

**Uchwała Nr
Rady Miejskiej w Jaworznie**

z dnia 2016 r.

w sprawie Programu Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017 - 2020.

Na podstawie art. 7 ust 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.), art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 814 z późn. zm.), art. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), art. 2 oraz art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1916), Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1492).

**Rada Miejska w Jaworznie
uchwala, co następuje:**

§ 1

Przyjąć Program Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017 – 2020, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierzyć Prezydentowi Miasta Jaworzna.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia, z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2017 r.

§ 4

Traci moc uchwała Nr III/13/2014 Rady Miejskiej w Jaworznie z dnia 18 grudnia 2014 r. w sprawie Programu Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2015 – 2018.

Prezydent Miasta Jaworzna

Paweł Silbert

Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr
Rady Miejskiej w Jaworznie
z dnia 2016 r.

***PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA DLA GMINY MIASTA JAWORZNA
NA LATA 2017 - 2020***

PROGRAM OPRACOWAŁ
WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH
URZĘDU MIEJSKIEGO W JAWORZNIE

Wprowadzenie

Zdrowie jest szczególną, nadrzędną wartością w życiu człowieka. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) *"zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie jedynie brakiem choroby czy niepełnosprawności"*. Stanowi wartość pozwalającą na samorealizację, właściwe pełnienie ról społecznych, dobrą adaptację do zmian oraz osiągnięcie satysfakcji z życia.

Zdrowie człowieka zależy od wielu różnorodnych, a jednocześnie wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy:

- 1) styl życia – odpowiada za zdrowie w ok. 53 %,
- 2) środowisko zewnętrzne – w 21 %,
- 3) czynniki genetyczne – w 16 %,
- 4) medycyna naprawcza (ochrona zdrowia) – w 10 %.

W związku z powyższym, punkt ciężkości przenosi się z działań ochrony zdrowia na wiele sektorów społeczno-gospodarczych, a styl życia człowieka w największym stopniu determinuje zachowanie zdrowia. Dlatego ważnym elementem jest wspieranie mieszkańców w utrzymaniu należytego stanu zdrowia, nie tylko przez ułatwienie im dostępu do świadczeń zdrowotnych, ale przede wszystkim przez dokonywanie wyborów korzystnych dla ich zdrowia.

Działania Gminy Miasta Jaworzna w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia spełniają rolę pomocniczą w stosunku do oferowanych świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Realizacja przedmiotowego programu przyczyni się do osiągnięcia celu strategicznego, tzn. poprawy zdrowia i związanej z nim jakości życia poprzez zapewnienie mieszkańcom miasta dostępności do świadczeń medycznych, profilaktyki zdrowotnej oraz edukacji zdrowotnej.

Program Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017 - 2020 opiera się na wytycznych zawartych w następujących dokumentach: „Zdrowie 21 – Zdrowie dla Wszystkich w XXI wieku” Światowej Organizacji Zdrowia, założeniach Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Strategii Zrównoważonego Rozwoju Miasta Jaworzna oraz Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, które wyznaczają kierunki działań w zakresie poprawy stanu zdrowia społeczności lokalnej. Zakłada się, iż programy polityki zdrowotnej organizowane i finansowane przez Gminę Miasta Jaworzna, będą uzupełnieniem oferty programowej w zakresie profilaktyki proponowanej przez Ministerstwo Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podstawę etyczną programu „Zdrowie 21” Światowej Organizacji Zdrowia tworzą trzy podstawowe wartości:

- 1) zdrowie jako podstawowe prawo człowieka,
- 2) równość w zdrowiu i solidarność w działaniu pomiędzy krajami oraz ich społecznościami lokalnymi,
- 3) współuczestnictwo i monitorowanie działań jednostek, grup, instytucji i społeczności lokalnych na rzecz stałego rozwoju zdrowia.

Program Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017-2020 zakłada współpracę instytucji publicznych i niepublicznych oraz organizacji pozarządowych. Zapewnia wykorzystanie inicjatyw społecznych oraz potencjału mieszkańców, którzy aktywnie uczestniczą w proponowanych działaniach, a także racjonalizację wydatkowania środków publicznych.

Programy profilaktyczne dla mieszkańców Jaworzna obejmują najważniejsze obszary zdrowotne w oparciu o analizy epidemiologiczne stanu zdrowia populacji, uwarunkowań społeczno-ekonomicznych oraz najczęściej występujących problemów zdrowotnych.

Prowadzenie efektywnej polityki zdrowotnej wymaga określenia konkretnych celów i priorytetów, a także zadań, które powinny być konsekwentnie realizowane. W procesie tym niezbędne jest także monitorowanie uwzględniające wyznaczone cele, założenia i działania z zakresu profilaktyki i promocji. Zadaniem Gminy Miasta Jaworzna jako jednostki samorządu terytorialnego jest wypełnienie celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, tj. *„wydłużenie życia w zdrowiu,*

poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”.

Niniejszy dokument określa najbardziej istotne elementy polityki zdrowotnej miasta oraz wyznacza kierunki w zakresie poprawy stanu zdrowia mieszkańców i zaspokojenia ich potrzeb zdrowotnych. Programy polityki zdrowotnej - będące integralną częścią *Programu Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017-2020* - uwzględniają aktualne potrzeby zdrowotne mieszkańców.

Należy zaznaczyć, iż zmiany stanu zdrowia społeczności lokalnej mogą spowodować konieczność prowadzenia dodatkowych działań lub realizacji programów innych niż wskazanych w niniejszym dokumencie. Takie podejście jest szczególnie ważne i uzasadnione w odniesieniu do problematyki zdrowia, w której dominuje holistyczne ujęcie zdrowia.

Program ten kładzie szczególny nacisk na promocję zdrowia oraz prowadzenie akcji prewencyjnych w oparciu o główne determinanty zdrowia. Im większe będzie zaangażowanie w promocję zdrowia i kształtowanie postaw prozdrowotnych, tym system ochrony zdrowia w zakresie medycyny naprawczej będzie bardziej sprawny, a jednocześnie mniej kosztochłonny.

CELE PROGRAMU

Cel główny

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna poprzez organizację badań profilaktycznych i kształtowanie prozdrowotnego stylu życia.

Cele szczegółowe

Program zawiera cele szczegółowe, które skoncentrowane są m. in. na:

- 1) ochronie zdrowia poprzez zapobieganie chorobom, czyli profilaktykę,
- 2) doskonaleniu zdrowia poprzez promocję zdrowia,
- 3) przywracaniu zdrowia poprzez wczesne wykrywanie, prawidłowe leczenie i rehabilitację leczniczą.

Główne kierunki działań zmierzające do osiągnięcia celu:

- 1) kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa,
- 2) edukacja zdrowotna,
- 3) organizacja działań profilaktycznych, których celem jest utrzymanie społeczeństwa w sprawności fizycznej,
- 4) aktywizacja mieszkańców w społecznym rozumieniu odpowiedzialności za zdrowy styl życia,
- 5) współdziałanie i tworzenie dobrowolnych koalicji na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców,
- 6) promowanie szeroko rozumianej polityki prozdrowotnej w oparciu o odpowiednie warunki społeczne, ekologiczne i przestrzenne,
- 7) zmniejszenie różnic w stanie zdrowia, wynikających z ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych,

Zadania realizowane w zakresie Programu:

- 1) ustalanie potrzeb w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej społeczności miasta,
- 2) opracowywanie, wdrażanie i monitorowanie własnych programów promocji zdrowia,
- 3) koordynacja kampanii oświatowych i działań mających na celu promocję zdrowego stylu życia,
- 4) współpraca z instytucjami i organizacjami pozarządowymi realizującymi programy promocji zdrowia,
- 5) przekazywanie Marszałkowi Województwa Śląskiego zestawień rocznych dotyczących informacji o realizowanych na terenie miasta programach polityki zdrowotnej,
- 6) inne, wynikające z bieżących potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

Zakładane rezultaty Programu:

- 1) poprawa jakości i dostępności do świadczeń zdrowotnych,

- 2) poprawa sposobu żywienia ludności - szczególnie dzieci i młodzieży, jakości zdrowotnej żywności oraz zmniejszenie występowania otyłości,
- 3) upowszechnienie zachowań prozdrowotnych,
- 4) minimalizacja szkód powodowanych przez alkohol oraz rozwiązywanie problemów uzależnień,
- 5) upowszechnienie umiejętności udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wśród dzieci i młodzieży szkół oraz pracowników zakładów pracy,
- 6) poprawa jakości życia i zapobieganie wykluczeniu społecznemu osób starszych,
- 7) inicjatywy na rzecz osób niepełnosprawnych,
- 8) profilaktyka chorób układu krążenia,
- 9) promocja zdrowia psychicznego,
- 10) profilaktyka nowotworowa,
- 11) wzrost bezpieczeństwa epidemiologicznego.

Realizatorzy Programu Promocji Zdrowia.

Program jest zadaniem wymagającym wielopoziomowej współpracy różnych środowisk. Działania objęte Programem prowadzone będą przez Wydziały Urzędu Miejskiego w Jaworznie przy współudziale publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych, Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Jaworznie, jednostek systemu pomocy społecznej, placówek oświatowych, placówek kultury i sportu, organizacji pozarządowych, środowiskowych grup wsparcia oraz mieszkańców miasta.

Adresatami Programu są mieszkańcy Jaworzna, a w szczególności:

- 1) dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci i młodzież szkolna, w tym dzieci zagrożone otyłością, ich rodzice i środowisko szkolne,
- 2) dzieci w wieku od 1-go do 3-go roku życia,
- 3) kobiety ciężarne oraz matki karmiące,
- 4) seniorzy,
- 5) osoby niepełnosprawne.

Zadania szczegółowe do realizacji w latach 2017 - 2020:

Program Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017 – 2020 określa cele oraz zadania do wykonania na czterech poziomach prewencji.

I grupa zadań – Zdrowie pozytywne, zadania adresowane do ludzi zdrowych:

- 1) polityka informacyjno – edukacyjna w zakresie ochrony środowiska naturalnego,
- 2) utrzymanie porządku i czystości w mieście, stała poprawa estetyki miasta,
- 3) edukacja publiczna w zakresie zdrowego stylu życia poprzez: propagowanie ruchu i aktywnego wypoczynku, właściwego sposobu odżywiania się, unikania używek, uczenie radzenia sobie ze stresem, promocję aktywnych form wypoczynku dzieci i młodzieży,
- 4) promowanie zdrowia w miejscu pracy,
- 5) organizowanie masowych imprez prozdrowotnych.

II grupa zadań – Profilaktyka I stopnia, dotycząca ludzi zdrowych, ukierunkowana na określone grupy mieszkańców.

1. Działania prozdrowotne ukierunkowane na dzieci i młodzież:
 - 1) wczesna profilaktyka wad rozwojowych u noworodków,
 - 2) upowszechnianie kalendarza szczepień ochronnych,
 - 3) profilaktyka wad postawy, ukierunkowana na wczesne wykrywanie wad i prowadzenie gimnastyki korekcyjnej,
 - 4) nadzór nad realizacją programów adresowanych do szkół podstawowych: higiena jamy ustnej, fluorowanie zębów, lakowanie zębów,

- 5) nadzór nad realizacją szkolnych programów profilaktyki,
 - 6) kształtowanie wśród dzieci i młodzieży właściwych nawyków żywieniowych, wczesna diagnostyka nadciśnienia i nadwagi oraz cukrzycy,
 - 7) realizacja szkoleń nt. cukrzycy typu I u dzieci i młodzieży, przeznaczonych dla pracowników oświaty i higieny szkolnej,
 - 8) realizacja Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Jaworzna.
2. Działania prozdrowotne adresowane do kobiet:
- 1) przygotowanie kobiet do świadomego i odpowiedzialnego macierzyństwa,
 - 2) promocja karmienia naturalnego,
 - 3) nauka samobadania piersi,
 - 4) programy profilaktyki raka piersi i szyjki macicy.
3. Działania skierowane na populację dorosłych mieszkańców:
- 1) profilaktyka osteoporozy,
 - 2) profilaktyka uzależnień,
 - 3) realizacja programu szczepień ochronnych p/grypie dla seniorów 65+ ,
 - 4) profilaktyka zdrowia psychicznego,
 - 5) programy promocji zdrowia dla osób w starszym wieku ukierunkowane na promocję zdrowego stylu życia,
 - 6) programy dotyczące poprawy warunków życia osób niepełnosprawnych,
 - 7) kształtowanie zdrowego stylu życia,
 - 8) rozwijanie inicjatyw na rzecz osób potrzebujących pomocy.

III grupa zadań – Profilaktyka II stopnia, organizacja badań profilaktycznych, w tym:

- 1) profilaktyka raka szyjki macicy,
- 2) profilaktyka raka prostaty,
- 3) profilaktyka raka piersi,
- 4) profilaktyka cukrzycy,
- 5) badania w kierunku boreliozy,
- 6) wczesna diagnostyka niepełnosprawności,
- 7) realizacja programu badań przesiewowych noworodków,
- 8) wczesna diagnostyka uzależnień.

IV grupa zadań – Profilaktyka III stopnia, działania ukierunkowane na pacjentów klinicznych i ich rodziny:

- 1) program opieki geriatrycznej i rehabilitacyjnej pacjentów przewlekle chorych,
- 2) program zapobiegania zakażeniom wewnątrzszpitalnym,
- 3) program zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby,
- 4) program zapobiegania odleżynom,
- 5) program wielospecjalistycznej rehabilitacji, opieki i pielęgnacji dzieci niepełnosprawnych,
- 6) programy profilaktyki uzależnień.

Gmina Miasta Jaworzna - jako gmina i miasto na prawach powiatu - zobligowana jest do realizacji ustawowych zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Na podstawie oceny sytuacji zdrowotnej mieszkańców oraz zgodnie z wytycznym Narodowego Programu Zdrowia, od wielu lat podejmowane są w naszym mieście działania na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców poprzez: organizowanie programów, akcji oraz licznych działań prozdrowotnych.

Do najistotniejszych działań podejmowanych od kilku lat przez naszą jednostkę samorządową należy realizacja programów polityki zdrowotnej, wynikających z analizy sytuacji zdrowotnej społeczności lokalnej dokonanej na podstawie danych demograficznych, epidemiologicznych i środowiskowych, tj.:

- 1) "Profilaktyka grypy w Jaworznie - szczepienia ochronne dla seniorów 65+ " (zał. nr 1)

- 2) "Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych" (zał. nr 2)
- 3) "Kompleksowa terapia, opieka i pielęgnacji dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Jaworzna" (zał. nr 3)
- 4) "Badania profilaktyczne dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w kierunku rozpoznania boreliozy" (zał. nr 4).

Przedmiotowe programy zostały opracowane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w Warszawie, pozwalającą na ich implementację. W tym miejscu należy podkreślić, iż zgodnie z rekomendacją ekspertów AOTMiT: "przedsięwzięcia związane z wdrażaniem programów polityki zdrowotnej mogą przynieść oczekiwane efekty oraz zakładane korzyści jedynie wówczas, gdy działania mają charakter stały" (opinia nr 38/2015). Mając na uwadze powyższe stanowisko, realizację programów zaplanowano na lata 2017-2020, z zastrzeżeniem, iż wielkość populacji objętej poszczególnymi programami zależna będzie od wysokości posiadanych środków finansowych w budżecie Gminy Miasta Jaworzna w danym roku.

