradnictwo zdrowotne,
 - opieka nad osieroconymi.
 - b. Amazonki - rehabilitacja ruchowa:
 - wykonywanie gimnastyki oddechowej,
 - masaż limfatyczny,
 - ćwiczenia bierne, czynne z rehabilitantem,
 - kinezyterapia grupowa,
 - w razie potrzeby ułatwiony dostęp do psychologa i onkologa.
 - c. punkt kroplówkowy w Przychodni - gabinet czynny 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, a w nim podłączanie wlewów dożylnych.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluacji po zakończeniu programu. Na każdym etapie monitorowania programu, w razie potrzeby, będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników oraz liczba i jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do programu będą mieli dostęp wszyscy mieszkańcy gminy Polkowice, którzy są terminalnie chorzy:

- w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej - zasady przyjęcia i realizacja opieki nad pacjentem zgodnie z wymogami NFZ (nie dotyczy limitowania wizyt personelu medycznego),
- Amazonki – każda kobieta po mastektomii, mieszkanka gminy Polkowice,
- w ramach Punktu kroplówkowego – realizacja zleceń lekarskich.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia realizowane w ramach programu są dla uczestników bezpłatne.

Świadczenia w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej udzielane będą codziennie w domu chorego i przychodni (indywidualne konsultacje dla pacjentów onkologicznych we wczesnej fazie choroby i konsultacje dla rodzin chorych), w razie potrzeby całodobowo.

Świadczenia dla amazońek w dni wyznaczone – indywidualnie dla każdej pacjentki oraz zajęcia grupowe 2 x w tygodniu.

W stanach ostrych – świadczenia natychmiast w punkcie kroplówkowym – codziennie całodobowo.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

W razie potrzeby osoby biorące udział w programie będą miały dostęp poradni paliatywnej, opieki hospicyjnej domowej, poradni onkologicznej zabiegów rehabilitacyjnych, lekarzy POZ oraz gabinetu zabiegowego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeń gwarantowanych przez NFZ.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez jednostkę medyczną, która zostanie wyłoniona w drodze konkursu. Z wyłonioną jednostką zostanie zawarta umowa na czas trwania świadczeń. Realizacja umowy będzie monitorowana.

7. Kompetencje /warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarz opieki paliatywnej,
- lekarze onkolodzy,
- lekarze internści (certyfikat ukończenia kursu medycyny paliatywnej),
- lekarz pediatra (certyfikat ukończenia kursu medycyny paliatywnej),
- pielęgniarki hospicjum i opieki długoterminowej,
- fizjoterapeuci,
- psycholog,
- pielęgniarki punktu kroplówkowego,
- pracownik socjalny,
- współpracują: lekarze POZ, laboranci, rejestratorka, koordynator programu, informatyk.

Pomieszczenia, w których będzie realizowany program, będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety ośrodka opieki paliatywno-hospicyjnej,
- punkt kroplówkowy,
- sala gimnastyczna,
- gabinety fizykoterapii,
- gabinety kinezyterapii,
- wodolecznictwo,
- gabinet masażu,
- gabinet psychologa.

Wypożyczenie w sprzęt:

- standardowe wyposażenie pracowni RTG,
- standardowe wyposażenie pracowni USG,
- pompy infuzyjne,
- materace przeciwoodleżynowe,
- udogodnienia dla osób leżących (wałki, krążki),
- kule, laski, balkoniki, łóżka itp.,
- ssaki,
- koncentrator tlenu,
- fotel sanitarny,
- inhalator pneumatyczny,
- nebulizator tłokowy,
- materac przeciwoodleżynowy pneumatyczny,
- podnośnik pacjenta,
- wózek inwalidzki,
- łóżka rehabilitacyjne,
- waga elektroniczna,
- ergometry, rower treningowy, bieżnia, orbitrek,

- bieżnia z poręczami,
- stół rehabilitacyjny do masażu,
- kijki treningowe do nordicwalking,
- dysk sensomotoryczny,
- biofeedback (urządzenie do psychoterapii i psychoedukacji),
- piłki rehabilitacyjne.

Podmiot realizujący program będzie także dysponował wypożyczalnią sprzętu rehabilitacyjnego (wózek inwalidzki, kule łokciowe, temblaki, kołnierze ortopedyczne, inhalatory, materac przeciwoleżynowy pneumatyczny, stolik przyłóżkowy rehabilitacyjny, krzesło sanitarne, łóżko rehabilitacyjne, MDH Rotor dla Kdd, drabinka, balkonik, podpórka, itp.).

8. Dowody skuteczności planowanych działań

- program wpisuje się w zalecenia WHO, która zaleca wszystkim krajom, aby opieka paliatywna była częścią programów zwalczania chorób nowotworowych,
- zalecenia zawarte w Rekomendacjach Rady Europy z dnia 12 listopada 2003 r. dotyczące organizacji opieki paliatywnej w krajach członkowskich Rady Europy, zobowiązują kraje członkowskie do poprawy w zakresie dostępności i finansowania opieki nad cierpiącymi chorymi u schyłku życia,
- świadczenia zawarte w programie były realizowane na rzecz mieszkańców gminy Polkowice w ramach ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych oraz programu polityki zdrowotnej w latach 2005 – 2018,
- z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że dostęp do świadczeń poprawił się w wypadku opieki hospicyjnej i pielęgniarstwa długoterminowego o ok. 20%.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne

- wizyta lekarska domowa – 130,00 zł,
- konsultacja lekarska w przychodni – 80,00 zł,
- wizyta pielęgniarstwa domowa – 55,00 zł,
- wizyta interwencyjna pielęgniarstwa w domu chorego – 80,00 zł,
- konsultacja pielęgniarstwa w przychodni – 40,00 zł,
- terapia psychologiczna w domu pacjenta – 130,00 zł,
- terapia psychologiczna w przychodni – 110,00 zł,
- masaż limfatyczny w domu pacjenta – 80,00 zł,
- masaż limfatyczny w przychodni – 60,00 zł,
- kinezyterapia grupowa – 100,00 zł,
- podłączenie kroplówki – 37,00 zł,
- rehabilitacja w domu pacjenta – 130,00 zł,
- rehabilitacja ambulatoryjna – 90,00 zł,
- opieka nad osobami osieroconymi – 70,00 zł,

Promocja programu

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 100 000,00 zł (słownie: sto tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- wspieranie mieszkańców przez samorząd lokalny w trosce o ich zdrowie to działania nie do zastąpienia,
- program jest uzupełnieniem świadczeń medycznych gwarantowanych w ramach NFZ. Pozwala na skoordynowanie i przyspieszenie opieki zdrowotnej nad pacjentem ze zdiagnozowaną chorobą nowotworową,
- opieka domowa istotnie zmniejsza koszty leczenia w porównaniu z leczeniem szpitalnym,
- zwiększenie efektywności leczenia poprzez łączenie leczenia objawowego skojarzonego z rozwiązywaniem wszystkich problemów (fizycznych, psychicznych, duchowych, socjalnych) oraz racjonalizację metod leczenia,
- ograniczenie nieefektywnego i drogiego, często zwiększającego cierpienie pacjenta leczenia przeciwnowotworowego poprzez propozycję rozwiązań alternatywnych ukierunkowanych na poprawę jakości życia.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie liczby osób biorących udział w programie, w tym:

- liczby podopiecznych w opiece paliatywnej i hospicyjnej,
- liczby Amazonek,
- liczby osób korzystających z punktu kroplówkowego.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie:

- liczby świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej,
- liczby świadczeń skierowanych do Amazonek,
- liczby wlewów kroplowych.

Załącznik Nr 14 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„DBAJĄC O ZDROWIE – REHABILITACJA DLA MIESZKAŃCÓW GMINY
POLKOWICE”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Rehabilitacja medyczna według definicji WHO rehabilitacja to kompleksowe postępowanie w odniesieniu do osób niepełnosprawnych fizycznie i psychicznie, które ma na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy i zarobkowania oraz zdolności do brania czynnego udziału w życiu społecznym. Rehabilitacja jest procesem medyczno – społecznym, który dąży najogólniej mówiąc do poprawy jakości życia osób niepełnosprawnych. Rozwój rehabilitacji, jako jednej ze specjalności medycznych, rozpoczął się po II wojnie światowej – uznano ją wtedy za integralną 3 fazę procesu terapeutycznego (obok diagnozowania i leczenia). Głównymi twórcami rehabilitacji medycznej w Polsce byli prof. Wiktor Dega, prof. Adam Gruca, prof. Kazimiera Milanowska oraz prof. Marian Weiss. Dzięki ich zaangażowaniu i olbrzymiej wiedzy uznawanej na całym świecie powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na 4 zasadach: powszechności, kompleksowości, wczesności i ciągłości.

Zgodnie z zasadą kompleksowości powstało pojęcie zespołu terapeutycznego. Jest to grupa specjalistów reprezentujących różne dziedziny medycyny oraz nauk pokrewnych wykorzystywanych w terapii, którzy współpracują ze sobą i tworzą oraz modyfikują wielopłaszczyznowy program rehabilitacji. W skład zespołu terapeutycznego wchodzi: lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, lekarze innych specjalności (neurolog, ortopeda, reumatolog, kardiolog, urolog, pediatra lub inni), fizjoterapeuci, terapeuta zajęciowy, terapeuta mowy, pielęgniarki, psycholog, neuropsycholog, inni w zależności od potrzeb (technik ortopedyczny, pracownik socjalny).

W szeroko pojmowanym procesie rehabilitacji wyróżnia się rehabilitację medyczną, społeczną i zawodową. Na rehabilitację medyczną (fizjoterapię) składają się: kinezyterapia, fizykoterapia i masaż leczniczy. Kinezyterapia, czyli leczenie ruchem to podstawowa i najważniejsza gałąź rehabilitacji. Wśród ćwiczeń wyróżniamy te o działaniu miejscowym – dotyczące miejsca gdzie zlokalizowane jest schorzenie oraz te o działaniu ogólnoustrojowym – gdzie do ćwiczeń wykorzystuje się zdrowe, nie objęte procesem chorobowym części ciała i narządy, co powoduje poprawę wydolności ogólnej, która decyduje o końcowym efekcie leczenia.

Wśród metod kinezyterapeutycznych wyróżniamy: metody mechaniczne (np. McKenzie, Cyriaxa, Karskiego, Kaltenborna – Evientha) - zasadniczym celem wykorzystania czynnika ruchu jest bezpośrednia i lokalna zmiana właściwości tych tkanek narządu ruchu, które są związane z zaburzeniem czynności organizmu metody neurofizjologiczne (np. PNF, Vojty, NDT Bobath) - do nauki nowych wzorców ruchowych wykorzystuje się głównie odruchy warunkowe, czego efektem jest hamowanie odruchów patologicznych i wyzwalanie reakcji fizjologicznych metody edukacyjne (np. Domana, Pilatesa) - oprócz powyższych dwóch czynników konieczne staje się włączenie świadomości, woli i determinacji usprawnianego.

Fizykoterapia to stosowanie w celach leczniczych różnego rodzaju energii wytwarzanej za pomocą aparatury (elektroterapia, ultradźwięki, magnetoterapia, laseroterapia, światłolecznictwo, ciepłolecznictwo, krioterapia).

Należy zaznaczyć, że pełni ona w leczeniu usprawniającym rolę pomocniczą i rzadko stosuje się ją jako zabieg podstawowy. Wspomaga ona niejako ćwiczenia ruchowe, ma działanie łagodzące ból i tzw. bodźcowe.

Masaż leczniczy to wykorzystanie bodźców mechanicznych głównie w postaci ucisku na tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych. Jest to zespół technik manualnych stosowanych w odpowiedniej kolejności, które przez powierzchnię ciała wywierają wpływ na skórę, tkankę podskórną, mięśnie, torebki i więzadła stawowe, a także w postaci zmian odruchowych na układ krążenia, nerwowy i wewnątrzwydzielniczy.

Zasadniczym celem rehabilitacji jest odtworzenie lub kompensacja funkcji utraconych w wyniku choroby tak, aby pacjent mógł maksymalnie samodzielnie realizować swoje potrzeby życiowe. Efekty terapii w dużej mierze zależą od systematyczności i zaangażowania usprawnianego. Ważne jest więc stworzenie odpowiedniego modelu współpracy między terapeutą a pacjentem.