Podsumowanie

Nadrzędnym celem *Programu Promocji Zdrowia dla Gminy Miasta Jaworzna na lata 2017-2020* są działania z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia, mające zapobiegać zagrożeniom zdrowotnym poprzez upowszechnianie wiedzy na temat zdrowego stylu życia oraz kształtowanie zachowań korzystnych dla zdrowia zarówno w środowisku rodzinnym, jak też społeczności lokalnej. Programy polityki zdrowotnej realizowane przez Gminę Miasta Jaworzna są uzupełnieniem programów realizowanych i finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia i organizacje pozarządowe.

Podejmując działania zmierzające do polepszenia stanu zdrowia mieszkańców Jaworzna, za priorytet uznaje się wczesne wykrywanie chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, cukrzycy, zapobieganie chorobom zakaźnym, zapobieganie uzależnieniom, problemy osób niepełnosprawnych, a także ochronę środowiska.

Realizacja programów profilaktycznych finansowanych ze środków gminnych w kolejnych latach będzie, z jednej strony kontynuacją wieloletnich działań profilaktycznych, z drugiej zaś odpowiedzią na bieżące zapotrzebowanie społeczne.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**„PROFILAKTYKA GRYPY W JAWORZNIE
- SZCZEPIENIA OCHRONNE DLA SENIORÓW 65+ ”**

PROGRAM OPRACOWAŁ:
WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH
URZĘDU MIEJSKIEGO W JAWORZNIE

OKRESY REALIZACJI PROGRAMU:
realizacja rocznych programów w latach: 2017, 2018, 2019, 2020

OPINIA AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI:
pozytywna

Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Grypa jest ostrą chorobą zakaźną wywołaną przez wirusy, które namnażają się w komórkach nabłonka dróg oddechowych - przebiegającą z gorączką, kaszlem, bólem gardła, głowy i mięśni, a także z jadłowstrętem, uczuciem zmęczenia i rozbicia. Zakażenie szerzy się bardzo szybko - przede wszystkim drogą kropelkową. Grypa cechuje się wysokim wskaźnikiem zapadalności, zwłaszcza u dzieci i osób młodych, ale jednocześnie niskim wskaźnikiem śmiertelności.

Dane WHO wskazują, że grypa jest istotnym problemem zdrowotnym na świecie i w zależności od sezonu choruje na nią ok. 5-15% populacji, a umiera od 500 tys. do 1 mln. rocznie. Śmiertelność z powodu powikłań pogrypowych jest najwyższa wśród osób powyżej 65 roku życia i wynosi ok. 1 %. Powikłaniami grypy mogą być: zapalenie płuc, zespół wstrząsu toksycznego, zapalenie mięśni i mioglobulinuria, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, kłębuszkowe zapalenie nerek, choroby naczyniowe.

W skali globalnej grypa występuje najczęściej w formie epidemii, jednak co kilkanaście lub kilkadziesiąt lat pojawia się w postaci pandemii. Pandemia wybucha wówczas, kiedy tworzy się nowy antygenowo szczep wirusa, zwykle jako wynik tzw. skoku antygenowego. Wówczas grypa szerzy się bardzo szybko i liczba zachorowań jest kilkakrotnie wyższa niż podczas epidemii grypy sezonowej. W czasach nowożytnych najtragiczniejszą pandemią była tzw. "Hiszpanka", która dotknęła 1/3 populacji, gdy liczba zgonów sięgnęła 100 mln.

Wirus grypy AH1N1, który wywołał ostatnią pandemię grypy, różni się od wirusów odpowiedzialnych za epidemię grypy sezonowej. Zdecydowana większość ludzi nie była odporna na nowy wariant wirusa, dlatego grypa pandemiczna szerzyła się szybciej i w szerszym przedziale wiekowym, tj. obejmując dzieci i osoby młode. Dodatkową groźną cechą nowego szczepu wirusa jest to, iż wywołuje on zakażenia dolnych dróg oddechowych w postaci ciężkiego wirusowego zapalenia płuc o dużej śmiertelności.

Jak wskazują meldunki Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, w ubiegłym sezonie zanotowano w Polsce prawie 2 mln. zachorowań i podejrzeń o grypę. Szacunki wskazują, że poziom wyszczepialności przeciw grypie w Polsce wynosi ok. 3-4%, co stanowi jeden z najniższych wskaźników w Europie i od kilku lat nadal obserwuje się tendencję spadkową. Należy podkreślić, iż Światowa Organizacja Zdrowia i Rada Unii Europejskiej zalecają wyszczepienie na poziomie 75% w populacji osób powyżej 65 r.ż. i z grup ryzyka.

Grypa oprócz negatywnego wpływu na zdrowie społeczeństwa, powoduje także poważne konsekwencje ekonomiczne, które w sezonie z epidemią mogą powodować straty nawet rzędu 4,3 mld zł.

Podstawowym sposobem zapobiegania zachorowaniom na grypę, a jednocześnie najbardziej efektywnym jest wzmoczenie odporności poprzez szczepienia ochronne, powtarzane corocznie przed sezonem epidemicznym. Szczepionki te zapobiegają grypie wywołanej przez aktualnie krążące szczepy wirusa grypy.

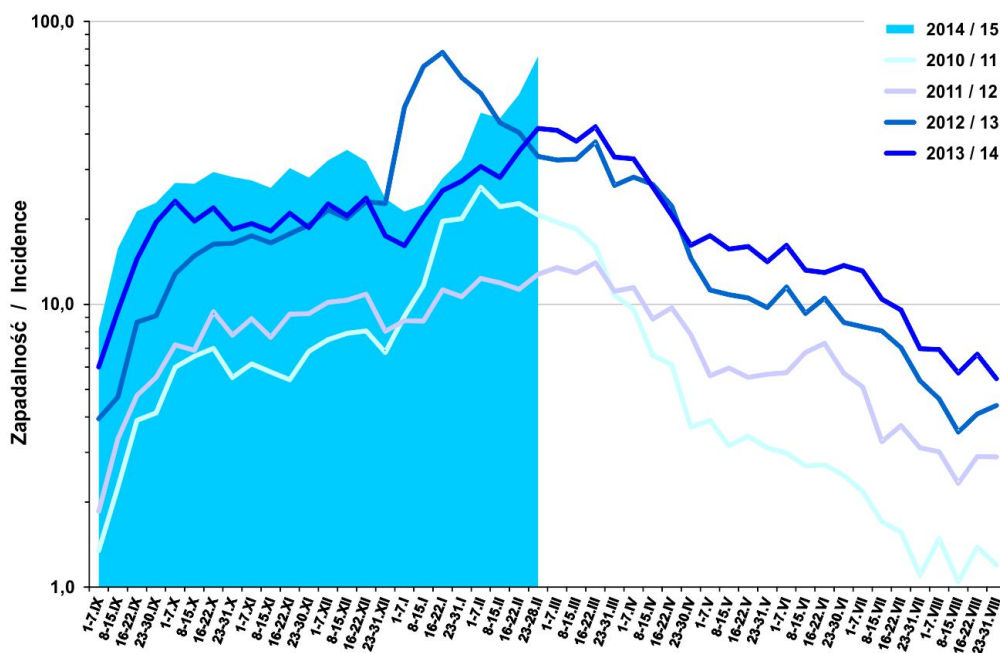
b. Epidemiologia

Charakterystyczna dla wirusa grypy zmienność i potencjał epidemiczny powoduje, że mimo malejącego wskaźnika zapadalności pozostaje on nadal istotnym zagrożeniem epidemiologicznym.

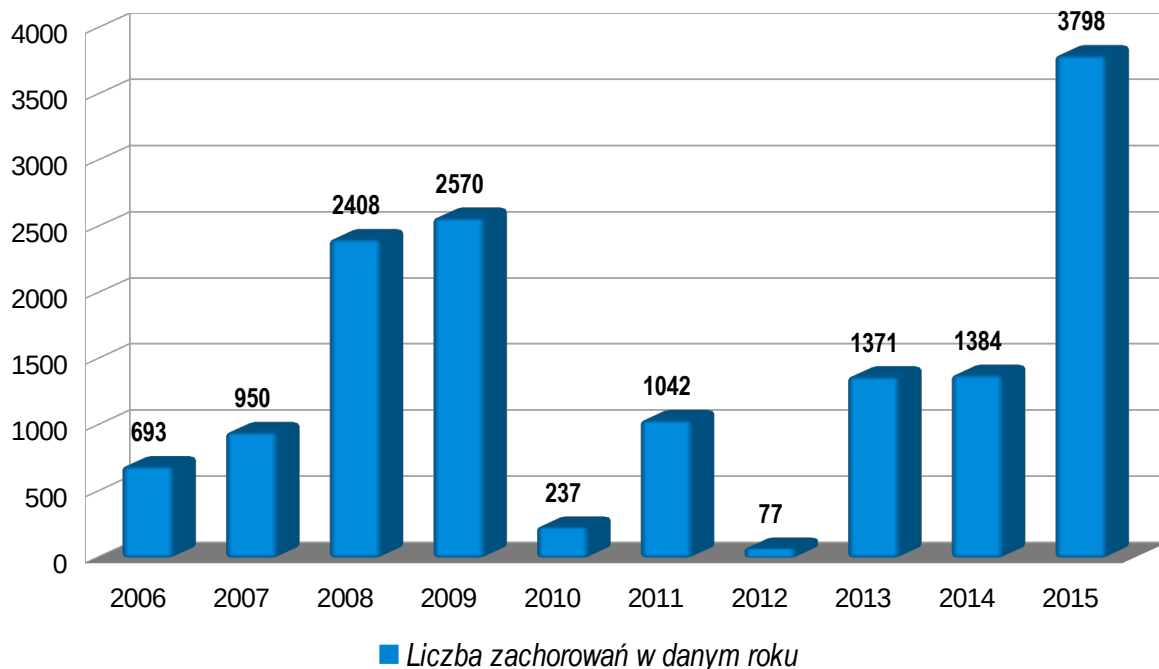
W Jaworznie w 2014 roku odnotowano niewielki wzrost zachorowań w stosunku do 2013 r. Większość zachorowań (78%) dotyczyła sezonu 2014/2015 i wystąpiła w IV kwartale roku ze wzrostem w pierwszym i czwartym tygodniu grudnia. 47% zachorowań dotyczyło dzieci do 14 roku życia. Jedno dziecko wymagało hospitalizacji z powodu powikłań. Badania wirusologiczne potwierdziły zakażenie wirusem z grupy A. W roku 2015 liczba przypadków grypy stanowiła 70% wszystkich przypadków chorób zakaźnych. Odnotowano 2,7-krotny wzrost zachorowań w porównaniu do 2014 r., tj. z 1384 przypadków do 3798 w 2015 r., w tym 38% zachorowań dot. dzieci do lat czternastu, natomiast 20 osób wymagało hospitalizacji z powodu powikłań ze strony układu oddechowego.

W 2013 roku zaszczepiło się przeciwko grypie 1683 osoby, co stanowiło 1,82% populacji miast, natomiast w 2014 r. zaszczepiło się 2138 osób (2,32%), z czego ponad połowa to osoby starsze 65+. Z grupy seniorów, 98% skorzystało z finansowanych przez Gminę Miast Jaworzna szczepionek w ramach programu zdrowotnego "Profilaktyka grypy - szczepienia ochronne dla dzieci w okresie wczesnoszkolnym oraz seniorów

65+". Program realizowany był w sezonie grypowym 2014/2015 od 1 września 2014 do 15 grudnia 2014 r. W roku 2015 p/grypie zaszczepiło się 2,32% populacji miasta, tj 2127 osób, z tego ponad połowę stanowili seniorzy 65+. Należy podkreślić, iż 90% seniorów skorzystało ze szczepień finansowanych przez Gminę Miasta Jaworzna w ramach programu zdrowotnego "Profilaktyka grypy w Jaworznie - szczepienia ochronne dla seniorów 65+" (źródło: PPIS w Jaworznie).



Wykres 1. Dane dot. obszaru Polski - średnia dzienna zapadalność (na 100 tys. ludności) wg tygodniowych meldunków w sezonie 2014/15 w porównaniu z sezonami 2010/11 - 2013/14
źródło: opracowanie PZH.



Wykres 2. Liczba zachorowań na grypę w latach 2006-2015 w Jaworznie
źródło: opracowanie własne - dane PPIS w Jaworznie.

c. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja zamieszkała na terenie Gminy Miasta Jaworzna – 89 070 mieszkańców (*dane uzyskane w Wydziale Spraw Obywatelskich UM w Jaworznie wg stanu na dzień 23.11.2016 r.*)

Wśród mieszkańców miasta:

- 17,18% - stanowią dzieci i młodzież do 18 lat,
- 63% - ludność w wieku produkcyjnym,
- 19,82% - stanowi grupa osób w wieku poprodukcyjnym.

Do programu planowane jest włączenie populacji osób spełniających następujące wskazania:

- osoby przebywające w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Jaworznie oraz w Domu Opieki Społecznej w Jaworznie, bez względu na wiek,
- osoby w wieku 65+, w formie akcji szczepień realizowanych ambulatoryjnie.

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

Profilaktyka w przypadku grypy polega na stosowaniu szczepień ochronnych, leków przeciwwirusowych i przestrzeganiu podstawowych zasad higieny, noszeniu maseczek, profilaktyce farmakologicznej oraz izolacji chorych. Szczepienia ochronne przeciwko grypie są rekomendowane jako podstawowa metoda profilaktyki zachorowań przez kilkanaście uznanych towarzystw naukowych na świecie, w tym przez Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (ACIP - *Advisory Committee on Immunization Practices*) WHO oraz Amerykańską Akademię Pediatrii. Z uwagi na dużą zmienność genetyczną wirusa, w każdym kolejnym roku zachorowania wywołwane są przez inne wirusy grypy, co implikuje konieczność modyfikowania składu szczepionek, uwzględniając prognozowane szczepy na dany sezon epidemiczny.

Zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych na rok 2014, zalecane szczepienia ochronne przeciwko grypie, niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia, są zalecane:

- ze wskazań klinicznych i indywidualnych dla przewlekle chorych dzieci (powyżej 6 miesiąca życia) oraz dorosłym, szczególnie chorującym na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, POCHP, niewydolność układu krążenia, niewydolność nerek, choroby wątroby, cukrzycę, choroby neurologiczne, osobom po przeszczepach, kobietom w ciąży,
- ze wskazań epidemiologicznych zdrowym dzieciom od 6 miesiąca życia do 18 roku życia, osobom powyżej 55 roku życia, pracownikom ochrony zdrowia, pracownikom szkół, handlu i transportu oraz pensjonariuszom domów opieki społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i in.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

1. Niewielki procent uodpornienia mieszkańców miasta przeciwko grypie, zwłaszcza w przewidzianych w programie grupach.

2. Niwelowanie bariery finansowej w dostępie do szczepień przeciwko grypie, która jest jednym z powodów unikania powyższych szczepień.

3. Program pozwoli na realizację priorytetów zdrowotnych określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 21 sierpnia 2009 r., mówiącym o zwiększeniu skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom. Ponadto planowane działania są zgodne z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2007-2015, tj. z Celem strategicznym 7 - gdyż *"zakładają zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać poprzez szczepienia"*.