Cele rehabilitacji powinny być tak określone, aby były optymalne dla pacjenta, aby chory je rozumiał i akceptował. Jeśli postawimy przed chorym nieadekwatnie wygórowane cele i ich osiągnięcie będzie niemożliwe, wystąpi zniechęcenie i brak motywacji do dalszych ćwiczeń. Dlatego też proces rehabilitacji powinien być planowany wspólnie z pacjentem i jego rodziną, a członkowie rodziny powinni być czynnie włączani w proces usprawniania.

Elementy procesu rehabilitacji: diagnoza funkcjonalna, ustalenie wstępnych celów rehabilitacji, określenie rokowania, ocena skuteczności rehabilitacji, ewentualna modyfikacja celów i metod rehabilitacji. Należy również uwzględnić leczenia chorób współistniejących i zapobieganie skutkom unieruchomienia

Znaczenie procesu rehabilitacji w systemie opieki zdrowotnej ciągle rośnie. Wiąże się to ze wzrostem liczby osób wymagających rehabilitacji, z wydłużaniem się średniej długości życia oraz ze zmianą spojrzenia na miejsce osób niepełnosprawnych w społeczeństwie. Od kilku lat Narodowy Fundusz Zdrowia limituje świadczenia zdrowotne, co znacznie zmniejsza dostępność pacjentów do „bezpłatnych” usług zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z powyższym pacjenci na zabiegi rehabilitacyjne finansowane przez NFZ muszą czekać nawet kilka miesięcy, co niestety niesie za sobą ogromne konsekwencje. Wczesne, kompleksowe zastosowanie rehabilitacji medycznej znacznie skraca czas powrotu pacjenta do zdrowia, zwiększa skuteczność procesu usprawniania, a co za tym idzie zmniejsza koszty wszystkich działań zmierzających do przywrócenia pacjentowi sprawności fizycznej.

Przedstawiony program jest dla wielu chorych jedyną możliwością na zastosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka miesięcy później. Pozwala to więc osobom korzystającym ze świadczeń zapobiegać zdecydowanie większym problemom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia. Pacjenci mogą od razu, w momencie wystąpienia incydentu chorobowego wymagającego rehabilitacji, skorzystać z porad i zabiegów, tym samym nie muszą cierpieć przez kilka miesięcy oczekując w kolejce na zabiegi finansowane przez NFZ.

2. Epidemiologia

Według danych WHO co roku na świecie urazów doznaje 75 milionów ludzi. Wypadki przy pracy (co jest liczbą zastraszającą) stanowią 20% przyczyn urazów, dominują jednak wypadki komunikacyjne (40%) oraz wypadki w domu i inne rodzaje urazów (upadki z wysokości, pobicia itd.). W Polsce przyczyny te rozkładają się podobnie. Mało kto zdaje sobie sprawę z faktu, że 23% ofiar urazów ginie lub doznaje trwałego uszczerbku na zdrowiu. Urazów przy pracy i komunikacyjnych (obarczonych największym odsetkiem śmiertelności i pourazowego inwalidztwa) doznają w większości młodzi mężczyźni, w wieku produkcyjnym, co jest przyczyną wymiernych kosztów ekonomicznych, ponoszonych przez całe społeczeństwo i niewymiernych kosztów społecznych.

W Stanach Zjednoczonych roczny koszt leczenia chorych urazowych wynosił przed 10 laty ponad 80 miliardów dolarów, co stanowiło ponad 2,5% wartości produktu krajowego brutto. Przy ścisłym zastosowaniu definicji osoby niepełnosprawnej przyjętej w statystyce ta zbiorowość w Polsce jest znacznie większa, albowiem, jak wcześniej wspomniano, definicja ta obejmuje zarówno wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak i osoby, które co prawda orzeczenia o niepełnosprawności nie posiadają, lecz deklarują, że mają ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności (tzw. niepełnosprawność biologiczna). W zależności od przyjętego kryterium niepełnosprawności biologicznej (a ściślej – poziomu ograniczeń) populacja osób niepełnosprawnych w Polsce wg kryterium GUS może liczyć od 5,3 mln osób do 9 mln osób. W przypadku dolnej granicy szacunku ujęto wszystkie osoby niepełnosprawne prawnie, jak również osoby, które miały poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności, a w przypadku górnej także osoby, które deklarowały jakiegokolwiek ograniczenia, nawet gdy były niezbyt poważne. Pierwsza szacowana wielkość (5,3 mln osób) prawie dokładnie odpowiada kryteriom, jakie dotąd stosowano przy ustalaniu populacji osób niepełnosprawnych w Polsce (w badaniach ankietowych czy NSP), zaś druga (9 mln) uwzględnia również pełne kryteria niepełnosprawności biologicznej obowiązujące dla statystyki europejskiej.

Osoby niepełnosprawne według kryterium NSP w 2009 roku

wyszczególnienie	ogółem	niepełnosprawni				sprawni
		razem	prawnie i biologicznie	tylko prawnie	tylko biologicznie	
		w tysiącach				
ogółem	37 744,6	5 258,3	1 555,2	2 600,1	1 102,9	32 486,4
miejsce zamieszkania						
miasto	23 088,2	3 257,6	954,3	1 649,7	653,6	19 830,6
wieś	14 656,5	2 000,7	601,0	950,4	449,3	12 655,8
płeć						
mężczyźni	18 190,3	2 375,5	728,2	1 254,3	393,0	15 814,9
kobiety	19 554,3	2 882,8	827,0	1 345,8	710,0	16 671,5
subpopulacja						
dzieci (2-14 lat)	5 749,2	179,8	46,4	122,7	10,7	5 569,4
dorośli (15 lat i więcej)	31 995,5	5 078,5	1 508,9	2 477,4	1 092,3	26 917,0
wiek						
2-4 lata	1 946,6	43,3	9,7	31,6	2,0	1 903,3
5-9	1 781,8	71,1	17,4	47,3	6,3	1 710,7
10-14	2 020,7	65,3	19,2	43,8	2,4	1 955,4
15-19	2 446,3	103,4	22,9	63,8	16,7	2 342,9
20-29	6 077,5	225,9	72,4	136,6	16,9	5 851,7
30-39	5 645,2	256,3	68,7	143,2	44,4	5 388,9
40-49	4 833,7	490,3	143,7	271,3	75,4	4 343,4
50-59	5 779,7	1 238,7	360,1	746,4	132,2	4 541,0
60-69	3 478,4	1 077,6	295,1	561,5	221,0	2 400,9
70-79	2 499,9	1 040,8	342,7	402,7	295,3	1 459,1
80 lat i więcej	1 234,7	645,5	203,2	152,0	290,3	589,2

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

Ludność według niepełnosprawności biologicznej UE w 2009 roku

wyszczególnienie	ogółem	niepełnosprawni biologicznie wg UE			nie mają ograniczeń	brak danych
		razem	poważnie ograniczeni	ograniczeni, ale niezbyt poważnie		
	w tysiącach					
ogółem	37 744,6	8 107,5	2 658,1	5 449,4	29 527,4	109,7
miejsce zamieszkania						
miasto	23 088,2	4 910,1	1 607,9	3 302,3	18 118,1	59,9
wieś	14 656,5	3 197,4	1 050,3	2 147,1	11 409,3	49,8
płeć						
mężczyźni	18 190,3	3 459,4	1 121,1	2 338,3	14 670,1	60,8
kobiety	19 554,3	4 648,1	1 537,0	3 111,1	14 857,3	48,9
subpopulacja						
dzieci (2-14 lat)	5 749,2	264,0	57,0	207,0	5 479,6	5,5
dorośli (15 lat i więcej)	31 995,5	7 843,5	2 601,1	5 242,3	24 047,8	104,2
wiek						
2-4 lata	1 946,6	56,7	11,7	45,0	1 886,7	3,2
5-9	1 781,8	98,0	23,8	74,2	1 683,8	x
10-14	2 020,7	109,4	21,6	87,8	1 909,1	2,3
15-19	2 446,3	196,2	39,6	156,6	2 237,2	12,8
20-29	6 077,5	395,1	89,3	305,7	5 666,2	16,3
30-39	5 645,2	525,1	113,1	411,9	5 107,5	12,6
40-49	4 833,7	907,0	219,0	688,0	3 910,0	16,7
50-59	5 779,7	1 818,7	492,3	1 326,4	3 942,4	18,7
60-69	3 478,4	1 531,8	516,1	1 015,7	1 936,5	10,1
70-79	2 499,9	1 565,6	638,0	927,6	925,1	9,1
80 lat i więcej	1 234,7	904,0	493,6	410,4	322,8	7,9

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

Znamiennym jest fakt, że w Polsce, mimo iż liczba wypadków komunikacyjnych w stosunku do liczby pojazdów jest podobna jak w innych krajach Europy, USA czy Kanadzie, liczba ofiar śmiertelnych w stosunku do liczby wypadków jest zastraszająco wysoka. W ostatnich statystykach w tym rankingu zajmowaliśmy 4 miejsce, będąc wyprzedzani jedynie przez kraje byłego ZSRR.

Liczba inwalidów na świecie według szacunków WHO wzrosła w ciągu ostatnich 30 lat z 12 do 18% całej populacji. W Polsce według danych GUS w 1996 roku wynosiła ona 13,3% wśród osób powyżej 15 roku życia i 3,25% u dzieci poniżej tego wieku.

W chwili obecnej w Polsce jest około 6-7 milionów ludzi niepełnosprawnych, z czego połowa w wyniku urazów, głównie narządu ruchu. Zaskakujący jest fakt, że w Polsce w domach opieki jedynie nieco ponad 1% miejsc przeznaczonych jest dla chorych z dysfunkcją narządu ruchu. Pozostali skazani są najczęściej na „uwięzienie” w domu, często pozbawieni opieki rodziny czy znajomych, odcięci od świata przez społeczną izolację i bariery architektoniczne.

Tak zatrważająca statystyka wyników leczenia ofiar urazów ma, oprócz tych, które wymieniałem, kilka innych przyczyn. Należą do nich m.in. zła organizacja pracy, zbyt długi czas dotarcia ekip pierwszej pomocy na miejsce wypadku, zbyt długi czas transportu do szpitala, niewystarczający zakres pomocy na miejscu wypadku, brak odpowiedniego zaplecza szpitalnego. Wszystkie te zagadnienia są istotne w procesie leczenia pacjenta po urazie. Najkrócej i najtrafniej ujął to pionier tworzenia specjalistycznych ośrodków urazowych „Trauma Centers” w Stanach Zjednoczonych – prof. Donald Trunkey mówiąc, że „Zasada postępowania z chorymi po urazach polega na dostarczeniu właściwego pacjenta do właściwego szpitala dysponującego odpowiednią aparaturą i w pełni wyszkolonym personelem, we właściwym czasie”. Wprowadzenie systemu regionalnych Trauma Centers w USA zmniejszyło śmiertelność chorych pourazowych o 30-50%, a podobnych w założeniach Unfallklinik w Niemczech – o ponad 25%. W Polsce stworzenie podobnego systemu znajduje się w fazie projektów i zamierzeń, co stawia nas na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Mimo wysiłków będących zsumowaniem współpracy tysięcy ludzi: lekarzy, pielęgniarek, przygotowanych do udzielania pierwszej pomocy ekip ratunkowych, policji, straży pożarnej i wielu służb pomocniczych nie jesteśmy w stanie, jak dotąd, zabezpieczyć optymalnego systemu organizacji pomocy na miejscu wypadku. Niestety Polska, podobnie jak wszystkie kraje świata, nie ucieknie przed epidemią urazów trzeciego tysiąclecia, co zmusza do podjęcia konkretnych działań zmierzających do minimalizacji jej skutków. Oczywiście, główną bolączką systemu opieki zdrowotnej w naszej Ojczyźnie, podobnie jak i w wielu krajach świata, jest brak środków na ochronę zdrowia. Biorąc jednak pod uwagę wymierne ekonomiczne koszty leczenia urazów i niewymierne: koszty społeczne – problem wymaga jak najszybszego rozwiązania z korzyścią dla nas wszystkich, którzy mogą paść ofiarą urazu, dla naszych rodzin i społeczeństwa.

II. Cele programu

1. Cel główny

Zwiększenie dostępności zabiegów rehabilitacyjnych oraz skrócenie czasu oczekiwania na ich wykonanie dla mieszkańców gminy Polkowice.

2. Cele szczegółowe:

- zapobieganie chorobom,
- poprawa sprawności, aktywności ruchowej,
- poprawa samopoczucia, stylu jakości życia,
- przedłużenie wieku aktywności zawodowej,
- eliminowanie skutków chorób o podłożu zawodowym,
- wydłużenie wieku życia.