4. Pozytywne doświadczenia osób poddanych szczepieniom w trakcie realizacji programu, mogą wpłynąć na decyzję o ponawianiu w kolejnych sezonach epidemicznych uodporniania w ramach szczepień zalecanych

2. Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w wybranej grupie wiekowej oraz pensjonariuszy Domu Opieki Społecznej i Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Jaworznie.

b. Cele szczegółowe

- 1) zmniejszenie zapadalności na grypę i powikłania grypy wśród osób objętych szczepieniami,
- 2) zmniejszenie ilości zachorowań na grypę w ogólnej populacji miasta,
- 3) zmniejszenie liczby zgonów z powodu powikłań grypy w ogólnej populacji miasta,
- 4) wyrównanie szans w zakresie dostępu do świadczeń medycznych nie finansowanych ze środków publicznych osób znajdujących się w trudnej sytuacji socjalno-bytowej,
- 5) zwiększenie świadomości społeczności lokalnej w kwestii zagrożeń związanych z grypą i jej powikłaniami,
- 6) pogłębienie wiedzy osób starszych poprzez edukację zdrowotną i promocję zdrowego stylu życia,
- 7) pozytywne doświadczenia osób uodpornionych zwiększą akceptację społeczną szczepień p/grypie.

c. Oczekiwane efekty

- 1) uzyskanie wysokiej frekwencji osób kwalifikujących się do programu,
- 2) uzyskanie 100% wykonawstwa szczepień,
- 3) zmniejszenie liczby zachorowań na grypę,
- 4) zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu grypy i jej powikłań.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) liczba osób uczestniczących w programie,
- 2) odsetek osób uczestniczących w programie w stosunku do ogólnej liczby osób spełniających kryteria kwalifikacji do programu (dot. osób przebywających w podmiotach stacjonarnej opieki dla osób przewlekle chorych),
- 3) współczynnik zapadalności na grypę (przypadki potwierdzone laboratoryjnie),
- 4) minimalizacja kosztów opieki medycznej, kosztów społecznych i indywidualnych oraz ograniczenie absencji chorobowej.

Rozdział III - Adresaci programu

Mieszkańcy Gminy Miasta Jaworzna spełniający kryteria zakwalifikowania do programu:

- 1) osoby przebywające w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Jaworznie,
- 2) pensjonariusze Domu Opieki Społecznej w Jaworznie,
- 3) osoby w wieku powyżej 65 roku życia.

a. Szacunkowa liczba osób włączonych do programu

Planuje się objęcie szczepieniami przeciw grypie populacji mieszkańców miasta na podobnym poziomie jak w latach ubiegłych.

b. Tryb zapraszania do programu

Planowane jest zapraszanie beneficjentów programu - do udziału w nim - w dwóch etapach:

I etap - akcja informacyjno-edukacyjna obejmująca ogłoszenia w prasie lokalnej, plakaty w podmiotach leczniczych działających na terenie miasta, informacje na temat programu zamieszczone na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Jaworznie oraz rozmowy informacyjno-edukacyjne z pensjonariuszami Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego oraz Domu Pomocy Społecznej w Jaworznie lub ich opiekunami

prawnymi.

II etap - rekrutacja uczestników programu:

- ogłoszenia na temat terminu i sposobu organizacji szczepień w podmiotach leczniczych,
- telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa w programie i uzgodnienie terminów szczepień w przypadku osób przebywających w Domu Pomocy Społecznej i Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w Jaworznie.

Rozdział IV - Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) opracowanie programu,
- 2) wybór podmiotów leczniczych realizujących program, w drodze otwartego konkursu ofert,
- 3) ustalenie harmonogramu szczepień,
- 4) realizacja programu:
 - kampania informacyjno-edukacyjna,
 - przygotowanie list osób spełniających kryteria z podmiotów stacjonarnych,
 - rekrutacja do programu osób w wieku 65+ poprzez ogłoszenia i informacje,
 - kwalifikacja lekarska
 - wykonanie szczepień ochronnych.

b. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnikiem programu może być osoba spełniająca następujące kryteria:

- przebywa w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym lub Domu Pomocy Społecznej w Jaworznie,
- mieszkaniec Gminy Miasta Jaworzna w wieku 65+.

Ze względu na ograniczoną liczbę szczepionek, o zakwalifikowaniu się do programu decyduje kolejność zgłoszenia, tzn. zgłoszenia się do podmiotu leczniczego realizującego program.

c. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w postaci szczepienia ochronnego otrzyma każda osoba przebywająca w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym i Domu Pomocy Społecznej w Jaworznie, nie posiadająca przeciwwskazań do szczepień. W przypadku szczepień ambulatoryjnych będą to osoby w wieku 65+. O kwalifikacji do programu decydować będzie kolejność zgłoszenia się do szczepienia, w ogłoszonych uprzednio terminach oraz brak przeciwwskazań do szczepienia. Szczepienia poprzedzone będą kwalifikacyjnym badaniem lekarskim.

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

Aktualnie, zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych na rok 2016, nie ma szczepień obowiązkowych przeciw grypie. Zalecane szczepienia ochronne przeciwko grypie, nie finansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia są zalecane między innymi ze wskazań klinicznych i indywidualnych dla: przewlekle chorych dzieci (powyżej 6 miesiąca życia) oraz dorosłych, szczególnie chorujących na niewydolność układu oddechowego, po przeszczepach, chorujących na astmę oskrzelową, POCHP, niewydolność układu krążenia, niewydolność nerek, choroby wątroby, cukrzycę, choroby neurologiczne.

e. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Udział w programie zostanie zakończony w przypadku:

- braku zgody pacjenta na wykonanie szczepienia
- przeciwwskazań medycznych do podania szczepionki
- poddania się szczepieniu
- wyczerpania się puli szczepionek (dotyczy szczepień ambulatoryjnych).

f. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

W Polsce zarejestrowane są jedynie inaktywowane szczepionki przeciw grypie, tj.:

- szczepionki zawierające rozszczepione wiriony wirusa grypy (typ "split")
- szczepionki podjednostkowe (typu "subunit"), zawierające jedynie powierzchniowe białka wirusa grypy
- szczepionka wirosomalna.

Skład wszystkich z tych szczepionek jest taki sam. Zawierają one antygeny tych samych szczepów wirusa grypy, wybranych i dostarczonych producentom szczepionek przez WHO (<http://szczepienia.pzh.gov.pl>).

Realizatorem programu będą podmioty lecznicze spełniające wymogi obowiązujących przepisów. Szczepienia odbywać się będą z zachowaniem obowiązujących zasad i wymogów producenta szczepionki. Preparat szczepionkowy do realizacji programu zostanie wybrany na podstawie najnowszej wiedzy medycznej i obowiązujących zaleceń, będzie posiadał rejestrację i dopuszczenie do obrotu na terenie Polski. Profil bezpieczeństwa szczepionki będzie określony w aktualnej *Charakterystyce produktu leczniczego*, udostępnionej przez producenta szczepionki.

g. Warunki niezbędne do realizacji programu

Szczepienia ochronne będą realizowane przez podmioty prowadzące działalność leczniczą, spełniający następujące warunki:

- kwalifikacje personelu zgodne z obowiązującymi przepisami,
- wyposażenie punktu szczepień zgodne z obowiązującymi przepisami.

Kompetencje podmiotów ubiegających się o realizację szczepień w ramach programu zdrowotnego, zostaną zweryfikowane poprzez potwierdzenie sprawowania nadzoru sanitarno-epidemiologicznego nad podmiotem przez właściwego powiatowego inspektora sanitarnego. Szczepienia ujęte w programie zdrowotnym będą dokumentowane zgodnie z obowiązującymi wymogami prawnymi i zasadami oraz wykazane w obowiązujących sprawozdaniach statystycznych.

h. Dowody skuteczności planowanych działań

Szczepienia ochronne przeciwko grypie są rekomendowane jako podstawowa metoda profilaktyki zachorowań przez kilkanaście uznanych towarzystw naukowych na świecie w tym: Komitet Doradczy ds. Szczepień (ACIP), Amerykańską Akademię Pediatrii (AAP), Amerykańską Akademię Praktyki Rodzinnej (AAFP), Amerykańską Akademię Lekarzy Rodzinnych, Amerykańskie Kolegium Internistów, Amerykańskie Towarzystwo Chorób Zakaźnych (IDSA), Amerykańskie Towarzystwo Onkologiczne, Amerykańskie Stowarzyszenie Kardiologiczne.

Szczepienia przeciwko grypie zalecone są także przez Głównego Inspektora Sanitarnego, gdyż:

- najwięcej zgonów i powikłań pogrypowych występuje u osób w starszym wieku, niezależnie od ich stanu zdrowia. Z uwagi na wiek, ryzyko zachorowania u wspomnianej grupy wzrasta dziesięciokrotnie. Osoby 65+ dodatkowo obciążone chorobami przewlekłymi, pensjonariusze domów opieki społecznej powinni być włączeni do specjalnych programów szczepień
- szczepienia p/grypie osób starszych obniżają o 60% zachorowalność oraz 70-90% zmniejszają śmiertelność związaną z powikłaniami.

Szacuje się, że w skali całego kraju koszty absencji chorobowych i koniecznych hospitalizacji - wynikających z powikłań grypowych - wynoszą ok. 600 mln zł rocznie, natomiast w przypadku epidemii grypy koszty

te mogą sięgać nawet 4,3 mld zł.

Rozdział V - Koszty szacunkowe

Na całość kosztów składać się będą:

- koszty informacyjno-edukacyjne (ogłoszeń w mediach, druku materiałów informacyjnych itp.)
- koszty preparatów szczepionkowych, badania lekarskiego i wykonania szczepienia.

a. Koszty jednostkowe

Planowane koszty jednostkowe świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu, to:

- koszt jednostkowy (szczepionki, badania lekarskiego oraz wykonania szczepienia) w warunkach ambulatoryjnych - ok. 32,00 zł,
- koszt jednostkowy (szczepionki, badania lekarskiego oraz wykonania szczepienia) w placówkach: DPS oraz w ZPO w Jaworznie - ok. 45,00 zł.

b. Planowane koszty całkowite

Wielkość populacji objętej programem zależna będzie od wysokości posiadanych środków finansowych w budżecie Gminy Miasta Jaworzna w danym roku.

Umowy z realizatorami programu zawierane będą każdorazowo na kolejny rok kalendarzowy.

Program polityki zdrowotnej pn. "Profilaktyka grypy w Jaworznie - szczepienia ochronne dla seniorów 65+", zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Jaworzna.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Osoby do programu będą kwalifikowane wg aktualnych wykazów pochodzących z placówek opieki stacjonarnej oraz wg kolejności zgłaszania się do akcji szczepień ambulatoryjnych. W razie nie wykorzystania preparatów szczepionkowych w pierwszej grupie osób (np. z powodu braku zgody lub przeciwwskazań do szczepień) szczepionka zostanie przesunięta do drugiej grupy osób i wykorzystania w ramach akcji szczepień ambulatoryjnych.

Frekwencja będzie oceniana na bieżąco. Oczekuje się 100% frekwencji. W razie konieczności zostaną zintensyfikowane działania informacyjno-edukacyjne. Frekwencja będzie oceniana na koniec roku kalendarzowego oraz po zakończeniu programu.

2. Ocena jakości świadczenia w programie

W trakcie trwania programu na bieżąco będzie oceniana jakość udzielanych świadczeń, podmioty lecznicze realizujące szczepienia podlegać będą nadzorowi Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Jaworznie oraz Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu miejskiego w Jaworznie.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie przeprowadzona po zakończeniu programu poprzez:

- analizę frekwencji i wykonawstwa szczepień,
- analizę wskaźników zapadalności na grypę i hospitalizacji.

Po zakończeniu programu dokona się całościowej oceny stopnia realizacji programu zdrowotnego, skuteczności podjętych działań doraźnych, wpływu zrealizowanego programu na stan bezpieczeństwa epidemiologicznego miasta oraz ewentualnych czynników zakłócających płynność realizacji programu. Ponadto dokona się analizy tendencji w zakresie wykonawstwa szczepień zalecanych przeciwko grypie

w populacji nie objętej programem.

Rozdział VII - Okres realizacji programu

Program realizowany będzie w latach: 2017, 2018, 2019, 2020.

Bibliografia

- 1) Zakład Epidemiologii. Pracownia Monitorowania i Analizy Sytuacji Epidemiologicznej. *Zachorowania, podejrzenia zachorowań na grypę w Polsce*. [Online: 27 lutego 2014] <http://www.pzh.gov.pl>.
- 2) Brydak L. *Grypa i jej profilaktyka*. Warszawa 2004. Wydawnictwo Termedia.
- 3) Mrukowicz J. Profilaktyka grypy u dzieci i młodzieży za pomocą szczepień w sezonie 2010/2011. W: *Medycyna Praktyczna Pediatria* 2010/06. [Online: 27 lutego 2014] <http://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/>.
- 4) Łukomska A., Zielińska-Więczkowska H., Nowakowska I. *Czynniki determinujące decyzję pacjentów o przyjęciu lub rezygnacji ze szczepień przeciwgrypowych*. [Online: 27 lutego 2014] <http://www.phie.pl/index>.
- 5) Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31 października 2013 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2014. Dz.U. Ministra Zdrowia, poz. 43.
- 6) Łukomska A., Janowska A. *Zasady profilaktyki grypy - ich znajomość i stosowanie przez pacjenta*. W: *Problemy Higieny i Epidemiologii*: 2007, 88 [Online: 28 lutego 2014]. <http://www.phie.pl/index.php>.
- 7) Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015. Załącznik do Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r. [Online: 3 marca 2014]. <http://www.mz.gov.pl>.
- 8) Matkowska-Kocjan A. (tłum.). *Zapobieganie zachorowaniom na grypę za pomocą szczepień. Zalecenia ACIP. Prevention and control of influenza with vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) - United States, 2012-2013 influenza season. Morbidity and Mortality Weekly Report*. W: *Medycyna Praktyczna*. [Online: 3 marca 2014] <http://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/show>.
- 9) *Polacy nadal nie chcą się szczepić przeciwko grypie*. W: *Medycyna Praktyczna*. [Online: 12 marca 2014]. <http://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/show>.
- 10) *Roczne koszty epidemii grypy*. W: *Medycyna Praktyczna*. [Online: 12 marca 2014]. <http://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/wytyczne/show>.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„OPIEKA GERIATRYCZNA SKIEROWANA NA POPRAWĘ SPRAWNOŚCI OSÓB STARSZYCH PRZEWLEKLE CHORYCH”

PROGRAM OPRACOWAŁ:
WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH
URZĘDU MIEJSKIEGO W JAWORZNIE

OKRESY REALIZACJI PROGRAMU:
realizacja rocznych programów w latach: 2017, 2018, 2019, 2020

OPINIA AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI:
pozytywna

Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Zarówno w Polsce jak i na całym świecie stale wzrasta liczba osób starszych, co wymaga stworzenia systemu specyficznej i zindywidualizowanej opieki nad nimi. Według prognoz demograficznych do roku 2020, powyżej 60 lat mieć będzie ponad miliard ludzi. Gmina Miasta Jaworzna, jak pokazują dane statystyczne, ma również ujemny bilans demograficzny. Odsetek osób w wieku 20 lat spada, rośnie natomiast powyżej 64 lat, co wskazuje na starzenie się mieszkańców Jaworzna.