3. Oczekiwane efekty

Program ma na celu zastosowanie zabiegów rehabilitacyjnych w momencie wystąpienia incydentu chorobowego, a nie kilka miesięcy później. Pozwala to więc osobom korzystającym ze świadczeń zapobiegać zdecydowanie większym problemom zdrowotnym i o wiele wyższym kosztom powrotu do pełnego zdrowia.

Dzięki realizacji programu pacjenci mogą od razu, w momencie wystąpienia incydentu chorobowego wymagającego rehabilitacji, skorzystać z porad i zabiegów, a tym samym nie muszą cierpieć przez kilka miesięcy oczekując w kolejce na zabiegi finansowane przez NFZ. Oczekiwanym efektem jest

możliwie jak największe zmniejszenie liczby osób wykluczonych z życia społecznego poprzez skutki incydentów zdrowotnych występujących u nich, przy pomocy zabiegów rehabilitacyjnych o zwiększonej dostępności w realizacji oraz skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- liczba osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej,
- wzrost aktywności osób po zastosowaniu zabiegów rehabilitacyjnych, w stopniu odpowiednim do ich możliwości.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Odbiorcami programu „Dbając o zdrowie” będą mieszkańcy gminy Polkowice, którzy wymagają świadczeń rehabilitacji medycznej bez względu na wiek. Z obserwacji z lat ubiegłych wynika, że dużą grupę stanowią mieszkańcy w wieku od 40 do 60 lat. Jest to związane z faktem życia w zanieczyszczonym środowisku, pracują w warunkach zagrożenia (górnictwo, hutnictwo), co sprzyja rozwojowi chorób zwyrodnieniowych, jak również osłabia system obronny organizmu. Kolejną dużą grupę odbiorców świadczeń stanowią osoby starsze, których dolegliwości są głównie związane z chorobami przewlekłymi typu reumatoidalne zapalenie stawów i choroby zwyrodnieniowe.

Osoby młodociane korzystają z pakietów w mniejszym stopniu, głównie po wszelkiego rodzaju urazach i przy jałowej martwicy kości, która jest częstym schorzeniem dzieci zamieszkujących Zagłębie Miedziowe.

Ważnym elementem realizacji świadczeń jest możliwość usprawniania pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych gdzie coraz szersze zastosowanie znajduje krioterapia ogólnoustrojowa.

Przewidujemy objęcie programem zdrowotnym w roku około 1500 osób z podanej grupy.

2. Tryb zapraszania do programu

Informacje o programie polityki zdrowotnej będą przekazywane przez:

- informację o programie na stronie internetowej gminy,
- informację o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informację w TV Polkowice,
- ogłoszenie/plakaty w siedzibach organizacji charytatywnych na terenie Polkowic,
- artykuły w prasie lokalnej,
- informacje o programie w przychodni lekarskiej,
- plakaty, ulotki (zawierające logo gminy i wykonawcy) informujące o realizacji programu,
- informacje poprzez pielęgniarki środowiskowo–rodzinne, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- Informacja w stowarzyszeniach zrzeszających osoby starsze i chore.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych,
- realizacja programu:
 - a. przygotowanie i prowadzenie komputerowej bazy danych oraz dokumentacji medycznej.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po jego zakończeniu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegała liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba i jakość

wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kwalifikacja osób do programu polityki zdrowotnej odbywa się w oparciu o wynik lekarskiego badania diagnostycznego, decyzję lekarza oraz spełnienia podstawowego kryterium jest osobą zamieszkującą teren gminy Polkowice. Osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń nie musi posiadać skierowania do poradni rehabilitacyjnej. Aby wziąć udział w programie, zgłasza się osobiście lub telefonicznie w rejestracji wykonawcy. Istnieje również możliwość rejestracji osoby uprawnionej do świadczeń przez osoby trzecie w dniach i godzinach pracy wykonawcy programu.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Każdy odbiorca, mający uprawnienie do skorzystania z programu polityki zdrowotnej „Dbając o zdrowie”, zgłaszający się do poradni rehabilitacyjnej w pierwszej kolejności zostaje przebadany przez lekarza specjalistę rehabilitacji ruchowej współpracującego w ramach programu. Na pierwszej wizycie lekarz na podstawie diagnozy zaleci stosowne leczenie rehabilitacyjne w formie jednego z sześciu pakietów przedstawionych poniżej:

- Pakiet „Zdrowe ciało” - rehabilitacyjna porada lekarska, 10 zabiegów fizjoterapeutycznych o działaniu ogólnoustrojowym, 10 zabiegów fizjoterapeutycznych o działaniu miejscowym,
- Pakiet „Zdrowy relaks” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej w kriokomorze o temperaturze -110°C do -140°C, 5 zabiegów w formie ćwiczeń grupowych ogólnoustrojowych (ćwiczenia grupowe są zawsze nieodłączną częścią krioterapii ogólnoustrojowej),
- Pakiet „Zdrowe mięśnie” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 zabiegów w formie ćwiczeń na urządzeniu pionizującym w czasie nie przekraczającym 30 minut, 5 masaży suchych miejscowych. Pakiet ten kierujemy do osób wymagających rehabilitacji centralnego lub obwodowego układu nerwowego z założeniem, że wielokrotność powtarzania zabiegów dla jednej osoby nie może przekroczyć ilości czterech zabiegów w czasie trwania realizacji ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych.
- Pakiet „Zdrowa mama” - rehabilitacyjna porada lekarska, 4 grupowe ćwiczenia relaksacyjno – oddechowe, 2 masaże suche częściowe. Pakiet tych świadczeń skierowany jest dla kobiet ciężarnych, jak również kobiet karmiących. Zdrowotne ćwiczenia relaksacyjno- oddechowe odbywać się będą w sali do grupowych zajęć ruchowych (grupa od 3 do 10 osób). Sala do grupowych ćwiczeń ruchowych wyposażona jest w maty rehabilitacyjne, piłki rehabilitacyjne, taśmy rehabilitacyjne, obciążniki, lustra korekcyjne, koce, klimatyzator.
- Pakiet „Grota Solna” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 inhalacji w grocie solnej połączonych z muzykoterapią. Pakiet ten najczęściej będzie występował jako forma „dopełnienia” świadczeń zdrowotnych zawartych w pakietach „Zdrowe mięśnie” oraz „Zdrowa mama”, jako świadczenie zdrowotne w formie relaksacyjnej, lecz może również występować w koniunkcji z innymi przedstawionymi pakietami.
- Pakiet „Zdrowy kręgosłup” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 zabiegów terapii manualnej (manipulacji) lub 5 zabiegów metodą McKenzie-go. Terapia manualna jako praktyczna część medycyny zajmuje się badaniem i leczeniem zaburzeń czynności różnych struktur układu ruchu, a w szczególności kręgosłupa. Przed przystąpieniem do terapii przeprowadza się z pacjentem wywiad lekarski oraz badanie palpacyjne i funkcjonalne narządu ruchu. Badanie to odbywa się zarówno w spoczynku jak i podczas ruchów czynnych oraz biernych. Są to ruchy bierne fizjologiczne, czyli złożone z toczenia i ślizgu powierzchni stawowych, oraz bierne naśladujące "grą stawową" (wg Mennella - joint play), czyli specyficzne dla każdego stawu przemieszczania powierzchni chrząstki stawowej. Terapeuta ocenia wygląd i konsystencję tkanek miękkich, zakres i jakość ruchu elementów kostnych oraz charakter oporów występujących podczas przemieszczania poszczególnych struktur układu ruchu względem siebie. Bada ruchy bierne kręgosłupa i ocenia odpowiedzi układu ruchu na czynniki szkodliwe dla struktur tego układu. Badanie metodą McKenziego opiera się na opracowanych przez autora specjalnych protokołach diagnostycznych, odrębnych dla każdego odcinka kręgosłupa oraz dla kończyn. Protokół składa się z bardzo dokładnego wywiadu

chorobowego, pozwalającego precyzyjnie ustalić zachowanie objawów oraz ich zmienność w ciągu doby. Kolejnym etapem jest badanie, oparte na znajomości wzorów bólowych (czyli charakterystycznej topografii objawów) oraz ich zmian w odpowiedzi na ruchy testujące, ściśle określone przez procedurę badania. Wymaga to od badającego staranności oraz czasu – pierwsza wizyta trwa zazwyczaj 1,5-2 godziny.

Po zakończeniu serii zabiegów pacjent ponownie trafia do lekarza na wizytę kontrolną. Jeśli cele medyczne zostały osiągnięte lekarz kończy leczenie, jeśli nie to zaleca kolejną serię zabiegów, czyli wizyta kontrolna staje się wizytą wstępną do dalszego leczenia. W przypadku schorzeń wynikających z urazów zazwyczaj jedna seria zabiegów jest wystarczająca do przywrócenia pełnej sprawności. Choroby zwyrodnieniowe stawów i mięśni, choroby powstałe w wyniku uszkodzenia centralnego i obwodowego układu nerwowego wymagają dłuższego leczenia. Wszystkie odpowiednio wcześniej podjęte działania rehabilitacyjne zmniejszają koszty opieki zdrowotnej.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pacjenci ze schorzeniami ruchu będą mogli, w razie potrzeby po zakończeniu rehabilitacji w ramach programu, skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ w Przychodni Lekarskiej PCUZ – ZOZ S.A. i Aquapark Polkowice Regionalnym Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjnym S.A.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji:

- komputerowa baza danych będzie prowadzona przez placówkę medyczną wybraną w procedurze konkursowej, a dane chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- do programu będą przyjmowane osoby, które wymagają rehabilitacji leczniczej,
- podstawą kwalifikacji na cykl zabiegów rehabilitacyjnych jest opinia (diagnoza) lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

7. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze rehabilitacji medycznej,
- rehabilitanci (fizjoterapeuci).

Pomieszczenia w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety do fizykoterapii,
- gabinet do hydroterapii,
- gabinet masażu,
- sala gimnastyczna,
- gabinety lekarskie,
- kriokomora,
- jaskinia solna,
- rejestracja,
- szatnia,
- poczekalnia,
- węzeł sanitarny dostosowany do osób niepełnosprawnych.

Wyposażenie w sprzęt:

- wanna do masażu wodnego,
- magnetronik,
- laser,
- aquavibron,
- lampa sollux niebieski i czerwony,
- ultradźwięki,
- stół do masażu dzieci,
- stół do masażu dorosłych,
- materace,
- piłki, wałki,

- inny drobny sprzęt medyczny.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- pakiet „Zdrowe ciało” - rehabilitacyjna porada lekarska, 10 zabiegów fizjoterapeutycznych o działaniu ogólnoustrojowym, 10 zabiegów fizjoterapeutycznych o działaniu miejscowym – 375,00 zł, w tym dopłata pacjenta 40,00 zł,
- pakiet „Zdrowy relaks” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 zabiegów krioterapii ogólnoustrojowej w kriokomorze o temperaturze -110°C -140°C, 5 zabiegów w formie ćwiczeń grupowych ogólnoustrojowych – 325,00 zł, w tym dopłata pacjenta 20 zł,
- pakiet „Zdrowe mięśnie” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 zabiegów w formie ćwiczeń na urządzeniu pionizującym firmy „Likorall” w czasie nie przekraczającym 30 minut , 5 masaży suchych miejscowych – 725,00 zł, w tym dopłata pacjenta 20 zł,
- pakiet „Zdrowa mama” - rehabilitacyjna porada lekarska, 4 grupowe ćwiczenia relaksacyjno – oddechowe, 2 masaże suche częściowe – 215,00 zł, w tym dopłata pacjenta 12 zł,
- pakiet „Grota Solna” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 inhalacji w grocie solnej połączonych z muzyką relaksacyjną – 175,00 zł, w tym dopłata pacjenta 10 zł,
- pakiet „Zdrowy kręgosłup” - rehabilitacyjna porada lekarska, 5 zabiegów terapii manualnej (manipulacji) lub 5 zabiegów metodą McKenzie –go – 360,00 zł, w tym dopłata pacjenta 10 zł.

Zakłada się, że pacjenci korzystający z programu będą partycypować w kosztach realizacji programu, dopłacając 2 zł do każdego zabiegu.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty promocji programu oraz działań edukacyjnych zostały wliczone w cenę świadczeń medycznych.