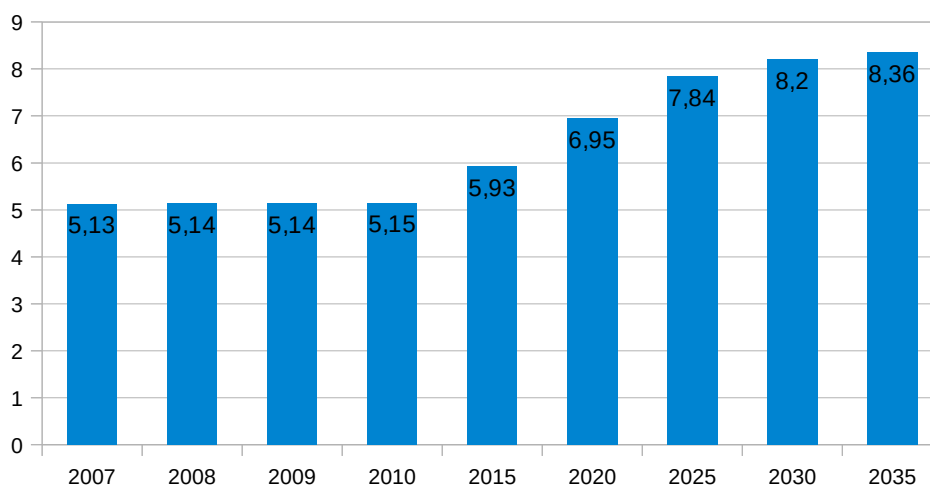
Wraz z wiekiem następuje pogorszenie ogólnego stanu zdrowia człowieka, a szczególnie w zakresie wykonywania czynności życia codziennego, sprawności fizycznej, mobilności, funkcji poznawczych oraz sprawności emocjonalnej. Na obraz wielonarządowej polipatii składają się skutki wcześniejszych chorób, urazów i niedoborów pokarmowych. Bierny tryb życia przyczynia się do pogorszenia sprawności i pogłębienia objawów istniejących już schorzeń. Najczęstsze powikłania to: odleżyny, zakrzepica żył głębokich oraz zakażenia. Długotrwały bezruch bądź ograniczenie ruchu poszczególnych stawów może być przyczyną ich usztywnienia, powstania zaników mięśniowych. Głównym zadaniem rehabilitacji geriatrycznej jest uzyskanie samowystarczalności i utrzymanie jak najlepszego stanu zdrowia poprzez poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, wydolności krążeniowo – oddechowej, obniżenie masy ciała, a przez to zmniejszenie przeciążeń stawów i kręgosłupa oraz zabezpieczenie przed upadkami i ich skutkami. W ramach rehabilitacji geriatrycznej dąży się do poprawy samopoczucia pacjentów poprzez wytworzenie swobodnej, odprężającej atmosfery, wprowadzenie elementów, które skutkują radością i przyjemnością płynącą ze wspólnych zajęć. Poprawa samopoczucia powoduje, że kontakt z pacjentem staje się łatwiejszy, jest on chętny do współpracy, rozmowy oraz ćwiczeń. Znacznie rzadziej pojawiają się u pacjentów stany niepożądane, np. agresywne zachowanie itp. Zastosowane ćwiczenia fizyczne z elementami psychoterapii przynoszą dobre rezultaty, jeśli chodzi o redukcję depresji i poprawę samopoczucia starszych pacjentów, a także podtrzymują ich sprawność funkcjonalną. Osoby starsze oprócz problemów zdrowotnych (choroby przewlekłe) zmagają się ze skutkami ograniczenia aktywności, w związku z tym terapia zajęciowa stała się istotną dziedziną rehabilitacji.

b. Epidemiologia

Badania epidemiologiczne wskazują na występowanie w każdej z grup osób starszych specyficznych problemów. W okresie wczesnej starości (65 – 74 lata) przeważają problemy zdrowotne i psychologiczne, natomiast w starości (75 – 89 lat) częściej potrzeby opiekuńcze i bytowe. Te same badania wykazały, że 5 – 10% populacji w wieku 65 lat i więcej wskazuje znaczne ograniczenie samodzielności, a w populacji w wieku 75 i więcej lat 20 – 30% wymagają stałej pomocy.

Wykres 1. Liczba osób (w mln) powyżej 65 roku życia w Polsce w latach 2007-2010 i prognoza do roku 2035

źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



c. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja zamieszkała na terenie Gminy Miasta Jaworzna – 89 070 mieszkańców (dane uzyskane w Wydziale Spraw Obywatelskich UM w Jaworznie wg stanu na dzień 23.11.2016 r.)

Wśród mieszkańców miasta:

- 17,18% - to dzieci i młodzież do 18 lat,
- 63% - ludność w wieku produkcyjnym,
- 19,82% - stanowi grupa osób w wieku poprodukcyjnym.

Analiza struktury społeczno-demograficznej wskazuje, iż Jaworzno staje się miastem starzejącym się. Szacuje się, że ok. 15% do 20% tej populacji to osoby z różnego typu niepełnosprawnością.

Zjawisku niepełnosprawności seniorów niejednokrotnie towarzyszy samotność oraz zagrożenie niezależności. W związku z powyższym należy podjąć działania na rzecz osób starszych z dysfunkcjami zdrowotnymi i społecznymi. Sytuacja ta wymaga nakładów finansowych na uzyskanie pomocy opiekuńczej, leczenie i rehabilitację.

W tabeli zamieszczonej poniżej, zawarto dane uzyskane z Miejskiego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaworznie, przedstawiające rosnącą liczbę pozytywnie rozpatrzonych wniosków o orzeczenie niepełnosprawności, a w konsekwencji rosnącą liczbę osób w podeszłym wieku mogących być potencjalnymi beneficjentami programu zdrowotnego. Tabela nie zawiera danych dot. osób z orzeczoną grupą inwalidzką wydaną przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Tabela 1. Liczba osób powyżej 64 roku życia w Jaworznie z orzeczoną niepełnosprawnością w latach 2008-2016.

Rok	Liczba pozytywnie rozpatrzonych wniosków o orzeczenie niepełnosprawności
2008	495
2009	655
2010	687
2011	691
2012	687
2013	627
2014	694
2015	825
2016 (na dzień 23 listopada 2016)	653

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

W latach poprzednich rehabilitacja geriatryczna, mająca na celu utrzymanie samowystarczalności osób starszych, realizowana była w ramach umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy w Jaworznie realizował program polityki zdrowotnej finansowany ze środków Gminy Miasta Jaworzna.

W związku z niedofinansowaniem powyższych świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych, występuje konieczność wydatkowania dodatkowych środków na realizację opieki rehabilitacyjnej dla osób starszych, u których występują duże deficyty psychofizyczne i społeczne wynikające z istniejących chorób przewlekłych.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Fizjoterapia geriatryczna prowadzona jest najczęściej w oddziałach dla osób starszych przewlekle chorych. Na podstawie badań kliniczno – kontrolnych z randomizacją, przeprowadzonych przez S. Bachmanna, wykazano, iż programy rehabilitacji geriatrycznej istotnie wpływają na poprawę stanu funkcjonalnego pacjentów. Ponadto w fachowym piśmiennictwie istnieje coraz więcej doniesień, iż regularna fizjoterapia prowadzona w formie profilaktycznej wiąże się mniejszym ryzykiem rozwoju chorób otępiennych – w tym choroby Alzheimera. W ramach programu fizykoterapii, w 2008 r. na kongresie w Heidelbergu zaproponowano nową formę rehabilitacji ruchowej dla osób starszych dotkniętych demencją, która składa się z ćwiczeń siły, motoryki i równowagi. Po zakończeniu realizacji programu oraz po 3-miesięcznej obserwacji, odnotowano m.in. znaczący wzrost maksymalnej dynamicznej i statycznej siły kończyn, zwiększenie szybkości chodu oraz polepszenie sprawności funkcjonalnej.

Światowa Organizacja Zdrowia określa warunki skuteczności fizjoterapii osób starszych i proponuje, aby aktywność fizyczna osób w podeszłym wieku uwzględniała między innymi: indywidualny i grupowy charakter ćwiczeń, różnorodność i regularność zabiegów, a jednocześnie taki dobór ćwiczeń, aby sprawiała radość oraz przynosiły odprężenie. W powyższym zakresie zostały przeprowadzone badania pod kierunkiem T. Vogela, który w swojej pracy proponuje dobór aktywności ruchowej ze względu na wiek. Dla osób powyżej 60 roku życia - ćwiczenia wytrzymałościowe, gdyż celem terapii jest profilaktyka choroby niedokrwiennej serca, udarów mózgu i demencji. Fizjoterapia osób starszych powinna być prowadzona holistycznie, tzn. wielopłaszczyznowo i kompleksowo, uwzględniając hierarchie szeroko rozumianych potrzeb ludzi starszych. W wielu badaniach wykazano, iż nawet krótkotrwała terapia ruchowa zwiększa sprawność fizyczną i siłę mięśniową, a także poprawia nastój. Rehabilitacja ruchowa stanowi również znaczący element wielokierunkowych interwencji związanych z zapobieganiem upadkom. Wykazano, że ćwiczenia ogólnousprawniające obniżają ryzyko upadków o 10% a ćwiczenia równowagi o 17%. Powyższe wyniki uzyskano na podstawie badań randomizowanych wykonanych głównie wśród osób starszych, do 75 roku życia. (źródło: *Nowiny Lekarskie 2012, 81, 1, 70-74*)

Uznając, że nakłady na kompleksową rehabilitację osób starszych mogą przyczynić się do ograniczenia w przyszłości wydatków na długotrwałą opiekę zdrowotną, świadczenia socjalne, pomoc osób trzecich oraz wyeliminowanie zagrożenia wykluczenia społecznego, podjęto decyzję o realizacji programu zdrowotnego dającego możliwość kompleksowej terapii, opieki i pielęgnacji seniorów z różnymi dysfunkcjami zdrowotnymi ograniczającymi możliwości samoopieki.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej, ze szczególnym uwzględnieniem utrzymania samowystarczalności osób starszych.

b. Cele szczegółowe

- 1) utrzymanie bądź poprawa sprawności fizycznej (zdolności samodzielnego i bezpiecznego poruszania, samoobsługi),
- 2) utrzymanie bądź poprawa wydolności krążeniowo – oddechowej,
- 3) zmniejszenie przeciążeń stawów i kręgosłupa,
- 4) poprawa funkcjonowania osób starszych w środowisku domowym,
- 5) pogłębienie wiedzy osób starszych poprzez edukację zdrowotną i promocję zdrowego stylu życia.

c. Oczekiwane efekty

Realizacja programu, w zależności od stanu ogólnego seniora przyniesie różnorodne efekty:

- 1) skrócenie do minimum czasu unieruchomienia,
- 2) usamodzielnienie chorego szczególnie w zakresie czynności dnia codziennego, samoobsługi i lokomocji,
- 3) utrzymanie ruchomości stawów, zwiększenie siły mięśniowej określonej grupy mięśni, w przypadku unieruchomienia pacjenta w łóżku,
- 4) przywrócenie sprawności manualnej,
- 5) zapobieganie powikłaniom ze strony układu krążeniowo – oddechowego,
- 6) korzystnie wpłynie na ogólny stan zdrowia, zwłaszcza w sferze psychofizycznej i społecznej.

Istotnym rezultatem realizowanego programu polityki zdrowotnej będzie także rozwój indywidualnej samodzielności i społecznych kompetencji osób starszych, które można budować mimo istniejącej niepełnosprawności.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Miernikiem efektywności realizacji celów programu będzie sporządzona zmodyfikowana skala oceny pacjenta – Barthel Index.

Rozdział III - Adresaci programu

a. Szacunkowa liczba osób starszych włączonych do programu

Program przeznaczony jest dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w wieku powyżej 64 lat, którzy w skali oceny pacjenta Barthel uzyskali ≤ 40 pkt.

Szacunkowa populacja, która możliwa jest do włączenia do programu to ok. 1 200 osób.

b. Tryb zapraszania do programu

Po wyborze realizatora programu, przeprowadzona zostanie kampania informacyjna, której celem będzie poinformowanie społeczności lokalnej o założeniach i możliwościach skorzystania z programu. Informacje o programie, a szczególnie o beneficjentach oraz miejscu realizacji przekazane zostaną do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie komunikatów na stronach www Urzędu Miejskiego.

Seniorzy zapraszani będą także w trakcie konsultacji przeprowadzanej przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, który przeprowadza badanie pacjenta i dokonuje oceny możliwości pacjenta do uczestniczenia w proponowanym zakresie rehabilitacji geriatrycznej.

Rozdział IV - Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- 1) kwalifikowanie do programu na podstawie badania i opinii lekarza specjalisty z dziedziny rehabilitacji medycznej – wpis do Karty Realizacji Programu,
- 2) konsultacja medyczna w dziedzinie geriatryi mająca na celu istotne zwiększenie jakości opieki i zmniejszenie liczby hospitalizacji – wpis do Karty Realizacji Programu,
- 3) ocena sprawności pacjenta w momencie wejścia do programu, do której wykorzystana zostanie zmodyfikowana skala oceny pacjenta – Barthel Index,
- 4) realizacja i ewidencja ustalonych zabiegów kinezyterapii, fizykoterapii i zabiegów dotyczących poprawy stanu funkcjonalnego (samowystarczalności) pacjenta,

- 5) ocena sprawności pacjenta w momencie wyjścia pacjenta z programu, poprzez powtórne sporządzenie zmodyfikowanej skali oceny pacjenta – Barthel Index,
- 6) ocena efektywności realizowanego programu zdrowotnego - dokonana poprzez analizę zebranych danych, wyciągnięcie wniosków - sporządzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej i fizjoterapeutę.

b. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnikiem programu może być mieszkaniec Gminy Miasta Jaworzna, w wieku powyżej 64 lat, który w skali oceny pacjenta Barthel uzyskał ≤ 40 pkt.

Kwalifikacji pacjentów do programu dokonuje lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, przeprowadzając badanie i dokonując wpisu diagnozy do Karty Realizacji Programu.

c. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

- 1) dokumentami uprawniającymi do uczestnictwa w programie są:
 - dowód osobisty lub inny dokument, z którego wynika wiek uczestnika programu,
 - dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie Gminy Jaworzna w momencie przystąpienia do programu,
- 2) lekarz konsultant na podstawie przeprowadzonego badania odpowiednio dobiera program rehabilitacji geriatrycznej, który powinien spełniać następujące zasady:
 - systematyczna i regularna kontrola stanu zdrowia i samopoczucia pacjenta,
 - uświadomienie pacjenta o celowości i konieczności prowadzonej terapii,
 - mobilizacja pacjenta do systematycznej i czynnej pracy nad sobą,
 - przyzwyczajanie pacjenta do utrwalania i doskonalenia ruchu poprzez jego powtarzanie,
 - przestrzeganie zasady stopniowania obciążeń,
 - rehabilitacja winna być, w miarę możliwości urozmaicona,
 - prowadzenie terapii powinno być systematycznie oraz przebiegać w spokojnej i życzliwej atmosferze.