2. Planowane roczne koszty całkowite – 800 000,00 zł (słownie: osiemset tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane w ramach budżetu gminy Polkowice uwzględniając odpowiednie dopłaty pacjentów.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu:

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej.

2. Ocena jakości świadczeń w programie:

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu:

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie frekwencji pacjentów na zabiegach rehabilitacyjnych.

Załącznik Nr 15 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„ZDROWI I AKTYWNI PO 50-CE”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Problemy osób po pięćdziesiątym roku życia to najczęściej połączenie dysfunkcji zdrowotnej, społecznej i często ekonomicznej. Po przejściu na emeryturę często następuje utrata kontaktu ze środowiskiem zawodowym, spadek mobilności, kurczenie się przestrzeni społecznej, często połączone z obniżeniem dochodu. Nierzadko występuje doświadczenie utraty osób z grona rówieśniczego, przeżywanie żałoby, wdowieństwo, ograniczenie/utrata stosunków z sąsiedztwem.

Zjawisku samotności niejednokrotnie towarzyszy mniejsza sprawność fizyczna, psychiczna, utrata pewnych umiejętności, zagrożenie niezależności. Samotność u ludzi pojawia się pomimo obecności rodziny /dorosłych dzieci/, doświadczenie niepotrzebności, niedostosowania do nowych technologii, pośpiechu, zmian. U niektórych osób pojawiają się zakłócenia zdolności orientacyjnych w otoczeniu, sytuacja ta wymaga zwiększonych nakładów finansowych na uzyskiwanie pomocy opiekuńczej, leczenie się, oraz dużą potrzebę rehabilitacji.

Utrzymanie dobrego stanu zdrowia osób pracujących jest podstawą do zapewnienia właściwego rozwoju gospodarczego kraju. Jednym z poważnych czynników o charakterze zawodowym hamującym rozwój gospodarki jest występowanie chorób o podłożu zawodowym. W aspekcie ekonomicznym stanowią one znaczne obciążenie finansowe, zarówno dla budżetu państwa, jak i gospodarstw domowych. Natomiast w kontekście społecznym są często powodem przerywania aktywności zawodowej pracowników. Aktualnie są to przede wszystkim ludzie, którzy są pełni wigoru i mają spory apetyt na życie. Prowadzą lub chcą prowadzić zdrowy tryb życia oraz aktywnie spędzać wolny czas. W dzisiejszych czasach społeczeństwo po 50-ce nie chce zajmować się wyłącznie wychowywaniem wnuków i przesiadywać przed telewizorem, ale posiadany wolny czas i energię spożytkować na realizację własnych potrzeb oraz niezrealizowanych celów. Jednak w skutek zmiany aktywności ta grupa społeczna w większym stopniu jest narażona na wiele dysfunkcji narządów ruchu, co w codziennym życiu wywołuje wiele problemów w wykonywaniu prostych codziennych czynności.

Gdy dołączymy do powyżej przedstawionej sytuacji ograniczony dostęp do standardowej opieki medycznej refundowanej poprzez NFZ w ramach świadczeń gwarantowanych, gdzie na realizację zabiegów pacjenci oczekują przez okres czasu wykluczający zasadność wykonywania wskazanych zabiegów mających przywrócić stan przed schorzeniem, oraz dostrzeżemy potrzebę integracji oraz edukowania społeczeństwa po 50-ce o słuszności aktywnego spędzania czasu, rysują się nam ramy programu polityki zdrowotnej „Zdrowi i aktywni po 50-ce”.

2. Epidemiologia

We wszystkich krajach uprzemysłowionych zwiększa się średni czas trwania życia ludzkiego i wzrasta liczba osób w wieku starszym. Społeczeństwo naszego kraju, mimo że należy do najmłodszych w Europie, również się starzeje. O ile w roku 1931, 4.8% ludności Polski stanowiły osoby powyżej 50 roku życia, o tyle w roku 1999 już 12%, a przewiduje się, że w roku 2050 21.2% ludności będą stanowiły osoby powyżej 50 roku życia. Czyli za niecałe 40 lat co piąty Polak będzie seniorem. Niestety, coraz dłuższe życie ludzkie nie zawsze jest życiem w pełni szczęśliwym i owocnym. Wraz z wiekiem obniża się potencjał biologiczny człowieka. Zmniejsza się wydolność tlenowa (aerobowa) oraz masa i moc mięśni szkieletowych, prowadząc z czasem do niemożności wykonania nawet najprostszych czynności. Odsetek występowania niepełnosprawności gwałtownie wzrasta w starszych grupach wiekowych, osiągając prawie 50% u osób powyżej 70 roku życia. Wzrasta również ilość współistniejących chorób przewlekłych. Czy jesteśmy skazani na ten niezbyt optymistyczny obraz procesu starzenia się i starości, czy też możemy ten proces w jakimś stopniu modyfikować? Wydaje się, że na szczęście chyba tak. Jednym z najważniejszych (a być może najważniejszym) czynników umożliwiających tzw. „pomyślnie starzenie się” jest regularna aktywność ruchowa. Głównym korzystnym oddziaływaniem aktywności ruchowej u osób starszych jest wydłużenie okresu fizycznej sprawności i niezależności - poprawa jakości życia. Trening fizyczny zwiększa wydolność fizyczną i opóźnia spadek VO₂max o około 10 do 20 lat u aktywnych fizycznie w porównaniu do prowadzących siedzący tryb życia osób. Drugim, obok wydolności aerobowej, podstawowym wskaźnikiem determinującym sprawność fizyczną i niezależność funkcjonalną u osób starszych jest siła mięśniowa. Badania z ostatnich lat wykazują, że możliwy jest wzrost masy i siły

mięśniowej pod wpływem treningu o charakterze siłowym u osób starszych, nawet w bardzo zaawansowanym wieku. Aktywność ruchowa odgrywa również istotną rolę w prawidłowym odżywianiu i stanie odżywienia u osób starszych. Regularna aktywność ruchowa u osób starszych poprawia ogólne samopoczucie, polepsza ogólne zdrowie fizyczne i psychiczne. Pomaga zachować niezależny tryb życia. Pomaga opanować określone stany i choroby (stres, otyłość, cukrzycę, hipercholesterolemię). Zmniejsza ryzyko zachorowania na niektóre choroby (chorobę wieńcową, nadciśnienie tętnicze, cukrzycę, osteoporozę). Pomaga minimalizować skutki pewnych niesprawności, może pomagać w leczeniu stanów bólowych. Może pomagać w zmianie stereotypowych perspektyw wieku podeszłego. Oprócz tych korzystnych efektów fizjologicznych i psychologicznych, bardzo ważne są społeczne efekty zwiększonej aktywności fizycznej u osób w wieku starszym, czyli np. zmniejszenie kosztów opieki zdrowotnej czy zwiększenie zdolności do pracy osób starszych oraz promocja pozytywnego i aktywnego obrazu osób starszych. Szczególna ranga i aktualność zagadnienia powodują, że szereg renomowanych organizacji w ostatnim okresie czasu opublikowało rekomendacje dotyczące propagowania i programowania aktywności ruchowej u osób starszych, m.in. WHO i Amerykańskie Towarzystwo Medycyny Sportowej. Należy podkreślić, że regularna aktywność ruchowa jest wskazana u osób w każdym wieku. O ile jeszcze stosunkowo niedawno uważano, że wysiłek fizyczny jest niewskazany u osób powyżej 80-85 roku życia, w chwili obecnej istnieje wystarczająco dużo dowodów na to, by odrzucić te dawniejsze poglądy.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.

Z zestawienia Głównego Urzędu Statystycznego możemy wyliczyć, że właśnie największą grupę stanowią mieszkańcy gminy Polkowice w wieku 60 lat biorąc pod uwagę przedział wiekowy 50-70 i więcej lat.

Jednostka terytorialna	liczba osób w wieku 50-54 lat w roku					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polkowice - miasto (4)	1662	1535	1470	1460	1454	1391
Polkowice - obszar wiejski (5)	238	256	279	292	303	310
Jednostka terytorialna	liczba osób w wieku 55-59 lat w roku					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polkowice - miasto (4)	1898	1909	1878	1741	1602	1519
Polkowice - obszar wiejski (5)	220	222	216	212	221	230
Jednostka terytorialna	liczba osób w wieku 60-64 lat w roku					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polkowice - miasto (4)	902	1016	1220	1410	1600	1712
Polkowice - obszar wiejski (5)	117	128	154	175	190	214
Jednostka terytorialna	liczba osób w wieku 65-69 lat w roku					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polkowice - miasto (4)	698	748	776	764	768	814
Polkowice - obszar wiejski (5)	134	131	119	112	106	114
Jednostka terytorialna	liczba osób w wieku 70 lat i więcej w roku					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Polkowice - miasto (4)	853	896	953	1060	1122	1184
Polkowice - obszar wiejski (5)	307	308	319	314	328	325

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnie lekarskie rehabilitacyjne znajdujące się na terenie gminy Polkowice posiadają kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie fizjoterapii.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Najczęstszymi schorzeniami, z którymi borykają się odbiorcy programu polityki zdrowotnej „Zdrowi i aktywni po 50-ce” są wszelkiego typu urazy, choroby zwyrodnieniowe stawów, którym towarzyszy silny ból, oraz niestety, coraz częściej, stany po udarach mózgowych, objawiające się znacznym upośledzeniem funkcji ruchowych człowieka i wymagające długiej i żmudnej rehabilitacji.

Dużą grupę odbiorców programu będą stanowiły również osoby, których dolegliwości są głównie związane z chorobami przewlekłymi typu reumatoidalne zapalenie stawów i choroby zwyrodnieniowe. Wybierając realizatora programu polityki zdrowotnej, który posiadając dobrze wyposażone zaplecze medyczne, przeszkolonych pracowników, a także spory wachlarz zabiegów rehabilitacyjnych gmina Polkowice daje możliwość polkowickiemu społeczeństwu po 50-ce wcielić w życie korzystanie z posiadanego potencjału zabiegów rehabilitacyjnych na wysokim medycznym poziomie. Możliwość bezpłatnego korzystania z programu przez beneficjentów, finansowanego w całości przez gminę Polkowice przyciągnie wiele osób zainteresowanych, tym bardziej że oferowane zabiegi rehabilitacyjne w programie zdrowotnym są często nieosiągalne w okresie wskazanym do przywrócenia sprawności fizycznej po schorzeniu w ramach ubezpieczenia społecznego.

II. Cele programu

1. Cel główny

Poprawa jakości życia, zdrowia i samopoczucia jak największej grupy społeczeństwa gminy Polkowice po 50-tym roku życia poprzez korzystanie z szerokiego wachlarza zabiegów rehabilitacyjnych.

2. Cele szczegółowe programu:

- zapobieganie chorobom,
- poprawa sprawności, aktywności ruchowej,
- poprawa samopoczucia, stylu jakości życia,
- przedłużenie wieku aktywności zawodowej,
- eliminowanie skutków chorób o podłożu zawodowym,
- wydłużenie wieku życia,
- zmniejszenie ryzyka wystąpienia osteoporozy, chorób serca, demencji choroby Alzheimera i inne.

3. Oczekiwane efekty

Program polityki zdrowotnej ma charakter interdyscyplinarny, jego wdrażanie wymaga współpracy administracji gminnej, wielu partnerów: jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, instytucji oświaty, kultury i edukacji, jednostek służby zdrowia, instytucji kościelnych, a także podmiotów zajmujących się aktywizacją zawodową i społeczną oraz organizacji społecznych. Od ich zaangażowania w dużej mierze zależeć będą długofalowe efekty zaplanowanych działań. Oczekiwanym efektem programu jest przede wszystkim zdiagnozowanie problemów, na jakie napotykają seniorzy w swym codziennym życiu, określenie ich potrzeb, a następnie wyznaczenie kierunków działań, jakie należałoby podjąć na przestrzeni kolejnych lat, aby gmina Polkowice stała się miejscem, gdzie seniorom będzie żyło się godnie i bezpiecznie. Program ten ma być zatem impulsem do wdrażania trwałych, systemowych rozwiązań na rzecz seniorów gminy Polkowice, zapobiegając tym samym powielaniu i rozproszaniu działań w tym kierunku.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej,
- wyniki badania lekarskiego,
- wzrost aktywności osób po 50. roku życia.

III. Adresaci programu (populacja programu)

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Odbiorcami programu polityki zdrowotnej „Zdrowi i aktywni po 50-ce” będą mieszkańcy gminy Polkowice, którzy wymagają świadczeń rehabilitacyjnych, w wieku 50 lat i powyżej. Przewiduje się objęcie programem zdrowotnym w jednym roku około 1000 osób z podanej grupy wiekowej.

2. Tryb zapraszania do programu

Informacje o programie polityki zdrowotnej będą przekazywane przez:

- informację o programie na stronie internetowej gminy,

- informację o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informację w TV Polkowice,
- ogłoszenie/plakaty w siedzibach organizacji charytatywnych na terenie Polkowic,
- artykuły w prasie lokalnej,
- informacje o programie w przychodni lekarskiej,
- plakaty, ulotki (zawierające logo gminy i wykonawcy) informujące o realizacji programu,
- informacje poprzez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- Informacja w stowarzyszeniach zrzeszających osoby starsze i chore.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych,
- realizacja programu:
 - a. przygotowanie i prowadzenie komputerowej bazy danych oraz dokumentacji medycznej.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po jego zakończeniu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba i jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kwalifikacja osób do programu odbywa się w oparciu o wynik lekarskiego badania diagnostycznego, decyzję lekarza oraz spełnienie podstawowego kryterium wiekowego 50+.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Każdy odbiorca, mający uprawnienie do skorzystania z programu polityki zdrowotnej „Zdrowi i aktywni po 50-ce, zgłaszający się do poradni rehabilitacyjnej w pierwszej kolejności zostanie przebadany przez lekarza specjalistę rehabilitacji ruchowej współpracującego w ramach programu. Na pierwszej wizycie lekarz na podstawie diagnozy zaleci stosowne leczenie rehabilitacyjne w formie jednego z sześciu pakietów przedstawionych poniżej:

- pakiet „A” – rehabilitacyjna porada lekarska, 1 x ćwiczenia z oporem, 2 x ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe, 5 x seanse inhalacji celkowych,
- pakiet „B” – rehabilitacyjna porada lekarska, 2 x ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe, 1 x natrysk biczowy - szkocki,
- pakiet „C” – rehabilitacyjna porada lekarska, 2 x ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe, 1 x kąpiel elektryczno-wodna dwukomorowa kończyn dolnych, 2 x krioterapia miejscowa powietrzem przed ćwiczeniami ogólnousprawniającymi grupowymi,
- pakiet „D” – rehabilitacyjna porada lekarska, 5 x aktywne ćwiczenia mięśniowo-szkieletowe, 5 x krioterapia miejscowa po każdym ćwiczeniach mięśniowo-szkieletowych,
- pakiet „E” – rehabilitacyjna porada lekarska, 5 x zabieg krioterapii ogólnoustrojowej w kriokomorze, 5 x ćwiczenia grupowe po zabiegu krioterapii ogólnoustrojowej,
- pakiet „F” – rehabilitacyjna porada lekarska, 2 x masaż częściowy gorącymi kamieniami, 2 x masaż leczniczy wodny (kąpiel perełkowa).

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pacjenci ze schorzeniami ruchu będą mogli, w razie potrzeby po zakończeniu rehabilitacji w ramach programu, skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ w Przychodni Lekarskiej PCUZ – ZOZ S.A. i Aquapark Polkowice Regionalnym Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjnym S.A.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji:

- komputerowa baza danych będzie prowadzona przez placówkę medyczną wybraną w procedurze konkursowej, a dane chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- do programu będą przyjmowane osoby, które spełniają kryterium wiekowe i wymagają rehabilitacji leczniczej,
- podstawą kwalifikacji na cykl zabiegów rehabilitacyjnych jest opinia (diagnoza) lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

7. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze rehabilitacji medycznej,
- rehabilitanci (fizjoterapeuci).

Pomieszczenia w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety do fizykoterapii,
- gabinet do hydroterapii,
- gabinet masażu,
- sala gimnastyczna,
- gabinety lekarskie,
- kriokomora,
- jaskinia solna,
- rejestracja,
- szatnia,
- poczekalnia,
- węzeł sanitarny dostosowany do osób niepełnosprawnych.

Wyposażenie w sprzęt:

- wanna do masażu wodnego,
- magnetronik,
- laser,
- aquavibron,
- lampa sollux niebieski,
- lampa sollux czerwony,
- ultradźwięki,
- stół do masażu dzieci,
- stół do masażu dorosłych,
- materace,
- piłki,
- wałki,
- inny drobny sprzęt medyczny.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- rehabilitacyjna porada lekarska – 55,00 zł,
- pakiet A – 170,00 zł,
- pakiet B – 75,00 zł,

- pakiet C – 115,00 zł,
- pakiet D – 380,00 zł,
- pakiet E – 270,00 zł,
- pakiet F – 180,00 zł.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzone logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty promocji programu oraz działań edukacyjnych zostały wliczone w cenę świadczeń medycznych.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 300 000,00 (słownie: trzysta tysięcy zł).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

- program jest adresowany do grup społeczeństwa w sposób szczególny odczuwających brak dostosowania oferty usług do problemów starzejącego się społeczeństwa oraz brak kompleksowości usług oferowanych przez placówki ochrony zdrowia. Realizacja zadań programowych spowoduje ułatwienie dostępu do specjalistycznych usług. Skorzystać z nich będą mogli mieszkańcy gminy Polkowice, dla których dostęp do takich świadczeń jest obecnie utrudniony. Ponadto dzięki licznym działaniom edukacyjnym zwiększony zostanie dostęp do usług zdrowotnych świadczonych w domu pacjenta. Program przyczyni się zarówno do poprawy dostępności, jak i do poprawy jakości świadczonych na rzecz pacjentów usług,
- program przyczyni się do walki z wykluczeniem społecznym wskutek ułatwienia dostępu do wysokiej jakości opieki zdrowotnej,
- zadania programowe i ich realizacja spowodują zwiększenie dostępu do specjalistów bez konieczności uzyskania skierowania w ramach systemu NFZ, co stwarza realne możliwości poprawy jakości życia osób starszych niesamodzielnych,
- program nakierowany jest na dostosowanie profilu usług medycznych do zmian demograficznych w starzejącym się społeczeństwie.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu:

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej.

2. Ocena jakości świadczeń w programie:

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu:

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie frekwencji pacjentów na zabiegach rehabilitacyjnych.

Załącznik Nr 16 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
„MOCNY KRĘGOSŁUP - PROFILAKTYKA WAD POSTAWY DLA DZIECI
I MŁODZIEŻY”**



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Postawą ciała nazywamy indywidualne ukształtowanie ciała i położenie poszczególnych odcinków tułowia oraz kończyn dolnych w pozycji stojącej. Prawidłowa postawa ciała to harmonijne i bezwysiłkowe ułożenie poszczególnych elementów ciała w stosunku do osi długiej ciała. Postawa ciała rozwija się na prawidłowym podłożu morfologicznym i czynnościowym. Tym samym konieczna jest prawidłowa budowa aparatu ruchu, w szczególności układu kostno-stawowego oraz właściwe funkcjonowanie układu mięśniowego i sterującego tą czynnością układu nerwowego.

Istotną cechą postawy ciała jest jej zmienność w ciągu życia pod wpływem różnych czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Noworodek nie ma żadnych możliwości przeciwstawienia się sile ciężenia i przyjmowania pozycji nieleżącej. Dopiero w okresie rozwoju dziecko nabywa umiejętności przyjmowania pionowej postawy ciała i automatycznego utrzymywania jej w niekorzystnych warunkach równowagi chwiejnej. W trakcie ontogenezy występują okresy zwiększonej podatności organizmu na powstawanie wad postawy. Pierwszy okres krytyczny przypada na wiek 6-7 lat i wiąże się ze zmianą stylu życia (kilkugodzinna wymuszona pozycja siedząca w ławce szkolnej). Natomiast drugi okres krytyczny pojawia się u dziewcząt w wieku 11-13 lat, chłopców w wieku 13-14 lat i związany jest z pokwitaniowym skokiem wzrostu, podczas którego następuje zmiana proporcji ciała i dotychczasowego środka ciężkości. Podczas skoków wzrostowych dziecko jest bardzo podatne na wpływ rozmaitych czynników zewnętrznych, a rozwój układu mięśniowego nie nadąża za szybkim wzrostem kości. Zakończenie okresu dojrzewania ponownie kształtuje prawidłową postawę, która warunkuje zdolność człowieka do wysiłku fizycznego, a piękna sylwetka stanowi źródło komfortu psychicznego i fizycznego, dlatego tak ważnym jest aby kształtować nawyk prawidłowej postawy ciała już u małego dziecka.

Postawa ciała nieprawidłowa występuje wówczas, gdy kształt ciała wynikający z budowy i nawykowego usytuowania poszczególnych części ciała jest niekorzystny dla organizmu.

Rozwijające się wady postawy „rosną wraz z dzieckiem”, jeżeli nie podejmie się działań zapobiegawczych. Czasem mogą pojawić się trudne do usunięcia przykurczenia, w konsekwencji niemożliwe do usunięcia deformacje układu kostno – stawowego skutkujące poważnymi zaburzeniami zdrowia np. układu krążeniowo-oddechowego, upośledzeniem sprawności i wydolności ogólnej, zespołami bólowymi kręgosłupa, problemami ginekologicznymi u kobiet itp.

Wady postawy wieku rozwojowego stanowią poważny problem społeczno-cywilizacyjny. Szybki postęp cywilizacji i technologii ułatwiających życie pociąga za sobą coraz większą automatyzację życia codziennego człowieka, ograniczając tym samym jego aktywność ruchową. W konsekwencji dominującym staje się siedzący tryb życia. Znaczne ograniczenie aktywności ruchowej na rzecz zajęć rozrywkowych takich jak telewizja, gry komputerowe oraz Internet powodują u dzieci i młodzieży w okresie wzrastania szereg dysfunkcji i nieprawidłowości w kształtowaniu się postawy ciała. Potwierdzała stale rosnąca liczba dzieci i młodzieży mających nabyte wady postawy.

2. Epidemiologia

Wady postawy u dzieci w wieku rozwojowym występują u ok. 50-60% populacji i są to najczęściej wadliwe postawy, utrwalone złym nawykiem lub wymuszonym obciążeniem ciała.

Z danych Centrum Systemów Informacji Ochrony Zdrowia (CSIOZ), sporządzonych w oparciu o druk MZ-11 (sprawozdanie o działalności i zatrudnieniu w podstawowej opiece zdrowotnej) wynika, że zniekształcenia kręgosłupa stanowią około 24% schorzeń o charakterze przewlekłym, stwierdzonych u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat. W 2005 roku zniekształcenia kręgosłupa stwierdzono łącznie u 421 042 osób z tej grupy wiekowej, tj. 4,5%, natomiast w 2006 roku u 420 989 osób (4,8% populacji w wieku 0-18 lat). Największą liczbę zniekształceń kręgosłupa stwierdzono w grupie dzieci w wieku 10-14 lat, łącznie 182 843 przypadków.

Jednocześnie podczas badań lekarskich realizowanych w latach 2008-2010 r. przez lekarzy specjalistów w polkowickich przedszkolach i szkołach, w ramach ponadstandardowych świadczeń zdrowotnych „*Mocny kręgosłup – korekcja wad postawy u dzieci i młodzieży z terenu gminy Polkowice*”, wady postawy stwierdzono u ponad 60% z ok. 2000 zbadanych dzieci i młodzieży.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Z posiadanych danych wynika, iż na terenie gminy Polkowice zamieszkuje ok. 4.000 dzieci i młodzieży w wieku od 4 do 18 lat. Według szacunkowych danych nieprawidłowości lub wady

postawy ma 60% tej populacji, tj. ponad 1450 dzieci i młodzieży. Do programu zakwalifikowane zostaną te dzieci i młodzież, którzy według ustalonych kryteriów lekarskich wymagają szczególnie intensywnych, okresowych zajęć z gimnastyki korekcyjnej. Dzieci i młodzież po uprzednim badaniu lekarskim zostaną skierowane na zajęcia gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej na sali gimnastycznej i zajęcia z pływania korekcyjnego na basenie kąpielowym.