Rehabilitacja w wieku podeszłym stanowi niezastąpioną formę leczenia. Połączenie kinezyterapii i fizykoterapii prowadzi do właściwego, nieinwazyjnego postępowania terapeutycznego. Dzięki temu możliwe jest utrzymanie lub przywrócenie sprawności oraz ograniczenie stosowania farmakoterapii. Konsultacja medyczna w dziedzinie geriatrii zwiększy jakość opieki i efektywność programu. Ocena sprawności pacjenta, jak również zabiegi rehabilitacyjne - realizowane będą przez wykwalifikowaną kadrę fizjoterapeutów.

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

Świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji geriatrycznej realizowane w ramach programu stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.

Mając na celu poprawę lub utrzymanie samodzielności osób starszych w jak największym zakresie, konieczna jest realizacja zabiegów rehabilitacyjnych w maksymalnej ilości, możliwej do wykonania przez pacjentów.

Zakłada się, iż u większości osób rehabilitacja będzie mieć charakter leczenia funkcjonalnego tj. stosowania ćwiczeń ruchowych we wszystkich ich odmianach, których celem jest poprawienie niesprawnego narządu ruchu. Często leczenie to łączy się z zabiegami fizykoterapeutycznymi, do których możemy zaliczyć :

- elektroterapię, obejmującą stosowanie prądu galwanicznego, prądów małej, średniej i dużej częstotliwości;
- magnetoterapię polegającą na stosowaniu przede wszystkim pulsującego pola magnetycznego małej częstotliwości;
- termoterapię, obejmującą hydroterapię, ultrasonografię, promienie podczerwone, parafinoterapię, krioterapię;
- fototerapię, obejmującą światło słoneczne, promieniowanie nadfioletowe, lasery,
- terapię zajęciową.

e. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Zakończenie udziału w programie następuje w ostatnim dniu miesiąca, w którym lekarz konsultant przeprowadził badanie kwalifikujące do programu. Sporządzana jest wówczas przez fizjoterapeutę końcowa zmodyfikowana skala oceny pacjenta – Barthel Index. W przypadku gdy pacjent opuszcza program w trakcie miesiąca, zmodyfikowana skala oceny pacjenta Barthel Index sporządzona jest na dzień zakończenia jego udziału w programie. Pacjent, na podstawie kolejnej oceny dokonanej przez lekarza konsultanta może powtórnie uczestniczyć w programie w kolejnych miesiącach, do ostatniego dnia obowiązywania umowy.

f. Warunki niezbędne do realizacji programu

Warunkiem niezbędnym jest przystosowanie placówki do specyficznych potrzeb osób starszych z niepełnosprawnością oraz wyposażenie w specjalistyczny sprzęt terapeutyczny.

Specjalistyczna kadra medyczna, a więc lekarze o specjalności geriatrycznej i rehabilitacyjnej, terapeuci zajęciowi, pielęgniarki, fizjoterapeuci - posiadający udokumentowane kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w pracy z osobami starszymi przewlekle chorymi.

Program realizowany będzie przez placówkę prowadzącą działalność leczniczą, funkcjonującą na terenie Gminy Miasta Jaworzna, która spełni wymagania niezbędne do realizacji programu na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert.

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu:

- koszt jednostkowy konsultacji medycznej w dziedzinie rehabilitacji – 49,00 zł,
- koszt jednostkowy konsultacji medycznej w dziedzinie geriatry – 53,00 zł,
- koszt jednostkowy sporządzenia zmodyfikowanej skali oceny pacjenta – Barthel Index – 30,00 zł,
- koszt jednostkowy zabiegu fizjoterapeutycznego, tj. zabiegów kinezyterapii i fizykoterapii – 96,00 zł.

b. Planowane koszty całkowite

Program zdrowotny pn. "Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych" zostanie w całości sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Jaworzna.

Umowy z realizatorem/realizatorami programu zawierane będą każdorazowo na kolejny rok kalendarzowy.

Całkowity koszt realizacji programu w 2017 r. nie może przekroczyć 330 000,00 zł. Koszty realizacji programu w roku 2018,2019,2020 będą uzależnione od możliwości finansowych Gminy Miasta Jaworzna.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

Z analizy danych wynika, iż każdego roku przybywa osób starszych wymagających nie tylko usług pielęgnacyjno-opiekuńczych ale także intensywnej rehabilitacji geriatrycznej, której skuteczność można ocenić na podstawie stopnia uzyskanej sprawności przez seniora oraz jego przygotowania do samoopieki.

W ramach programu prowadzone będą dla każdego uczestnika miesięczne Karty Realizacji Programu, w których będą zawarte następujące dane:

- pieczęć świadczeniodawcy,
- nazwa programu,
- nazwisko i imię,

- pesel,
- adres,
- ocena stanu zdrowia pacjenta poparta diagnozą lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji,
- zalecenia lekarza rehabilitacji medycznej dotyczące zabiegów dla danego beneficjenta,
- ocena dokonana przez lekarza konsultanta w dziedzinie geriatrici oraz jego zalecenia
- autoryzowana dokumentacja realizowanych zabiegów.

Wysoką jakość świadczeń realizowanych w programie ma zagwarantować wykwalifikowana kadra, która oprócz stosownych kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia niezbędnego w pracy z niepełnosprawnymi seniorami, obdarzona jest takimi cechami osobowymi jak kreatywność, wrażliwość i empatia. Cechy te ułatwiają zrozumienie osoby niepełnosprawnej, borykającej się z wieloma problemami dnia codziennego.

W celu monitorowania jakości świadczeń i efektywności programu będą sporządzane dla każdego uczestnika zmodyfikowane skale oceny pacjenta – Barthel Index.

Powyższe kwestionariusze będą wypełniane w momencie wejścia pacjenta do programu i zakończenia uczestnictwa w programie. Po zakończeniu realizacji programu lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji wraz z fizjoterapeutą dokonają analizy zebranych danych, a uzyskane wyniki i wnioski w formie zbiorczego raportu dołączają do pozostałej dokumentacji programu.

Sukcesem prowadzonego od kilku lat programu zdrowotnego jest liczba osób starszych uczestniczących w programie w latach ubiegłych, które dzięki kompleksowej rehabilitacji mogły utrzymać bądź poprawić swoją sprawność fizyczną, w tym zdolność do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi. Ponadto, stworzenie możliwości korzystania z kompleksowych świadczeń rehabilitacji geriatrycznej, w połączeniu ze świadczeniami pielęgnacyjno-opiekuńczymi finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia będzie najskuteczniejszym sposobem na poprawę ogólnego stanu zdrowia i jakości życia naszych seniorów.

Rozdział VII - Okres realizacji programu

Program realizowany będzie w latach: 2017, 2018, 2019, 2020.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

"KOMPLEKSOWA TERAPIA, OPIEKA I PIELĘGNACJA DZIECI NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z TERENU GMINY MIASTA JAWORZNA"

PROGRAM OPRACOWAŁ:
WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH
URZĘDU MIEJSKIEGO W JAWORZNIE

OKRESY REALIZACJI PROGRAMU:
realizacja rocznych programów w latach: 2017, 2018, 2019, 2020

OPINIA AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI:
pozytywna

Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Niepełnosprawność staje się udziałem coraz większej rzeszy ludzi, zwłaszcza w związku z postępowaniem medycyny ratującej życie w przypadkach:

- ciężkich uszkodzeń organizmu,
- wad wrodzonych i wczesnie nabytych,
- dzieci przedwczesnie urodzonych i o niskiej wadze urodzeniowej,
- wydłużania się życia.

Niepełnosprawność obejmuje wszystkie sfery rozwoju człowieka ujmowanego holistycznie oraz aspekty funkcjonowania człowieka, angażując przy tym potencjał rodziny i pokaźne zasoby społeczne. Ma wpływ przede wszystkim na rozwój, zwłaszcza gdy doświadczą dzieci i młodzieży, wykorzystanie potencjału, funkcjonowanie, jakość życia człowieka, jego wydolność ekonomiczną, a także na funkcjonowanie jego rodziny.

Niepełnosprawność wiąże się także z koniecznością uruchomienia i udostępnienia niezbędnych służb, w celu zapewnienia tym osobom warunków rozwoju i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, a w szczególnych sytuacjach także niezbędnej opieki.

b. Epidemiologia

Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (stan zdrowia ludności Polski w 2009 roku) liczba dzieci niepełnosprawnych (0-14 lat) wynosi prawie 180 tysięcy, co stanowi 3,2 % liczby osób niepełnosprawnych w Polsce. W tej grupie jest 46 tys. dzieci niepełnosprawnych posiadających aktualne orzeczenia o niepełnosprawności oraz 11 tys. dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie (posiadających ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności, deklarowane lecz nie udokumentowane orzeczeniem o niepełnosprawności).

Najliczniejszą grupę dzieci niepełnosprawnych stanowią 5-9 latkowie – 4,0 %, wśród 10-14 -latków jest 3,2 % dzieci niepełnosprawnych, a wśród dzieci w wieku 0-4 lata grupa ta stanowi 2,2 %.

Najwięcej dzieci o niepełnosprawności tylko biologicznej odnotowano w grupie 5-9 latków.

W najstarszej grupie jest najwięcej dzieci niepełnosprawnych prawnie i jednocześnie biologicznie – 1,0 % oraz dzieci o prawnie orzeczonej niepełnosprawności – 2,2 %.

Powyższy rozkład kształtuje się na podobnym poziomie zarówno w miastach jak i wsiach, w odniesieniu do obu płci.

W oparciu o doświadczenia badawcze Kliniki Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka oraz Zakładu Epidemiologii Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie można szacować, że częstość występowania poważniejszych zaburzeń rozwojowych u dzieci występuje w nie więcej niż 4 - 5% przypadków. Myśląc o zaburzeniach rozwojowych dzieci, które wiążą się z niepełnosprawnością, można brać pod uwagę następujące elementy:

- częstość *skrajnego wcześniactwa* (poród między 22 a 32 tygodniem trwania ciąży). W Polsce rodzi się około 1,2% - 1,5% takich dzieci (w 1995 r. było 1,5%, a w 2001 r. było 1,2%). Około 22-24% z nich wykazuje istotne deficyty rozwojowe (14% - upośledzenie intelektualne, 7,5-12% - mózgowo porażenie dziecięce, 8% - zaburzenia widzenia, 3-4% - uszkodzenie narządu słuchu, często również dodatkowo niepełnosprawność intelektualną),
- częstość występowania *wad wrodzonych*, którą określa się na około 2-4%. Stanowią one najczęstszą przyczynę niepełnosprawności fizycznej u dzieci i mogą współistnieć z niepełnosprawnością intelektualną (32-56% dzieci niepełnosprawnych intelektualnie ma wady rozwojowe),
- częstość występowania *innych zaburzeń*, np. chorób jednogenowych (w tym chorób

metabolicznych), dziecięcego porażenia mózgowego oraz nowotworów u dzieci.

Należy również wziąć pod uwagę grupę dzieci, u których niepełnosprawność powstaje w pierwszych latach życia z powodu urazów oraz na skutek ciężkich powikłań chorobowych, zwłaszcza ze strony ośrodkowego układu nerwowego (m.in. zapalenia mózgu).

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

W Jaworznie żyje **15 298** dzieci w wieku od 0 do 18 roku życia (dane uzyskane w Wydziale Spraw Obywatelskich UM w Jaworznie wg stanu na dzień 23 listopada 2016 r.).

Szacuje się, że 10% tej populacji to dzieci z różnego typu niepełnosprawnością.

Dane uzyskane z Miejskiego Zespołu Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaworznie, przedstawiające rosnącą liczbę pozytywnie rozpatrzonych wniosków o orzeczenie niepełnosprawności, a w konsekwencji rosnącą liczbę dzieci, które potencjalnie mogą stać się beneficjentami programu zdrowotnego.

Rok	Liczba pozytywnie rozpatrzonych wniosków o orzeczenie niepełnosprawności przez Miejski Zespół Do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Jaworznie (dzieci od 0 - 16 roku życia)
2008	344
2009	383
2010	430
2011	527
2012	556
2013	580
2014	603
2015	667
2016 (na dzień 23.11.2016)	670

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

Od kilku lat opieka rehabilitacyjna dla dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Jaworzna, realizowana jest w ramach umowy zawartej ze Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Opieka taka jest sprawowana przez dwie placówki:

- Ośrodek Rehabilitacyjno – Wychowawczy dla Dzieci Niepełnosprawnych w Jaworznie,
- Ośrodek Wczesnej Interwencji, prowadzony przez Polskie Stowarzyszenie na Rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intellektualną koło w Jaworznie.

Ponadto Ośrodek Rehabilitacyjno – Wychowawczy dla Dzieci Niepełnosprawnych realizował w latach ubiegłych program polityki zdrowotnej finansowany ze środków Gminy Miasta Jaworzna.

W związku z niedofinansowaniem powyższych świadczeń zdrowotnych, występuje konieczność wydatkowania dodatkowych środków na realizację opieki rehabilitacyjnej dla dzieci niepełnosprawnych, w celu zwiększenia

działań zaspokajających potrzeby rozwojowe dzieci niepełnosprawnych, tj. działania terapeutyczno – pielęgnacyjno – opiekuńcze w ramach programu zdrowotnego.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Niepełnosprawność jest poważnym problemem społecznym zarówno w wymiarze jednostkowym, rodzinnym jak i ogólnospołecznym. Ponieważ jest ona ściśle związana z wieloma innymi problemami społecznymi takimi jak ubóstwo, bezrobocie czy alkoholizm, stanowi wyzwanie cywilizacyjne o szerokim zasięgu. Niepełnosprawność ma wpływ przede wszystkim na rozwój, zwłaszcza, gdy doświadcza dzieci i młodzież, na wykorzystanie potencjału i funkcjonowanie oraz jakość życia człowieka, również na jego wydolność ekonomiczną, a także na funkcjonowanie i zdrowie jego rodziny.

Niepełnosprawność wiąże się z koniecznością uruchomienia i udostępnienia niezbędnych służb, w celu zapewnienia tym osobom warunków rozwoju i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, a - w szczególnych sytuacjach - niezbędnej opieki. Pojawienie się niepełnosprawności generuje konsekwencje ekonomiczne niezależnie od tego, czy są to koszty całonocnej opieki i utrzymania (gdy nie podejmuje się rehabilitacji i wspierania w samodzielności osób niepełnosprawnych), czy też są to właśnie koszty wysiłków usprawniających, aktywizujących i wspierających niezależność. Jak wykazują badania - w perspektywie całego życia – koszty kompleksowej rehabilitacji mogą być znacznie niższe i społecznie o wiele bardziej efektywne. Nie bez powodów strategiczne programy Unii Europejskiej zajmują się przede wszystkim rozwojem zasobów ludzkich oraz walką z wykluczeniem społecznym, czystą opieką pozostawiając dla sytuacji ekstremalnych.

Uznając, że nakłady na kompleksową terapię, opiekę i pielęgnację dzieci niepełnosprawnych mogą przyczynić się do ograniczenia w przyszłości wydatków na opiekę zdrowotną, a także świadczenia socjalne dla niesprawnych, niezaradnych, bez odpowiedniego wykształcenia oraz źle przystosowanych społecznie dorosłych osób niepełnosprawnych, podjęto decyzję o wdrożeniu programu polityki zdrowotnej pn. "Kompleksowa terapia, opieka i pielęgnacja dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Miasta Jaworzna" – stanowiącego uzupełnienie i rozwinięcie medycznych świadczeń gwarantowanych, które finansuje Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Głównym celem programu jest ograniczenie negatywnych skutków niepełnosprawności u dzieci poprzez rozwijanie indywidualnej samodzielności oraz społecznych kompetencji.

b. Cele szczegółowe

- kompleksowe, terapeutyczne wspomaganie rozwoju dzieci,
- zapobieganie wtórnemu upośledzaniu się dzieci,
- zapobieganie patologizacji życia rodzinnego,
- integrację dzieci niepełnosprawnych z otoczeniem społecznym (stałe wzbogacanie i poszerzanie przestrzeni życiowej dzieci),
- kompleksowe wspieranie rodzin dzieci niepełnosprawnych.

Powyższe cele planuje się realizować w formie niżej wymienionych zadań (zajęcia odbywać się będą 5 razy w tygodniu):

TERAPIA REWALIDACYJNA

Podstawowe cele zajęć to:

- rozwijanie sprawności manualnej,
- rozwijanie poczucia estetyki,
- rozwijanie poczucia rytmu oraz wrażliwości muzycznej,
- stymulowanie ciekawości oraz rozwijanie zainteresowań,
- wzbogacenie środowiska zewnętrznego dzieci rozwijanie zachowań społecznych.

Zajęcia przebiegać będą z wykorzystaniem m. in. metody Ruchu Rozwijającego Weroniki Sherborne, Programów Aktywności Ch. Knilla, metody Dennisona, Porannego Kręgu, Ośrodków Pracy, Klanzy, Frostig.

TERAPIA FUNKCJONALNO - OPIEKUŃCZA

Podstawowym celem zajęć jest rozwijanie indywidualnej samodzielności i społecznych kompetencji. Czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze obejmują kształtowanie nawyków toaletowych, naukę samodzielnego jedzenia, ubierania się, mycia, samodzielnego zaspakajania potrzeb. Pomoc w lokomocji.

ZABAWY RUCHOWE (zabawy i gry zespołowe)

Cel zajęć:

- rozwijanie sprawności motorycznej,
- modelowanie zachowań społecznych,
- uczenie współdziałania i współpracy,
- pobudzanie i rozwijanie aktywności własnej dziecka,
- stymulowanie spontaniczności oraz ciekawości
- uruchamianie pozytywnych przeżyć emocjonalnych.

Zajęcia ruchowe odbywać się będą na sali gimnastycznej oraz na świeżym powietrzu.

Zadania objęte programem realizowane będą w grupach terapeutycznych.

c. Oczekiwane efekty

Realizacja programu w zależności od stanu dziecka przyniesie różnorodne efekty:

- korzystnie wpłynie na ogólny stan zdrowia dziecka (zwłaszcza w sferze emocjonalno – społecznej),
- uruchomi dalsze potencjalne rezerwy procesu rozwojowego dzieci,
- korzystnie wpłynie na emocjonalne i społeczne funkcjonowanie rodziny posiadającej dziecko niepełnosprawne.

Wynikiem realizowanego programu polityki zdrowotnej będzie rozwój indywidualnej samodzielności i społecznych kompetencji u dzieci niepełnosprawnych.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Wraz z nabywaniem kompetencji społecznych (w zakresie odpowiednich zachowań i umiejętności) wzrastają możliwości dziecka niepełnosprawnego do podejmowania coraz trudniejszych form aktywności wymagających samodzielności, dojrzałości, osobistej zaradności, odwagi oraz umiejętności współpracy z otoczeniem.

Zachowania te przekładają się na inne obszary życia społecznego dziecka - środowisko szkolne, rodzinne, rówieśnicze - umożliwiając dziecku niepełnosprawnemu prawidłowe funkcjonowanie w placówkach oświatowych.

Miernikiem efektywności podejmowanych działań będzie liczba dzieci niepełnosprawnych, które dzięki kompleksowej terapii mogły przejść do ogólnodostępnych placówek oświatowych różnego typu (szkół podstawowych, gimnazjów, liceów) i z powodzeniem w nich funkcjonują jako uczniowie, koledzy oraz wychowankowie. Zaś u dzieci głębiej upośledzonych będzie to poprawa jakości życia przejawiająca się brakiem lub zatrzymaniem regresu w zakresie poszczególnych funkcji rozwojowych, dalszy rozwój sfery

emocjonalno – społecznej (stosownie do potencjalnych możliwości dziecka) oraz utrwalenie poczucia bezpieczeństwa – co umożliwi im funkcjonowanie i podejmowanie nowych aktywności w środowisku osób dorosłych, np. w Warsztacie Terapii Zajęciowej.

Rozdział III - Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program skierowany jest do dzieci niepełnosprawnych i zagrożonych niepełnosprawnością z terenu Gminy Miasta Jaworzna w wieku od 3 do 18 roku życia a w przypadku młodzieży z orzeczonym głębszym stopniem niepełnosprawności intelektualnej do 25 roku życia. Szacuje się, że z programu może skorzystać ok. 1200 dzieci.

b. Tryb informowania i zapraszania do programu

Po wyborze realizatora programu, przeprowadzona zostanie kampania informacyjna, której celem będzie poinformowanie społeczności lokalnej o założeniach i możliwościach skorzystania z programu. Informacje o programie, a szczególnie o beneficjentach oraz miejscu realizacji przekazane zostaną do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie komunikatów na stronach www Urzędu Miejskiego, Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Jaworznie, a także placówek oświatowych i zdrowotnych, do których zgłaszają się dzieci niepełnosprawne i zagrożone niepełnosprawnością (np. poradnia psychologiczno- pedagogiczna, poradnie Podstawowej Opieki Zdrowotnej, placówki rehabilitacyjne).

Do udziału w programie zapraszane będą niepełnosprawne dzieci wymagające wielospecjalistycznego wspomaganie rozwoju – na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty.

Rozdział IV - Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- kwalifikowanie do programu na podstawie skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty,
- opracowanie indywidualnego dla każdego uczestnika programu terapeutycznego, uwzględniającego rodzaj i częstotliwość świadczeń,
- prowadzenie indywidualnych i grupowych form terapii,
- realizowanie programów wsparcia rodziny dziecka niepełnosprawnego – szkolenia terapeutyczne dla rodziców,
- udzielanie rodzicom szczegółowych wskazówek, co do metod i technik pielęgnacji, opieki, stymulacji rozwoju i usprawniania dziecka,
- monitorowanie rozwoju dziecka poprzez dostosowanie programów postępowania do zmieniających się potrzeb rozwojowych i zdrowotnych dziecka.

b. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Niepełnosprawne dzieci objęte programem zdrowotnym będą przebywały po opieką stałych terapeutów w niezmiennych grupach. Każda z sal terapeutycznych wyposażona będzie w urządzenia niezbędne do realizacji terapii oraz dostosowane do potrzeb fizycznych i rozwojowych dzieci.

Skuteczność i bezpieczeństwo planowanych interwencji gwarantowana będzie wymaganiami dotyczącymi:

- personelu realizującego program (udokumentowanymi kwalifikacjami oraz doświadczeniem zawodowym),
- posiadanymi zasobami (sprzęt i wyposażenie z odpowiednimi certyfikatami),
- warunkami lokalowymi.

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

Dzieci, których stan zdrowia wymaga świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej mogą korzystać z wysokospecjalistycznych usług rehabilitacyjnych, zgodnie z wykazem świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Natomiast środki w ramach programu zdrowotnego zostaną przeznaczone na działania zaspokajające potrzeby rozwojowe dzieci niepełnosprawnych, czyli działania terapeutyczno – pielęgnacyjno – opiekuńcze niefinansowane przez NFZ.

d. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Zakończeniem udziału w programie będzie przeprowadzenie przez terapeutów diagnozy funkcjonalnej dziecka i przedstawienie jej wyników w opinii terapeutycznej. Informacje o uzyskanych efektach terapii przekazywane będą rodzicom dziecka.

W zależności od uzyskanych efektów terapii, możliwości rozwojowych dziecka i jego potrzeb zdrowotnych możliwe jest:

- skierowanie dziecka do placówki oświatowej z możliwością kontynuowania rehabilitacji leczniczej w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ,
- przedłużenie udziału dziecka w działaniach terapeutyczno-pielęgnacyjno-opiekuńczych w ramach programu zdrowotnego,
- korzystanie wyłącznie ze świadczeń medycznych w ramach ambulatoryjnych usług rehabilitacyjnych wg wskazań lekarskich.

e. Warunki niezbędne do realizacji programu

Warunkiem niezbędnym jest przystosowanie placówki do specyficznych potrzeb osób niepełnosprawnych oraz wyposażenie w specjalistyczny sprzęt terapeutyczny.

Specjalistyczna kadra medyczna: terapeuci - pedagodzy specjaliści (oligofrenopedagodzy), pielęgniarki, opiekuni dziecięcy posiadający udokumentowane kwalifikacje, kompetencje i doświadczenie w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi.

Program realizowany będzie przez placówkę prowadzącą działalność leczniczą, funkcjonującą na terenie Gminy Miasta Jaworzna, która spełni wymagania niezbędne do realizacji programu na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert.

f. Dowody skuteczności planowanych działań

W celu oceny skuteczności podejmowanych działań stosowane są dwa narzędzia opracowane i zaadaptowane na potrzeby programu:

- „Graficzna skala rozwoju dziecka”, stosowana u dzieci w wieku 0-6 lat oraz dzieci starszych głębiej upośledzonych (sporządzona na podstawie „Skali do oceny rozwoju dziecka wg H. Cole Capps),
- „Graficzna karta oceny postępu w rozwoju”, stosowana u dzieci od 7 roku życia (sporządzona na podstawie inwentarzy PAC-1 i PAC-2).

Za pomocą w/w narzędzi dokonuje się oceny poziomu funkcjonowania dziecka w zakresie wszystkich sfer rozwojowych w momencie włączenia do programu, w trakcie trwania programu i po jego zakończeniu. Każdorazowo wyniki z przeprowadzonej oceny zostają zaznaczone graficznie kolorem. Na podstawie wyniku

modyfikuje się program postępowania terapeutyczno – pielęgnacyjnego, stosownie do indywidualnych potrzeb i możliwości rozwojowych dzieci.

Terapeuta systematycznie spotyka się z rodzicami swoich podopiecznych i przekazuje im informacje o realizowanym programie, jego celach, sposobach realizacji i uzyskanych efektach terapii.

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach programu:

- koszt jednostkowy świadczeń w zakresie terapii rewalidacyjnej - 80,00 zł
- koszt jednostkowy świadczeń w zakresie terapii funkcjonalno - opiekuńczej – 70,00 zł
- koszt jednostkowy świadczeń w zakresie zabaw ruchowych (gry i zabawy zespołowe) – 50,00 zł

b. Koszty kampanii informacyjnej.

Przewidywany koszt kampanii informacyjnej – ok.700,00 zł.

c. Planowane koszty całkowite

Program zdrowotny pn. „Kompleksowa terapia, opieka i pielęgnacja dzieci niepełnosprawnych z terenu Gminy Miasta Jaworzna” zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Jaworzna.

Umowy z realizatorem/realizatorami programu zawierane będą każdorazowo na kolejny rok kalendarzowy.

Całkowity koszt realizacji programu w 2017 r. nie może przekroczyć 570 000,00 zł. Koszty realizacji programu w roku 2018, 2019, 2020 będą uzależnione od możliwości finansowych Gminy Miasta Jaworzna.

e. Argumenty przemawiające za optymalnym wykorzystaniem dostępnych zasobów

Zakłada się, że zarówno zaangażowane do programu zdrowotnego zasoby ludzkie (wykwalifikowany personel) oraz zasoby rzeczowe w postaci odpowiedniej, nowoczesnej bazy terapeutyczno - rehabilitacyjnej umożliwią optymalne wykorzystanie zasobów finansowych przeznaczonych na realizację programu, co w konsekwencji przełoży się na efektywność wszystkich podejmowanych działań.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

Możliwość korzystania z kompleksowych świadczeń terapeutyczno – pielęgnacyjnych w połączeniu ze świadczeniami medycznymi finansowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest najskuteczniejszym sposobem na poprawę ogólnego stanu zdrowia i jakości życia. W efekcie umożliwia w miarę samodzielne, niezależne od otoczenia funkcjonowanie w wieku dorosłym.

Na podstawie analizy posiadanych danych, największym sukcesem prowadzonego programu zdrowotnego jest liczba dzieci niepełnosprawnych uczestniczących w programie w latach ubiegłych, które dzięki kompleksowej terapii mogły przejść do ogólnodostępnych placówek oświatowych różnego typu (szkół podstawowych, gimnazjów, liceów) i z powodzeniem w nich funkcjonują jako uczniowie, koledzy oraz wychowankowie.

Wysoką jakość świadczeń realizowanych w programie ma zagwarantować wykwalifikowana kadra, która oprócz stosownych kwalifikacji, kompetencji i doświadczenia niezbędnego w pracy z dziećmi niepełnosprawnymi obdarzona jest takimi cechami osobowymi jak kreatywność, wrażliwość, empatia oraz poczucie humoru. Cechy te ułatwiają zrozumienie niepełnosprawnego dziecka, właściwe rozpoznanie jego potrzeb rozwojowych i prowadzenie zajęć terapeutycznych w atrakcyjnej formie pobudzającej ciekawość dzieci.

Wszystkie świadczenia realizowane w programie mają być prowadzone w nowocześnie wyposażonych pomieszczeniach, z użyciem sprzętów gwarantujących oprócz skuteczności terapeutycznej – atrakcyjność zajęć.

Ocena jakości programu potwierdzana będzie ankietą badającą poziom zadowolenia pacjentów i ich rodziców lub opiekunów po zakończonym programie. Uzyskane wyniki i wnioski w formie zbiorczego raportu dołączają do dokumentacji programu.

Rozdział VII – Okres realizacji programu

Program realizowany będzie w latach: 2017, 2018, 2019, 2020.

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

„BADANIA PROFILAKTYCZNE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY MIASTA JAWORZNA W KIERUNKU ROZPOZNANIA BORELIOZY”

PROGRAM OPRACOWAŁ:
WYDZIAŁ ZDROWIA I SPRAW SPOŁECZNYCH
URZĘDU MIEJSKIEGO W JAWORZNIE

OKRESY REALIZACJI PROGRAMU:
realizacja rocznych programów w latach: 2017, 2018, 2019, 2020

OPINIA AGENCJI OCENY TECHNOLOGII MEDYCZNYCH I TARYFIKACJI:
pozytywna

1. Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Borelioza nazywana również boreliozą z Lyme - jest wieloukładową chorobą zapalną przenoszona przez kleszcze zakażone krętkiem *Borrelia burgdorferi*. Choroba może przebiegać w kilku fazach, zajmując różne narządy. W obrębie gatunku wyodrębniono genogatunki, związane z różnymi zespołami objawów: *Borrelia burgdorferi sensu stricto* - częsty czynnik zapalenia stawów, *Borrelia garinii* - częściej związana z neuroboreliozą, *Borellia afzelii* - znacznie częściej stwierdzana w późnych zmianach skórnych. Aby przenieść taką ilość bakterii, która wystarcza do zakażenia człowieka, kleszcz musi pozostawać w skórze kilkanaście do 24 godzin.