Zakłada się, że w skali roku w kompleksowych zajęciach weźmie udział około 750 dzieci.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Zadaniem środowiska nauczania i wychowania dziecka jest profilaktyka pierwszorzędowa, która polega na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy oraz na kształtowaniu prawidłowej postawy ciała. Istotnym elementem profilaktyki wad postawy jest edukacja rodziców oraz środowiska szkolnego, w którym dziecko spędza większość czasu. Zagrożenie powstania wad postawy jest szczególnie duże w trakcie rozwoju dziecka, dlatego działania prewencyjne są niezbędne już od samego początku ontogenezy, stąd potrzebna jest wiedza na temat znaczenia prawidłowej postawy ciała i sposobach jej kreowania. Szczególna rola w zapobieganiu wadom postawy przypada rodzicom oraz nauczycielom nauczania początkowego. Rodzicom, ponieważ oni głównie poprzez właściwe wzorce i wychowanie oddziałują na organizm dziecka we wczesnym dzieciństwie, wówczas, gdy jest ono jeszcze bardzo plastyczne i podatne na wpływy zewnętrzne. Istotna jest również aktywność nauczycieli, w szczególności nauczania początkowego, ponieważ początek edukacji szkolnej stanowi zagrożenie dla prawidłowej postawy ciała, w związku ze zmianą stylu życia dziecka. Wówczas dziecko zaczyna spędzać większość czasu w nie fizjologicznej pozycji siedzącej, nosi tornister na jednym ramieniu, pochyla się nad książkami, obciążając przy tym kręgosłup, co sprzyja powstawaniu jego skrzywień i deformacji. Elementem działań umożliwiających zachowanie prawidłowej postawy ciała dzieci jest zapewnienie im właściwych warunków nauki, szczególnie dostosowanie ławek i krzeseł zapewniających zachowanie fizjologicznej postawy ciała, a także kształtowanie nawyku jej przyjmowania i kontrolowania.
- W profilaktyce szczególna rola przypada nauczycielom wychowania fizycznego, którzy jako pierwsi mogą dostrzec nieprawidłową postawę ciała uczniów oraz zadbać, by dzieci z wadami postawy wykonywały ćwiczenia korekcyjne i nie były zwalniane z zajęć wychowania fizycznego. Skuteczność działań profilaktycznych w zapobieganiu występowania wad postawy uwarunkowana jest koniecznością ścisłego współdziałania wszystkich podmiotów związanych ze środowiskiem nauczania i wychowania. Z tego też względu zasadne jest podejmowanie prób systemowego rozwiązywania problemu poprzez aktywizację współpracy między dziećmi i młodzieżą, ich rodzicami, pracownikami oświaty oraz ochrony zdrowia. Okres szkolny jest czasem, w którym kształtuje się prawidłowa sylwetka ciała dziecka. Postawa jest jednym z ważniejszych wskaźników zdrowia psychicznego i fizycznego. Jak wykazują badania, u dużej liczby dzieci i młodzieży występują nieprawidłowości w ukształtowaniu postawy ciała. Postawa ciała zmienia się w ciągu całego życia człowieka, szczególnie często ulega zmianie u dzieci. Okres zwiększonego zagrożenia nieprawidłowościami postawy to wiek szkolny i okres dojrzewania. Zmiany powstałe w tym czasie mogą mieć wpływ w całym dorosłym życiu. Dlatego tak ważna jest systematyczna kontrola wad postawy oraz prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć korekcyjnych wśród dzieci i młodzieży – mieszkańców gminy Polkowice.
- Według ortopedów i fizjoterapeutów, wiele z dolegliwości bólowych kręgosłupa w wieku dorosłym ma początek w niewielkich zaburzeniach postawy w okresie dziecięcym. Szereg trudnych do usunięcia, patologicznych zmian ma swój początek w nie wykrytych, niewielkich nieprawidłowościach postawy ciała. Często nie zauważona różnica w ustawieniu łopatek, nierówno ustawione barki, mogą być wczesnym objawem wady prowadzącej do ciężkiego kalectwa. Około 20% dzieci zagrożonych jest występowaniem boczego skrzywienia kręgosłupa (skoliozy). Równie często występują zmiany w ukształtowaniu krzywizn przednio-tylnych kręgosłupa (plecy wklęsłe, okrągłe i okrągło-wklęsłe) oraz często bagatelizowane, a sprawiające w wieku dorosłym wiele kłopotów nieprawidłowości w ukształtowaniu stóp (pięty koślawe, płaskostopie podłużne i poprzeczne itp.) Niezaprzeczalnym jest fakt, iż zaburzenia postawy najskuteczniej mogą być skorygowane w szkolnym okresie życia dziecka. Wiadomą rzeczą jest, iż profilaktyka jest zawsze najtańsza.

- W ocenie wielu specjalistów tylko systematyczna kontrola postawy ciała dziecka w wielu szkolnym pozwala zapobiegać w porę pogłębianiu się wady postawy. Natomiast odpowiednio dobrane metody korekcyjne zapobiegają powstawaniu nieodwracalnych zmian, a nawet kalectwa. Przemyślane, systematyczne działanie w zakresie wad postawy występujących u dzieci i młodzieży zamieszkujących gminę Polkowice pozwoli po pierwsze poprawić ich stan zdrowia, a po drugie, w przyszłości, zapobiec znacznie większym wydatkom na ich leczenie. Patologiczne zmiany postawy ciała w wieku dorosłym wynikają z nie wykrytych, nie leczonych niewielkich nieprawidłowości budowy ciała w okresie wczesnoszkolnym i dojrzewania. Program polityki zdrowotnej „Mocny Kręgosłup” ma za zadanie zapobiegać takim patologiom poprzez wykrycie u dzieci nieprawidłowości w budowie ciała (asymetryczne ułożenie miednicy, barków, łopatek, linii kręgosłupa, nieprawidłowe ukształtowanie stóp) i poprzez indywidualne oraz grupowe ćwiczenia korekcyjne, przywrócenie dzieciom i młodzieży prawidłowej postawy ciała.
- Kolejnym zadaniem, które będzie realizowane w ramach programu jest szeroko pojęta edukacja zdrowotna, zarówno dzieci, młodzieży, jak i ich rodziców. Ma ona na celu zapobieganie powstawaniu, a także zapobieganie pogłębianiu się już powstałych wad postawy u młodych mieszkańców gminy Polkowice.
- Edukacja w zakresie postawy ciała jest bardzo potrzebna w obliczu tak masowego zjawiska, jakim są wady postawy u dzieci i młodzieży. Tym bardziej, że jeśli poprzez pracę terapeutyczną uda się dziecko „wyprowadzić z problemu”, istnieje wysokie ryzyko, że w przyszłości, w wyniku kolejnych skoków wzrostowych młodych organizmów, problem może wrócić, a tym samym efekt kilkumiesięcznej pracy może zostać zaprzepaszczone. Podejmowane bardzo profesjonalne, z uwzględnieniem indywidualnych potrzeb terapeutycznych konkretnego dziecka działania, są kosztowne i pracochłonne. Dużo pracy i wysokich umiejętności od osób prowadzących dziecko wymaga „przetawienie” go zarówno w zakresie sfery cielesnej, jak i psychicznej na prawidłowe trzymanie swojej postawy ciała. Dlatego w ramach programu będzie się kładło duży nacisk na edukację zdrowotną dzieci, młodzieży i ich rodziców, tak, ażeby to, co zostanie osiągnięte dzięki programowi, nie zostało zaprzepaszczone. Niewątpliwie systematycznie prowadzona edukacja zdrowotna przyczynia się do zmniejszenia częstotliwości występowania wad postawy, ponieważ wady nabyte (nawykowe) początkowo są czynnościowe, stąd stosunkowo łatwo je korygować. Wczesne wykrycie patologicznych zmian w obrębie postawy ciała pozwala na skuteczne ich korygowanie.

II. Cele programu

1. Cel główny

Zapobieganie pogłębianiu się i utrwaleniu wad postawy ciała u dzieci i młodzieży zamieszkujących gminę Polkowice, poprzez wczesne ich wykrywanie, diagnozowanie, korygowanie oraz kształtowanie nawyku aktywności ruchowej i odpowiedzialności za własne zdrowie.

2. Cele szczegółowe:

- wykonywanie u dzieci i młodzieży badań lekarskich diagnozujących i kontrolnych,
- korekcja wad w obrębie klatki piersiowej, a co za tym idzie profilaktyka niewydolności w obrębie górnych i dolnych dróg oddechowych,
- poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży - mieszkańców gminy Polkowice,
- prowadzenie zajęć gimnastyki korekcyjnej na sali gimnastycznej i w basenie kąpielowym,
- udzielanie dzieciom i ich rodzicom/opiekunom indywidualnych instruktaży dotyczących ćwiczeń kompensacyjno-korekcyjnych do stałego ich wykonywania w warunkach domowych,
- kształtowanie u dzieci i młodzieży nawyku prawidłowej postawy ciała podczas zajęć lekcyjnych oraz w warunkach domowych,
- motywowanie dzieci i młodzieży do aktywnego spędzania czasu wolnego z uwzględnieniem zajęć sportowo-rekreacyjnych,
- podnoszenie poziomu wiedzy i umiejętności praktycznych nauczycieli wychowania fizycznego do prowadzenia podczas lekcji ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych,
- podnoszenie poziomu wiedzy nauczycieli i rodziców w zakresie przyczyn powstawania wad postawy oraz aktywnego udziału w profilaktyce zdrowotnej.

3. Oczekiwane efekty:

- objęcie programem rocznie ok. 750 dzieci i młodzieży,
- podniesienie poziomu wiedzy nauczycieli, rodziców i uczniów nt. profilaktyki wad postawy,
- wykształcenie u dzieci i młodzieży nawyku dbania o ładną sylwetkę i prawidłową postawę ciała,
- utrzymanie na poziomie ok. 70 % frekwencji na zajęciach z gimnastyki korekcyjnej na basenie i sali gimnastycznej,
- przeprowadzenie kampanii zdrowotnych dla społeczności przedszkolnych i szkolnych dotyczących profilaktyki wad postawy.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:

- liczba dzieci i młodzieży uczestnicząca w programie,
- liczba rozpoznanych wad i nieprawidłowości postawy u dzieci, zgłaszających się do programu,
- liczba nauczycieli, rodziców, dzieci i młodzieży uczestnicząca w kampaniach profilaktyki wad postaw.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Rocznie w programie będzie uczestniczyło ok. 750 dzieci i młodzieży z przedszkoli oraz szkół podstawowych funkcjonujących na terenie gminy Polkowice.

2. Tryb zapraszania do programu

Informacje o programie polityki zdrowotnej będą przekazywane przez:

- informację o programie na stronie internetowej gminy,
- informację o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informację w TV Polkowice,
- ogłoszenie/plakaty w siedzibach organizacji charytatywnych na terenie Polkowic,
- artykuły w prasie lokalnej,
- informacje o programie w przychodni lekarskiej,
- plakaty, ulotki (zawierające logo gminy i wykonawcy) informujące o realizacji programu,
- informacje poprzez pielęgniarki środowiskowo-rodzinne, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,

Informacje o programie będą przekazywane rodzicom przez:

- osoby wykonujące badania w programie,
- dyrektorów i nauczycieli przedszkoli i szkół,
- pielęgniarki szkolne.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych,
- realizacja programu:
 - a. przygotowanie i prowadzenie komputerowej bazy danych oraz dokumentacji medycznej.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po jego zakończeniu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba i jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kwalifikacja dzieci i młodzieży do programu odbywa się w oparciu o wynik lekarskiego badania diagnostycznego i decyzję lekarza.

Rejestracja dzieci odbywa się u lekarzy ortopedów i lekarzy rehabilitacji, zatrudnionych w programie, odbywa się bez skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Na zajęcia gimnastyki korekcyjnej skierowanie mogą wydawać również lekarze Poradni Wad Postawy. Lekarze tych Poradni zobowiązani są wypełnić kartę badania ortopedycznego oraz kartę kwalifikującą na zajęcia korekcyjne na sali gimnastycznej i basenie kąpielowym. Na udział w programie muszą wyrazić zgodę rodzice/opiekunowie prawni dzieci.

Badania dzieci wykonywane będą w godzinach ustalonych z dyrektorami placówek.

Zajęcia korekcyjne są realizowane w godzinach popołudniowych oraz w soboty w godzinach rannych. W zajęciach korekcyjno-kompensacyjnych na basenie kąpielowym mogą brać udział wyłącznie dzieci posiadające umiejętność pływania w stopniu dobrym.