Podstawą rozpoznania boreliozy według Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych jest stwierdzenie przynajmniej jednego z objawów: rumień wędrujący, przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn, zapalenie stawów, zapalenie mięśnia sercowego lub neuroborelioza. Czasami rozpoznanie boreliozy bywa bardzo trudne. Choroba ta, zwana jest wielkim imitatorem, gdyż jej objawy bywają różnorodne i mogą wskazywać na wiele innych groźnych chorób.

Problemem w rozpoznaniu jest również niedoskonałość badań laboratoryjnych. Badania na boreliozę dzielimy na dwa rodzaje: serologiczne i bezpośrednie. W badaniach serologicznych nie sprawdzamy obecności bakterii we krwi, lecz sprawdzamy obecność przeciwciał, czyli czy nasz organizm się broni. Gdy dochodzi do zakażenia obcą bakterią, nasz układ odpornościowy rozpoznaje jej białko i wytwarza przeciwciała. Do tych badań należą dwa najczęściej zlecane przez lekarzy badania: ELISA i Western blot. Wykonuje się je zazwyczaj po upływie 4 – 6 tygodni po ukąszeniu, gdyż układ odpornościowy musi mieć czas na wyprodukowanie przeciwciał. Obie metody wzajemnie się uzupełniają, ponieważ testy immunoenzymatyczne cechuje wysoka czułość i stosunkowo niska swoistość, natomiast metoda Western blot charakteryzuje się wysoką swoistością przy niższej czułości.

b. Epidemiologia

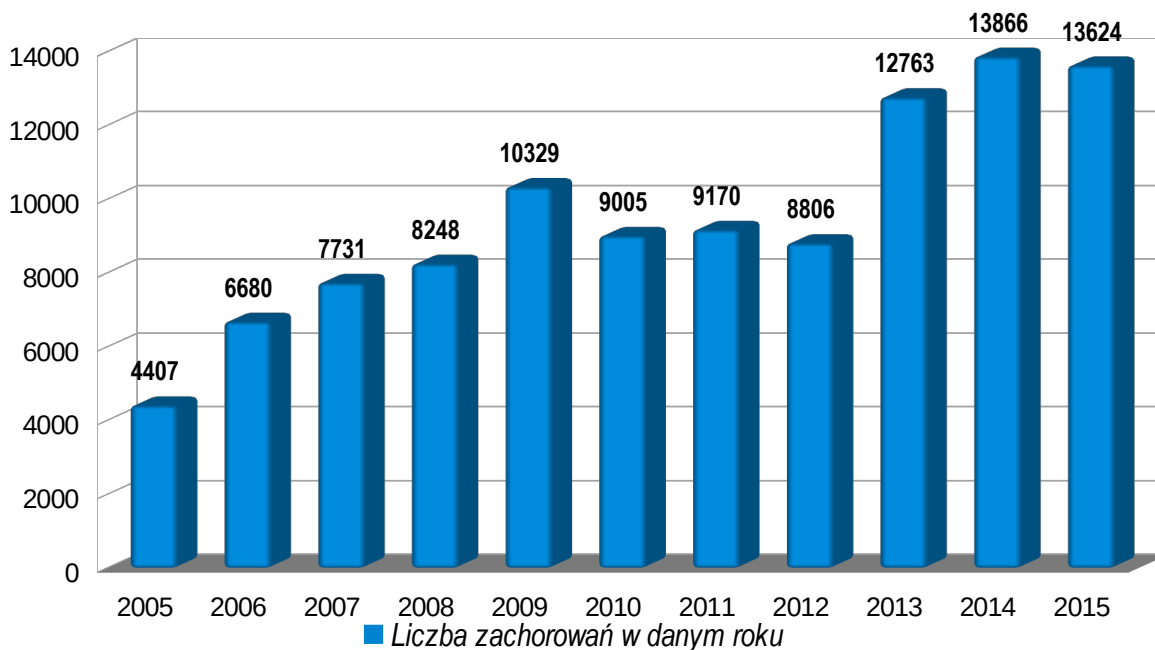
Przebywanie na terenach zielonych, podczas pracy lub rekreacji może być związane z narażeniem na kontakt ze stawonogami pasożytniczymi. Spośród pasożytniczych stawonogów największe znaczenie epidemiologiczne w Polsce mają kleszcze (*Ixodes ricinus*), które posiadają możliwość przenoszenia drobnoustrojów chorobotwórczych: wirusów, krętków i riketsji. Wśród przenoszonych przez kleszcze chorób zakaźnych, w naszym kraju dominuje borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu.

Statystyki zachorowań na boreliozę prowadzone są w Polsce na podstawie ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Zgodnie z jej zapisami lekarze posiadają obowiązek zgłaszania chorób zakaźnych - państwowemu powiatowemu lub wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu.

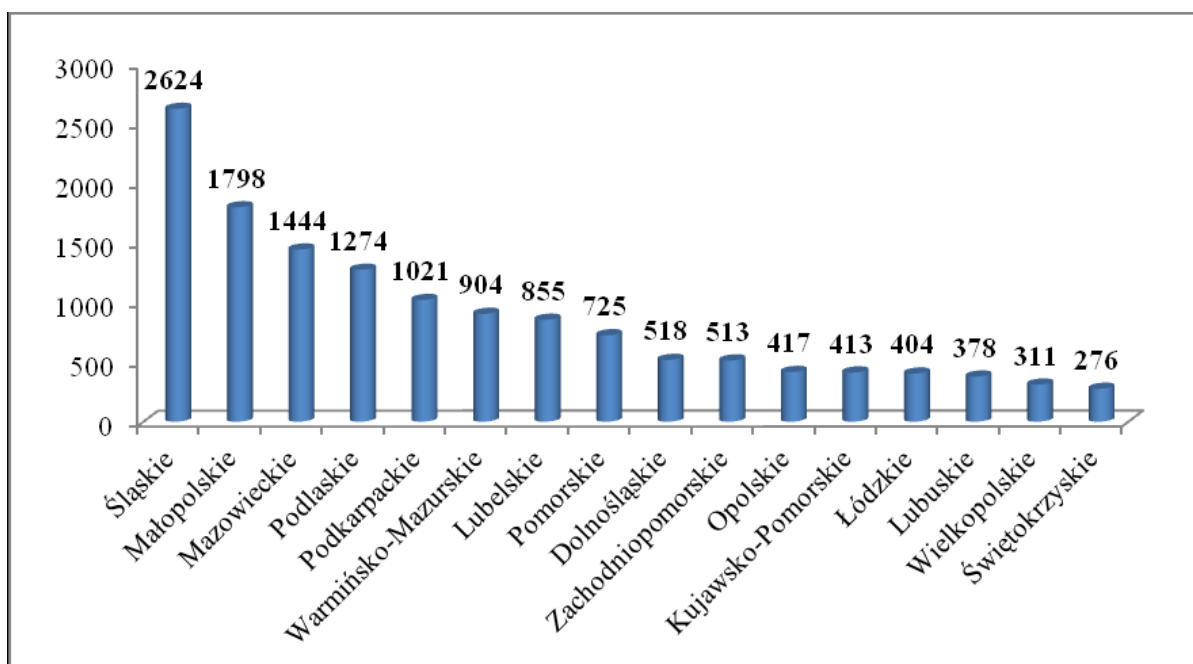
Niestety nie jest dostępna forma profilaktyki boreliozy w postaci szczepień ochronnych, pomimo intensywnych prac prowadzonych w wielu krajach. Skuteczną drogą postępowania w zakresie profilaktyki boreliozy jest podejmowanie wszelkich działań informacyjnych i edukacyjnych.

Oprócz wyżej wspomnianej boreliozy, kleszcze mogą przenieść również kleszczowe zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych. Najskuteczniejszą formą profilaktyki przedekspozycyjnej kzm jest przeprowadzenie szczepień ochronnych, zapobiegających zakażeniom wszystkimi występującymi w Europie szczepami wirusa.

W Polsce od kilku lat rośnie liczba zachorowań na boreliozę. Liczbę zgłoszonych przypadków boreliozy obrazuje poniższy wykres.

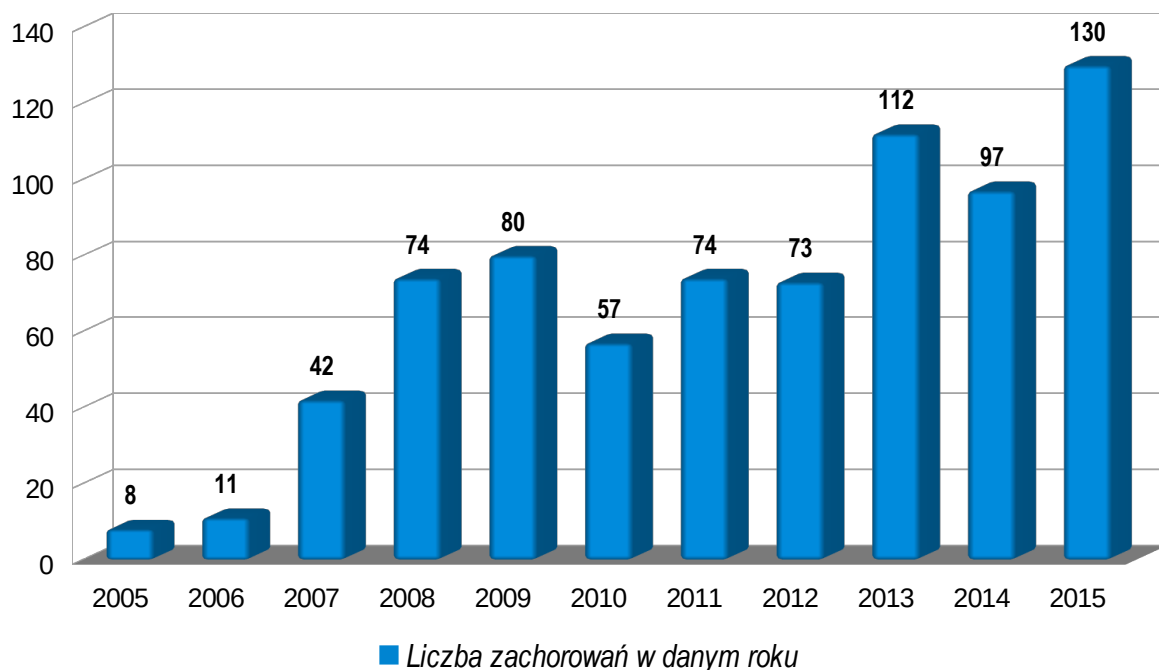


Wykres 1. Liczba przypadków boreliozy w latach 2005-2015 w Polsce.
Źródło: Zakład Epidemiologii NIZP-PZH



Wykres 2. Liczba zachorowań na boreliozę w Polsce w 2014 roku z podziałem na województwa.
Źródło: WSSE w Katowicach

Jaworzno położone jest na terenie Wyżyny Śląskiej, gdzie powierzchnia lasów i gruntów leśnych stanowi ok. 38% ogólnej powierzchni. W związku z czym istnieje duże prawdopodobieństwo ukąszenie przez kleszcze. Sytuację epidemiologiczną w Jaworznie ilustruje poniższy wykres.



Wykres 2. Liczba przypadków boreliozy w latach 2005-2015 w Jaworznie
Źródło: PSSE w Jaworznie

Od 2008 roku obserwujemy wyraźny wzrost zachorowań w populacji mieszkańców miasta Jaworzna. Stąd uzasadniona inicjatywa przeprowadzenia badań testowych na dużej grupie mieszkańców.

c. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Populacja zamieszkała na terenie Gminy Miasta Jaworzna – 89 070 mieszkańców (*dane uzyskane w Wydziale Spraw Obywatelskich UM w Jaworznie wg stanu na dzień 23.11.2016 r.*)

W pierwszym etapie planujemy zorganizować kampanię informacyjno-edukacyjną skierowaną do ogółu mieszkańców miasta. Kolejnym etapem będą badania poprzedzone wywiadem w postaci ankiety (zał. 1 programu). Ankieta będzie narzędziem weryfikującym konieczność przeprowadzenia diagnostycznych testów laboratoryjnych. Następnie u założonej populacji mieszkańców miasta będą wykonane przesiewowe badania testem ELISA w dwóch klasach: IgG i IgM. Spośród osób, u których wynik w skryningu będzie dodatni wykonane zostanie badanie testem Western blot. Na podstawie doświadczenia ubiegłych lat, szacuje się, że odsetek wyników dodatnich nie powinien przekroczyć 60%.

Ponadto każda z osób z pozytywnym wynikiem zostanie poinformowana o konieczności zgłoszenia się do lekarza rodzinnego Podstawowej Opieki Zdrowotnej, który zadecyduje o dalszym postępowaniu wg oceny indywidualnych przypadków.

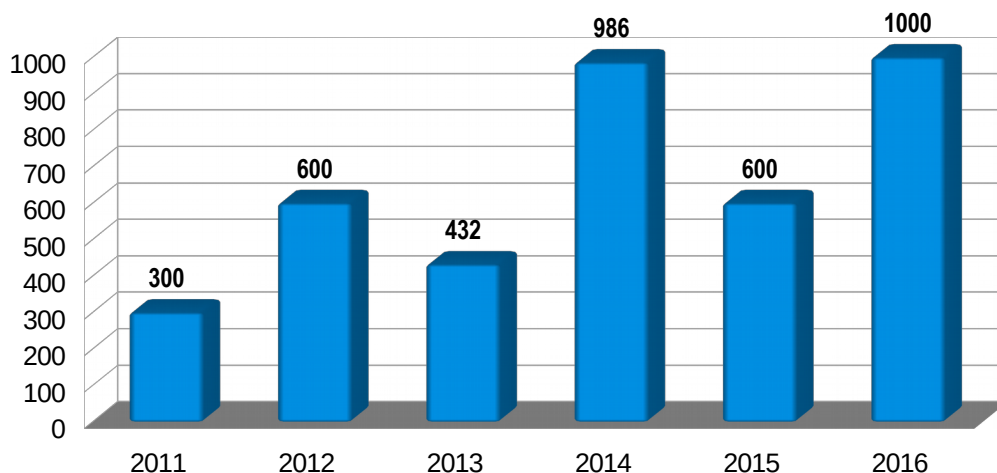
d. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym, ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze świadczeń publicznych

W związku z brakiem specjalistycznej poradni chorób zakaźnych na terenie Gminy Miasta Jaworzna, utrudniony jest dostęp mieszkańców do badań finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z uwagi na powyższe, władze miasta widzą potrzebę wydatkowania dodatkowych środków na realizację badań

diagnostycznych w celu wykrycia boreliozy w ramach programu zdrowotnego.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W Jaworznie w 2011 roku zainicjowano bezpłatne badania dla mieszkańców miasta, w celu rozpoznania boreliozy, które w całości były finansowane z budżetu miasta.



Wykres 3: Liczba przebadanych osób w kierunku rozpoznania boreliozy w latach 2011-2015 w Jaworznie oraz planowana na rok 2016, w ramach bezpłatnych badań organizowanych dla mieszkańców miasta .

Od roku 2014 badania prowadzone są w ramach programu polityki zdrowotnej pt. "Badania profilaktyczne dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w kierunku rozpoznania boreliozy", na które zabezpieczono w budżecie miasta środki pozwalające przebadanie populację ok. 1000 osób. Z możliwości bezpłatnych badań skorzystało wówczas 986 osób. Spośród przebadanej grupy, u 364 osób stwierdzono wynik dodatni lub wątpliwy. W drugim etapie przeprowadzonych badań testem Western-blot, u 180 stwierdzono wynik dodatni lub wątpliwy. Osoby te zostały poinformowane o konieczności zgłoszenia się do lekarza POZ-u, w celu prowadzenia dalszej diagnostyki lub leczenia.

W roku 2015 przebadano kolejną grupę, tj. ok. 600 osób testem ELISA w klasie IgG i IgM oraz w drugim etapie ok. 40% powyższej populacji, testem Western-blot, tj. 223 osób, u których wynik w teście skryningowym ELISA był pozytywny lub wątpliwy.

W bieżącym roku przebadano kolejnych 1000 mieszkańców miasta. Wyniki przeprowadzonych badań znane będą w grudniu br.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Głównym celem programu jest podniesienie świadomości i wiedzy nt. chorób odkleszczowych wśród populacji mieszkańców miasta oraz wstępne rozpoznanie choroby dzięki diagnostyce serologicznej, czyli przeprowadzeniu badań laboratoryjnych testami ELISA klasy IgG i IgM oraz testami Western blot klasami IgG i IgM.

b. Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi programu są:

- 1) zmniejszenie zapadalności na boreliozę poprzez podejmowanie działań informacyjnych i edukacyjnych

- nt. unikania ekspozycji na ukąszenie przez kleszcze,
2) zwiększenie świadomości społeczności lokalnej w kwestii zagrożeń związanych z boreliozą,
3) zmniejszenie liczby powikłań zakażeń boreliozy poprzez wczesne wykrycie choroby.

c. Oczekiwane efekty

- 1) uzyskanie wysokiej frekwencji osób kwalifikujących się do programu,
- 2) uzyskanie 100% wykonawstwa badań,
- 3) zwiększenie wykrywalności boreliozy wśród mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna,
- 4) zwiększenie stanu wiedzy i świadomości problemu wśród mieszkańców miasta.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- 1) liczba dodatnich wyników badania diagnostycznego laboratoryjnego przeprowadzonego testem ELISA,
- 2) liczba dodatnich wyników badania diagnostycznego laboratoryjnego przeprowadzonego testem Western-blot,
- 3) anonimowa ankieta satysfakcji beneficjenta programu ze świadczonych usług, w ramach programu zdrowotnego.

Rozdział III - Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program skierowany będzie do wszystkich osób zamieszkałych (zameldowanych) na terenie Gminy Miasta Jaworzna, bez względu na wiek, płeć lub stan zdrowia. Ze względu na doniesienia naukowe, które dowodzą, że najwyższe ryzyko ukłucia kleszcza przypada w grupie wiekowej 10 - 60 rok życia - do programu mogą przystąpić zarówno dzieci jak też osoby dorosłe. Tryb zapraszania do udziału w programie, to kampania informacyjna z wykorzystaniem komunikatów w lokalnej prasie, na stronie internetowej Urzędu Miejskiego, jak i inwencji i aktywności wybranego Realizatora programu.

Weryfikacja osób zgłaszających się na badania diagnostyczne laboratoryjne będzie prowadzona przez personel medyczny Realizatora, poprzez przeprowadzenie wywiadu (ankiety) dot. ryzyka wystąpienia zakażenia.

b. Tryb informowania i zapraszania do programu

Po wyborze Realizatora programu, przeprowadzona zostanie szeroka kampania informacyjna, której celem będzie poinformowanie społeczności lokalnej o założeniach programu i możliwościach skorzystania z bezpłatnych badań. Informacje o programie, a szczególnie o beneficjentach oraz miejscu realizacji przekazane zostaną do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie komunikatów na stronach www Urzędu Miejskiego oraz wybranego Realizatora, jak również w prasie lokalnej. Akcja promocyjna programu będzie prowadzona na terenie całego miasta, tak aby dotrzeć do największej grupy potencjalnych odbiorców.

Rozdział IV - Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Pierwszym etapem będzie kampania informacyjno-edukacyjna w lokalnej prasie oraz stronach internetowych Urzędu i Realizatora oraz plakaty wywieszone w placówkach ochrony zdrowia mieszczących się na terenie miasta oraz budynkach Urzędu Miejskiego.

Kolejnym etapem będzie przeprowadzenie ankiety wśród osób zgłaszających się do Realizatora na badania diagnostyczne laboratoryjne, która zawiera pytania o ekspozycję na kleszcze, miejsce ekspozycji, obecność

rumienia wędrującego oraz wystąpienia innych dolegliwości, które świadczyć mogą o występowaniu choroby u danej osoby. Populacji osób zgłaszających objawy kliniczne nasuwające podejrzenie boreliozy zostanie pobrana próbka krwi do badania testami laboratoryjnymi. Pobrana krew zostanie podzielona do dwóch probówek, tak aby z jednej wykonać test Elisa, natomiast z drugiej - jeśli zajdzie taka konieczność - test Western blot. Dzięki temu unikniemy konieczności powtórnego stawienia się osób z pozytywnym wynikiem testu Elisa, w celu pobrania kolejnej próbki krwi do badania testem Western blot.

Ostatnim etapem programu będzie sporządzenie statystycznej analizy wyników badań, w celu określenia kierunków dalszych działań.

b. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenia w ramach programu realizowane będą w pomieszczeniach podmiotu leczniczego, który wygra postępowanie konkursowe na realizację przedmiotowego programu. Zakładamy, że podmiot ten będzie zlokalizowany w centrum miasta, aby zapewnić równy dostęp wszystkim beneficjentom programu.

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

Testy diagnostyczne dot. zachorowań na borelizę z Lyme stanowią część gwarantowanych świadczeń medycznych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, kontraktowanych przez NFZ, jednak z uwagi na brak na terenie Gminy Miasta Jaworzna specjalistycznej poradni chorób zakaźnych, dostęp do powyższych świadczeń zdrowotnych jest utrudniony dla mieszkańców.

d. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.

Każda osoba uczestnicząca w programie, której wynik w testach diagnostycznych będzie dodatni zostanie poinformowana o konieczności podjęcia leczenia u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, bądź w poradni chorób zakaźnych.

e. Warunki niezbędne do realizacji programu

Program realizowany będzie przez placówkę prowadzącą działalność leczniczą, funkcjonującą na terenie Gminy Miasta Jaworzna, która spełni wymagania niezbędne do realizacji programu na zasadach przeprowadzonego konkursu ofert.

f. Dowody skuteczności planowanych działań

Diagnostyka boreliozy z Lyme jest trudna. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), diagnostyka boreliozy powinna być dwuetapowa. W pierwszym etapie należy przeprowadzić badanie przeciwciał klasy IgM i IgG metodą immunoenzymatyczną ELISA. Natępnie w przypadku otrzymania wyników dodatnich lub wątpliwych należy wykonać oznaczenia metodą Western-blot, potwierdzającą obecność wykrytych przeciwciał. Metodą wspomagającą diagnostykę boreliozy jest diagnostyka oparta na metodach biologii molekularnej Real Time PCR. pozwala ona wykryć materiał genetyczny trzech najbardziej patogennych genogatków krętków *Borrelia burgdorferi sensu lato*: *Borrelia burgdorferi sensu stricto*, *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii*.

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

Jednostką rozliczeniową w programie będzie koszt badania konkretną metodą.

Planuje się, że jednostkowy koszt badania metodą Elisa w każdej z klas wyniesie ok. 18,00 zł, natomiast koszt jednego badania metodą Western blot klasy IgG ok. 70,00 zł. oraz klasy IgM ok.70,00 zł.
Przewidywany koszt kampanii informacyjno-edukacyjnej to ok. 700,00 zł.

b. Planowane koszty całkowite

Wielkość populacji objętej programem zależna będzie od wysokości posiadanych środków finansowych w budżecie Gminy Miasta Jaworzna w danym roku.

Umowy z realizatorami programu zawierane będą każdorazowo na kolejny rok kalendarzowy.

Program zdrowotny pn. „Badania profilaktyczne dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w kierunku rozpoznania boreliozy” zostanie sfinansowany z budżetu Gminy Miasta Jaworzna.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

Na podstawie doświadczeń zdobytych podczas prowadzenia programu na przestrzeni ostatnich kilku lat, mamy podstawy sądzić, iż frekwencja będzie 100%. Z obserwacji zgłaszalności do programu zauważalna jest tendencja wzrostowa oraz duże zainteresowanie przedmiotowym programem.

W latach 2011-2015 przebadano 2918 mieszkańców miasta. W roku bieżącym planowane jest przebadanie kolejnych 1000 osób. Frekwencja będzie oceniana na bieżąco oraz po zakończeniu programu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Wysoką jakość świadczeń realizowanych w programie ma zagwarantować wykwalifikowana kadra, posiadająca stosownie udokumentowane kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Wszystkie świadczenia realizowane w programie będą prowadzone w nowoczesnie wyposażonych pomieszczeniach, z użyciem jednorazowych sprzętów medycznych gwarantujących bezpieczeństwo sanitarne.

W trakcie trwania programu na bieżąco będzie oceniana jakość udzielanych świadczeń. Realizator programu podlegać będzie nadzorowi Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Jaworznie oraz Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego w Jaworznie.

c. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu będzie przeprowadzona po zakończeniu programu poprzez:

- 1) analizę frekwencji i wykonawstwa badań
- 2) analizę wyników przeprowadzonych badań

Po zakończeniu programu dokona się całościowej oceny stopnia realizacji programu zdrowotnego, skuteczności podjętych działań doraźnych, wpływu zrealizowanego programu na stan bezpieczeństwa epidemiologicznego miasta oraz ewentualnych czynników zakłócających płynność realizacji programu. Ponadto dokona się analizy tendencji w zakresie zapadalności na choroby związane z ekspozycją na kleszcze.

Rozdział VII – Okres realizacji programu

Program realizowany będzie w latach: 2017, 2018, 2019, 2020.

Bibliografia

- 1) McFadzean N. (tłum.) *Prosto o diagnozie i leczeniu Boreliozy choroby z Lyme*. <http://www.borelioza.org/lymebook2.htm>
- 2) Buhner S. *Pokonać boreliozę*. <http://www.borelioza.org/lymebook2.htm>
- 3) *Diagnostowanie boreliozy* <http://www.borelioza.org.pl/diagnoza-boreliozy.php>
- 4) Flisiak R., Pancewicz S. *Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme*. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.
- 5) Burrascano J. Diagnostic Hints and Treatment Guidelines For Lyme and Other Tick Borne Illnesses. http://www.borelioza.org/materialy_lyme/burrascano_10.2008.pdf
- 6) Legatowicz-Koprowska M., Walczak E. *Borelioza - wciąż trudne wyzwanie*. http://www.borelioza.org/materialy_lyme/borelioza_leganowicz_2011.pdf
- 7) Miąskiewicz K., Walczak E., Roguska K., Ząbek J. *Falszywie ujemne wyniki testów serologicznych w kierunku Borrelia burgdorferi jako efekt kompleksemii w przebiegu choroby z Lyme*. http://www.borelioza.org/materialy_lyme/borelioza_leganowicz_2011.pdf
- 8) Śliwa L. *Teratogeny wpływ bakterii Borrelia sp. na płody matek chorujących na boreliozę z Lyme*. <http://www.czytelniamedyczna.pl/3915,teratogeny-wplyw-bakterii-borrelia-sp-na-plody-matek-chorujacych>
- 9) Mączka I., Tylewska-Wierzbanowska S., *Cykl krążenia krętków Borrelia burgdorferi w środowisku*. źródło: <http://www.pm.microbiology.pl>
- 10) Mączka I., Tylewska-Wierzbanowska S. *Choroby serca jako późne powikłania zakażeń odzwierzęcych przenoszonych przez kleszcze*. źródło: <http://www.pm.microbiology.pl> 11) *Borelioza: dlaczego diagnostyka jest taka trudna*. W: Diagnostyka laboratoryjna. Praca zbiorowa http://www.borelioza.org/materialy_lyme/bb-diagnostyka.pdf
- 12) *Borelioza: zasady skutecznego leczenia* W: Zakażenia 4/2007. Praca zbiorowa. http://www.borelioza.org/materialy_lyme/zas-skut-leczenia.pdf
- 13) Murray P., Rosenthal K., Pfaller M. *Mikrobiologia*. Wyd. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011.
- 14) Madzik W., Naruszewicz-Lesiuk D., Zielńska A. *Choroby zakaźne i pasożytnicze - epidemiologia i profilaktyka*. Wyd. A-medica Press, Bielsko Biała 2007.
- 15) *Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* (Dz.U. Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.)
- 16) Materiały pochodzące ze sprawozdań opracowanych przez Oddział Epidemiologii WSSE w Katowicach oraz analizy własne.
- 17) Chmielewski T., Tylewska-Wierzbanowska S. *Borelioza z Lyme, laboratoryjne metody rozpoznania zakażenia*. Samodzielna Pracownia Riketsji Chlamydii i Krętków Odzwierzęcych Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- 18) *Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2013 r.* Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny Zakład Epidemiologii, Główny Inspektor Sanitarny Departament Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi.

UZASADNIENIE

Gmina Miasta Jaworzna - jako gmina i miasto na prawach powiatu - zobligowana jest do realizacji ustawowych zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Na podstawie oceny sytuacji zdrowotnej mieszkańców oraz zgodnie z wytycznymi Narodowego Programu Zdrowia, od wielu lat podejmowane są w naszym mieście działania na rzecz poprawy zdrowia mieszkańców poprzez: organizowanie programów, akcji oraz licznych działań prozdrowotnych.

Do najistotniejszych działań podejmowanych od kilku lat przez gminę należy realizacja programów polityki zdrowotnej, wynikających z analizy sytuacji zdrowotnej społeczności lokalnej dokonanej na podstawie danych demograficznych, epidemiologicznych i środowiskowych, tj.:

- 1)"Profilaktyka grypy w Jaworznie - szczepienia ochronne dla seniorów 65+ "
- 2)"Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych"
- 3)"Kompleksowa terapia, opieka i pielęgnacji dzieci niepełnosprawnych z terenu miasta Jaworzna"
- 4)"Badania profilaktyczne dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w kierunku rozpoznania boreliozy".

Przedmiotowe programy zostały opracowane zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) w Warszawie, pozwalającą na ich implementację.

Wielkość populacji objętej programami zależna będzie od wysokości posiadanych środków finansowych Gminy Miasta Jaworzna w danym roku. Umowy z realizatorami programów polityki zdrowotnej zawierane będą każdorazowo na kolejny rok budżetowy.

W związku z wejściem w życie nowych przepisów regulujących zadania z zakresu ochrony i promocji zdrowia tj. ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2015 r., poz. 1916) oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016 – 2020 (Dz. U. z 2016 r., poz. 1492), zasadne jest podjęcie niniejszej uchwały.

Realizacja zadań wynikających z uchwały wymaga corocznego zabezpieczenia środków finansowych w budżecie gminy oraz nie powoduje wzrostu zatrudnienia w administracji.

Jaworzno, 30 listopada 2016 r.

Opracował: Naczelnik Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych - Małgorzata Helbin-Więcek