4. Zasady wykonywania zadań w ramach programu:

Jeden sześciotygodniowy cykl zajęć dla każdego dziecka składa się z: badania kwalifikującego do zajęć gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej, spośród przebadanych dzieci i młodzieży zostaną wyłonieni ci, których wada wymaga gimnastyki korekcyjnej i to właśnie z nimi będą prowadzone, w zależności od zaleceń specjalisty, indywidualne lub grupowe zajęcia korekcyjne. Zajęcia grupowe będą prowadzone w grupach maksymalnie dziesięcioosobowych. Grupy będą podzielone według wady. Zasady uczestnictwa osób w poszczególnych zajęciach korekcyjnych przedstawiają się następująco:

Podział ze względu na występującą wadę	Rodzaj ćwiczeń korekcyjnych	Organizacja ćwiczeń
PLECY OKRĄGŁE	GRUPOWE	Każde dziecko objęte tą formą korekcji skorzysta z 20 terapii
PLECY WKŁĘSŁE	GRUPOWE	Każde dziecko objęte tą formą korekcji skorzysta z 20 terapii
PLECY WKŁĘSŁO-WYPUKŁE	GRUPOWE	Każde dziecko objęte tą formą korekcji skorzysta z 20 terapii
WADY STÓP	GRUPOWE - INSTRUKTAŻOWE	Ćwiczenia instruktażowe odbywać się będą przez 2 miesiące 1 x w tygodniu przez 45 minut
SKOLIOZY	INDYWIDUALNE	Każde dziecko objęte tą formą korekcji skorzysta z pakietu 8 terapii metodą PNF
ZABLOKOWANA MIEDNICA	INDYWIDUALNE	Każde dziecko objęte tą formą korekcji skorzysta z pakietu 6 terapii z elementami terapii manualnej

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pacjenci ze schorzeniami ruchu będą mogli, w razie potrzeby po zakończeniu rehabilitacji w ramach programu, skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ w Przychodni Lekarskiej PCUZ – ZOZ S.A. i Aquapark Polkowice Regionalnym Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjnym S.A.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji:

- komputerowa baza danych będzie prowadzona przez placówkę medyczną wybraną w procedurze konkursowej, a dane chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- do programu będą przyjmowane dzieci, u których rozpoznano nieprawidłowości w postawie ciała, które również wymagają rehabilitacji leczniczej,
- podstawą kwalifikacji na zajęcia gimnastyki korekcyjnej jest opinia (diagnoza) lekarza badającego,
- realizator programu opracuje regulamin korzystania programu obowiązujący dzieci i ich rodziców/opiekunów.

7. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze rehabilitacji medycznej,
- rehabilitanci (fizjoterapeuci).

Pomieszczenia w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety do fizykoterapii,
- gabinet masażu,
- sala gimnastyczna,
- gabinety lekarskie,
- basen,
- rejestracja,
- szatnia,
- poczekalnia,
- węzeł sanitarny dostosowany do osób niepełnosprawnych.

Wyposażenie w sprzęt:

- stół do masażu dzieci,
- stół do masażu dorosłych,
- materace,
- piłki,
- wałki,
- inny drobny sprzęt medyczny.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- badanie lekarskie – 45,00 zł,
- usługa pielęgniarki – pomoc przy badaniach – 3,00 zł,
- grupowe zajęcia korekcyjne (instruktaże stóp, pleców, zajęcia na basenie) – 150,00 zł,
- indywidualne zajęcia korekcyjne (w tym terapia manualne, PNF) – 65,00 zł,

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzony logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty promocji programu oraz działań edukacyjnych zostały w kalkulowane w cenę świadczeń medycznych.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 200 000,00 (słownie: dwieście tysięcy zł).

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane z budżetu gminy Polkowice.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu:

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej.

2. Ocena jakości realizacji programu zdrowotnego:

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu:

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie frekwencji na zajęciach gimnastyki korekcyjnej.

Załącznik Nr 17 do uchwały Nr IV/50/18

Rady Miejskiej w Polkowicach

z dnia 28 grudnia 2018 r.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„ZDROWY RUCH – ZDROWE ŻYCIE”



I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Największym zagrożeniem zdrowia osobniczego jest niewydolność układu krążenia. Dane z licznych krajów dowodzą, iż około 50% przyczyn zgonów (w dużym zakresie przedwczesnych) jest spowodowanych chorobami układu krążenia - zarówno samego mięśnia sercowego, jak i naczyń obwodowych. W zgodnej opinii kardiologów, lekarzy medycyny sportowej i specjalistów rehabilitacji, czynniki fizjologiczne ograniczające zdolności osobnicze w pozyskiwaniu wysokiej wydolności są umiejscowione w głównej mierze w budowie i funkcji układu krążenia, a nie innych narządach i układach zaopatrujących. Dlatego właśnie choroba niedokrwienna serca niesie ze sobą duże niebezpieczeństwo i zagrożenie.

Niedostateczne zaopatrzenie komórek mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze, zaburzenie równowagi między zapotrzebowaniem a możliwością ich dostarczenia, prowadzi do niedotlenienia - niewydolności wieńcowej. Istnieje możliwość rozwoju dusznicy bolesnej, a nawet zawału mięśnia sercowego. Zazwyczaj choroba niedokrwienna powstaje w wyniku rozwoju miażdżycy tętnic wieńcowych. W ściankach tętnic wieńcowych, jak również w ścianach innych tętnic, tworzą się blaszki miażdżycowe. Z czasem proces ten prowadzi do zwężenia światła naczyń i utrudnia dopływ krwi do mięśnia sercowego. Efektem jest zmniejszony dopływ krwi i tlenu w stosunku do jego potrzeb. Wówczas pojawiają się typowe dla choroby wieńcowej dolegliwości – ból za mostkiem, duszności, osłabienie i kołatanie serca. Najgroźniejszą sytuacją jest całkowite zablokowanie przepływu krwi przez tętnice wieńcowe (np. wskutek pęknięcia blaszki miażdżycowej) i utworzenia się zakrzepu – w sercu powstaje martwica - zawał.

Czynniki ryzyka choroby niedokrwiennej:

- podeszły wiek,
- płeć męska (na chorobę wieńcową częściej chorują mężczyźni, szczególnie w wieku 40-55 lat; praca w warunkach podwyższonego ryzyka stresowego),
- w grupie osób starszych zapadalność jest dla obu płci podobna (obciążenie dziedziczne, tj. zawał serca lub wykryta choroba wieńcowa, u któregoś z członków rodziny),
- wysoki poziom cholesterolu całkowitego we krwi (powyżej 200 mg%; wysoki poziom LDL, tj. powyżej 130 mg%; niski poziom cholesterolu HDL - poniżej 35 mg%),
- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca,
- otyłość, szczególnie tzw. brzuszna,
- palenie papierosów (przyspiesza procesy miażdżycowe),
- siedzący tryb życia,
- brak ruchu,
- stres,
- nieodpowiednia dieta.

Zdecydowanie największym wyzwaniem współczesnej medycyny, jakie niosą choroby serca i układu krążenia, to zapobieganie ich wystąpieniu, czyli profilaktyka. Jest to zadanie bardzo trudne do wykonania i jak na razie to choroby wygrywają. Profilaktyka polega na zwiększeniu świadomości ludzi i aktywizowaniu ich postawy względem zdrowego stylu życia. Realizacja programu będzie skupiona na płaszczyźnie profilaktyki głównie poprzez wysiłek fizyczny. Celem realizacji programu będzie zaszczepienie, pokazanie uczestnikom w jaki prosty sposób przy nakładzie minimum wysiłku fizycznego można dbać o swoje zdrowie. Chcielibyśmy, aby nowa forma aktywności pacjenta, pokazana podczas udziału w programie była początkiem „nowego życia pacjenta”, a aktywność nie zakończyła się tylko na udziale w programie. Po zakończeniu udziału proponowane będą pacjentom takie formy aktywności, które będą dostosowane do ich kondycji i wydolności fizycznej. Regularny, nawet najmniejszy wysiłek fizyczny pozwala utrzymać serce w dobrej kondycji.

W chorobach układu krążenia profilaktyka i świadomość konieczności dbania o własne zdrowie jest niezwykle ważna i skuteczna. Zdrowy styl życia znacznie redukuje ryzyko chorób, a według najnowszych badań efekty mogą być już widoczne po 4 tygodniach. Niewielki wysiłek fizyczny usprawnia pracę serca, poprawia przepływ krwi w naczyniach wieńcowych, ułatwia zwalczanie zaburzeń lipidowych, reguluje ciśnienie krwi i zapobiega otyłości, a więc działa antymiażdżycowo.

2. Epidemiologia

Zachorowalność dotyczy zazwyczaj osób po 35. roku życia, zwłaszcza mężczyzn. Po 65. roku życia kobiety chorują równie często. Ryzyko zachorowania jest wielokrotnie większe u osób z czynnikami ryzyka (palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, podwyższony cholesterol, przedwczesna choroba niedokrwienna serca u członków rodziny).

Wyniki m.in. projektu badawczego POL-MONICA, będącego częścią światowego badania koordynowanego przez WHO – The WHO MONICA Project, wykazały ścisłą korelację pomiędzy rozwojem choroby niedokrwiennej serca, a obecnością czynników ryzyka tej choroby. Badania te, prowadzone na dużych populacjach, dowiodły stałego wzrostu częstości występowania choroby niedokrwiennej serca w Polsce. Dla Polski częstość zachorowania wynosi średnio 620 przypadków na 100 tysięcy dla mężczyzn i 220 przypadków na 100 tysięcy u kobiet. Zapadalność jest mniejsza na wsiach niż w dużych miastach. Częstość występowania dławicy rośnie gwałtownie z wiekiem u obojga płci: od 0,1–1% u kobiet w wieku 45–54 lat do 10–15% u kobiet w wieku 65–74 lat oraz od 2–5% u mężczyzn w wieku 45–54 lat do 10–20% u mężczyzn w wieku 65–74 lat. W Polsce obserwuje się również wzrost występowania tej choroby wśród kobiet i ludzi młodych: obserwuje się zwiększoną zachorowalność wśród 20- i 30-latków.

3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się wyłącznie do programu

Odbiorcami programu „Zdrowy ruch – zdrowe życie” będą mieszkańcy gminy Polkowice w wieku 35 – 70 oraz młodsi według wskazań lekarskich. Z posiadanych danych wynika, iż w obecnie w gminie Polkowice zamieszkuje ogółem ok. 26.000 osób, z czego ok. 13.000 osób znajduje się w przedziale wiekowym 35 - 70 lat. W pierwszej kolejności do programu będą kwalifikowane osoby o podwyższonym czynniku ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Są to osoby posiadające m. in. nadciśnienie tętnicze, nadmiar cholesterolu we krwi, cukrzycę, nadwagę, otyłość, choroby serca, osoby posiadające niekorzystny wywiad rodzinny. Szacuje się, że z programu skorzysta ok. 250 osób.

4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Przychodnia Lekarska znajdująca się na terenie gminy Polkowice posiada kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej, POZ, poradni rehabilitacyjnej, reumatologicznej, chirurgicznej, ortopedycznej, neurologicznej. Aquapark Polkowice – Regionalne Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjne S.A. – posiada umowę na świadczenia rehabilitacyjne z NFZ. Pacjenci kierowani są na zabiegi rehabilitacyjne przez lekarzy POZ lub specjalistów. Okres oczekiwania na zabiegi w ramach Funduszu Zdrowia wynosi ok. 2 - 3 miesiące.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

- Choroby układu krążenia pozostają niezmiennie od ponad 20 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców naszego kraju. Według dostępnych danych około 50% zgonów spowodowane było chorobami układu krążenia, które należą także do wiodących przyczyn umieralności przedwczesnej, chorobowości szpitalnej oraz trwałej lub okresowej niezdolności do pracy.
- Śledząc wyniki badań można wyciągnąć wnioski, iż choroba niedokrwienna serca jest chorobą cywilizacyjną i należy jej przeciwdziałać wszelkimi możliwymi środkami i metodami. Biorąc pod uwagę małą dostępność do świadczeń finansowanych przez NFZ w zakresie kardiologii niezbędne jest profilaktyczne działanie zapobiegające powstawaniu choroby niedokrwiennej serca poprzez wczesne rozpoznanie oraz doksztalcanie pacjentów.
- Głównym czynnikiem, na którym ma się opierać rehabilitacja pacjenta będzie wysiłek fizyczny. Powodowane przez niego zmiany zapobiegają rozwojowi wielu groźnych chorób układu krążenia: choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy, nadciśnienie tętnicze.
- W piśmiennictwie naukowym można znaleźć liczne dowody na pozytywny wpływ systematycznego wysiłku fizycznego na organizm ludzki. Pod wpływem wysiłku w organizmie dochodzi do rozwoju zmian odciążających układ krążenia. Systematyczny wysiłek doprowadza do zwolnienia częstości pracy serca (tętno spoczynkowe), co prowadzi do wzrostu pojemności jam serca. Zwolnienie rytmu i powiększenie się jam powoduje, że

więcej krwi napływa do serca i większa jest pojemność wyrzutowa serca, co będzie skutkowało lepszym ukrwieniem tkanek organizmu. Serce u osoby trenującej zużywa mniej tlenu, niż serce osoby niewytrenowanej. Wysiłek powoduje poszerzenie naczyń wieńcowych oraz stymuluje powstawanie nowych naczyń wieńcowych, poprawiając odżywienie mięśnia sercowego. Te dwa ostatnie procesy znacznie wpływają na ryzyko wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, czyli zawału serca.

- Wysiłek fizyczny pozytywnie wpływa również na gospodarkę lipidową. Powoduje on wzrost stężenia cholesterolu HDL (tzw. dobry cholesterol) oraz obniżenie niekorzystnego cholesterolu LDL i trójglicerydów. Systematyczny wysiłek fizyczny wpływa również na obniżenie ciśnienia tętniczego, zarówno skurczowego jak i rozkurczowego.

II. Cele programu

1. Cel główny

Zwiększenie aktywności ruchowej jako czynnika zmniejszającego ryzyko występowania choroby niedokrwiennej serca wśród mieszkańców gminy Polkowice poprzez osiągnięcie parametrów tętna treningowego i maksymalnego zużycia tlenu.

2. Cele szczegółowe:

- zapobieganie chorobie niedokrwiennej serca,
- ograniczenie występowania chorób cywilizacyjnych (otyłości, nadciśnienia, cukrzycy typu II),
- przedłużenie aktywności zawodowej,
- ograniczenie strat spowodowanych niepełnosprawnością,
- poprawa sprawności ruchowej,
- poprawa jakości i wydłużenie życia mieszkańców,
- poprawa samopoczucia,
- uzyskanie poprawy stanu zdrowotnego mieszkańców.

3. Oczekiwane efekty

- zapobieganie wystąpieniu czynników zwiększających ryzyko wystąpienia chorób serca, a przez to ograniczenie kosztów późniejszego leczenia, rehabilitacji i inwalidztwa mieszkańców gminy Polkowice,
- ograniczenie postępów choroby, przeciwdziałanie powikłaniom, wydłużenie i poprawa jakości i stylu życia poprzez zwiększenie aktywności ruchowej i zrozumienie potrzeby stałej jej kontynuacji, jako czynnika prozdrowotnego,
- wyrobienie nawyku aktywności fizycznej i jej wzrost,
- wzrost świadomości odnośnie wpływu ruchu na choroby cywilizacyjne w tym chorobę niedokrwinną serca.

4. Mierniki efektywności, odpowiadające celom programu:

- liczba osób uczestniczących w programie,
- poprawa wyników wydolnościowych uczestników programu,
- wzrost aktywności fizycznej uczestników programu.

III. Adresaci programu (populacja programu)

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Odbiorcami programu będą mieszkańcy gminy Polkowice, którzy wymagają świadczeń w wieku od 35 do 70 lat oraz młodsi według wskazań lekarskich. Głównie programem powinni być już objęci 35 - 40-latkowie, gdyż już w tej grupie wiekowej obserwuje się rozwój choroby niedokrwiennej serca i schorzeń do niej predysponujących (otyłość, cukrzycę, zespół metabolicznego, nadciśnienia, większością schorzeń układu sercowo-naczyniowego, niewydolnością serca, z zaburzeniami rytmu serca oraz osoby bez objawów choroby serca, u których występują czynniki rozwoju schorzenia serca i tym podobne). Porada lekarska oraz kompleksowy cykl zabiegów wysiłkowych poprawią komfort życia mieszkańców, przyczyną się do poprawy zdrowotności biorących udział w programie, a także poprawią zmianę stylu życia przez wzrost aktywności fizycznej.

2. Tryb zapraszania do programu:

Informacje o programie polityki zdrowotnej będą przekazywane przez:

- informację o programie na stronie internetowej gminy,

- informację o programie na stronie internetowej podmiotu, który wygra konkurs na realizację programu,
- informację w TV Polkowice,
- ogłoszenie/plakaty w siedzibach organizacji charytatywnych na terenie Polkowic,
- artykuły w prasie lokalnej,
- informacje o programie w przychodni lekarskiej,
- plakaty, ulotki (zawierające logo gminy i wykonawcy) informujące o realizacji programu,
- informacje poprzez pielęgniarki środowiskowo–rodzinne, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej,
- informacja w stowarzyszeniach zrzeszających osoby starsze i chore.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- opracowanie programu,
- ogłoszenie konkursu ofert,
- wybór jednostki realizującej program (wyłonionej w drodze konkursu),
- przygotowanie do programu:
 - a. dotarcie z informacją o programie (ogłoszenia, plakaty media, strona internetowa),
 - b. przygotowanie materiałów edukacyjnych,
- realizacja programu:
 - a. przygotowanie i prowadzenie komputerowej bazy danych oraz dokumentacji medycznej.

2. Planowane interwencje

Program będzie monitorowany poprzez sprawozdania miesięczne oraz ewaluację po jego zakończeniu. Na każdym etapie monitorowania programu w razie potrzeby będą podejmowane interwencje. Monitorowaniu będzie podlegać liczba uczestników, sposób prowadzenia edukacji oraz liczba i jakość wykonanych świadczeń medycznych. Interwencje będą podejmowane na bieżąco podczas realizacji zadania, gdy jego przebieg nie będzie zgodny z zapisami umowy.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kwalifikacja osób do programu odbywa się w oparciu o wynik lekarskiego badania diagnostycznego, decyzję lekarza oraz spełnienia podstawowego kryterium jakim jest zamieszkiwanie na terenie gminy Polkowice (należy złożyć pisemne oświadczenie). Osoba uprawniona do korzystania ze świadczeń zgłasza się osobiście lub telefonicznie w rejestracji wykonawcy w celu umówienia wizyty w poradni rehabilitacyjnej. Istnieje również możliwość rejestracji osoby do poradni przez osoby trzecie w dniach i godzinach pracy wykonawcy programu.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Każdy odbiorca, mający uprawnienie do skorzystania z programu, zgłaszający się do poradni rehabilitacyjnej zakwalifikowany zostanie do przebadania przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej współpracującego w ramach programu. Na pierwszej wizycie lekarz na podstawie diagnozy zaleci leczenie rehabilitacyjne oraz opracuje trening wydolnościowy (dokładne przedstawienie parametrów wysiłkowych podczas całego cyklu treningu) dla danego pacjenta zlecając cykl zabiegów składający się z:

- 6 x zabiegów kriokomory,
- 6 x ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze lub bieżni (minimum 30 minut treningu) oraz 5 x oddziaływanie na punkty małżowiny ucha metodą bezigłową,

lub

- 9 x ćwiczenia wytrzymałościowych na cykloergometrze lub bieżni (minimum 30 minut treningu),
- 5 x oddziaływanie na punkty małżowiny ucha metodą bezigłową.

Następnie pacjent będzie kierowany do konkretnego fizjoterapeuty, który będzie sprawował nad nim opiekę podczas zabiegów. Niezbędnym jest także, aby rehabilitant w trakcie wywiadu/rozmowy poprzedzającego rozpoczęcie ćwiczeń uzyskał od pacjenta niezbędne informacje o przebytych przez niego lub obecnych zaburzeniach krążenia. Opracowywany i przeprowadzany trening wysiłkowy będzie opierał się głównie na następujących wskaźnikach:

- częstość skurczów serca HR,

- ciśnienie tętnicze krwi BP,
- pojemność wyrzutowa serca SV,
- pojemność minutowa serca Q.

W celu osiągnięcia najlepszych rezultatów ćwiczebnych oraz aby udział w zabiegach był skuteczny jeden pacjent będzie poddany cyklowi zabiegów, które będą odbywać co najmniej 2 razy w tygodniu. Planuje się, iż cykl zamknie się w okresie jednego miesiąca. Podczas całego cyklu pacjent odbędzie dwie wizyty lekarskie: wizytę wstępną oraz wizytę kontrolną. W celu osiągnięcia lepszego efektu treningu wydolnościowego lekarz na wizycie kontrolnej ma możliwość zlecenia kolejnego cyklu zabiegów. Wówczas wizyta wstępna kontrolna będzie wizytą wstępną do dalszego leczenia. Pacjent ma możliwość wielokrotnego skorzystania z cykli zabiegów w sytuacji posiadania wolnych środków finansowych na realizację programu.

Dzięki udziałowi pacjenta w całym cyklu zabiegów nastąpi:

- zwiększenie wydolności sercowej, oddechowej i fizycznej,
- polepszenie krążenia obwodowego,
- polepszenie jakości krwi poprzez zmniejszenie ilości cukru we krwi, zmniejszenie ilości substancji toksycznych we krwi, zmniejszenie ilości cholesterolu,
- zmniejszenie nadwagi.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pacjenci ze schorzeniami ruchu będą mogli, w razie potrzeby po zakończeniu rehabilitacji w ramach programu, skorzystać ze świadczeń rehabilitacyjnych w ramach umowy z NFZ w Przychodni Lekarskiej PCUZ – ZOZ S.A. i Aquapark Polkowice Regionalnym Centrum Rekreacyjno-Rehabilitacyjnym S.A.

6. Bezpieczeństwo planowanych interwencji:

- komputerowa baza danych prowadzona przez placówkę medyczną wybraną w procedurze konkursowej, a dane chronione zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- do programu będą przyjmowane osoby, które wymagają rehabilitacji leczniczej,
- podstawą kwalifikacji na cykl zabiegów rehabilitacyjnych jest opinia (diagnoza) lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej.

7. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu:

Kadra medyczna będzie posiadała odpowiednie kwalifikacje do realizacji programu, tj.:

- lekarze rehabilitacji medycznej,
- rehabilitanci (fizjoterapeuci).

Pomieszczenia w których będzie realizowany program będą spełniały wymogi pomieszczeń w placówkach medycznych:

- gabinety do fizykoterapii,
- gabinet do hydroterapii,
- gabinet masażu,
- sala gimnastyczna,
- gabinety lekarskie,
- kriokomora,
- jaskinia solna,
- rejestracja,
- szatnia,
- poczekalnia,
- węzeł sanitarny dostosowany do osób niepełnosprawnych.

Wyposażenie w sprzęt:

- wanna do masażu wodnego,
- magnetronik,
- laser,
- aquavibron,
- lampa sollux niebieski,

- lampa sollux czerwony,
- ultradźwięki,
- stół do masażu dzieci,
- stół do masażu dorosłych,
- materace,
- piłki,
- wałki,
- inny drobny sprzęt medyczny,
- urządzenie do elektropunktury.

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe, w tym:

Procedury medyczne:

- porada lekarska - 60,00 zł,
- cykl zabiegów I – 625,00 zł,
- cykl zabiegów II – 400,00 zł.

Promocja programu:

- informacja w TV Polkowice,
- wywiady na temat programu w prasie lokalnej,
- informacja w Przychodni (tablica ogłoszeń),
- informacja w mediach społecznościowych,
- strona internetowa realizatora programu,
- powiadomienia SMS,
- ogłoszenie o realizacji programu na plakacie wielkości A1, plakat opatrzony logo gminy Polkowice,
- ulotki informujące o programie zawierające logo gminy Polkowice,
- prowadzenie punktu informacyjnego o programach polityki zdrowotnej.

Koszty promocji programu oraz działań edukacyjnych zostały wkalkulowane w cenę świadczeń medycznych.

2. Planowane roczne koszty całkowite: 200 000,00 zł (słownie: dwieście tysięcy złotych).

3. Źródła finansowania, partnerstwo:

Wszystkie zadania w ramach programu zostaną sfinansowane w ramach budżetu gminy Polkowice.

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu:

Zgłaszalność do programu zostanie oceniona na podstawie:

- liczby osób uczestniczących w programie polityki zdrowotnej.

2. Ocena jakości świadczeń w programie:

Organizator wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatorów badania w zakresie jakości uzyskanych świadczeń.

3. Ocena efektywności programu:

Ocena efektywności nastąpi poprzez monitorowanie frekwencji pacjentów na zabiegach rehabilitacyjnych.