

**UCHWAŁA NR XLIII/950/22
RADY MIASTA KATOWICE**

z dnia 27 stycznia 2022 r.

**zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta
Katowice na lata 2021-2027**

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art.7 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2021 r., poz. 1372 ze zm.), art. 4 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2020 r., poz. 920 ze zm.), art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.)

**Rada Miasta Katowice
uchwała**

§ 1. W uchwale XXIX/635/20 Rady Miasta Katowice z dnia 17 grudnia 2020 r. w sprawie przyjęcia „Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027” dokonać zmiany załącznika do uchwały, który otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2. Corocznie zapewnić w budżecie miasta środki na realizację Programu.

§ 3. Wykonanie uchwały powierzyć Prezydentowi Miasta Katowice.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady Miasta
Katowice

Maciej Biskupski

Załącznik do uchwały Nr XLIII/950/22
Rady Miasta Katowice
z dnia 27 stycznia 2022 r.

PROGRAM PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA

dla miasta Katowice
na lata 2021-2027



Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027 opracował Zespół Konsultacyjny ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia powołany przy Urzędzie Miasta Katowice w składzie:

Przedstawiciele Urzędu Miasta Katowice:

- Jerzy Woźniak – Wiceprezydent Miasta Katowice,
- Małgorzata Moryń-Trzęsimiech – Naczelnik Wydziału Polityki Społecznej,
- Jolanta Wolanin – Zastępca Naczelnika Wydziału Polityki Społecznej,
- Bartosz Kajdan – starszy inspektor w Wydziale Polityki Społecznej.

Członkowie Zespołu:

- dr n. med. Jarosław Derejczyk – były konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrici dla województwa śląskiego,
- prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz – konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- prof. dr hab. n. med. Halina Woś – specjalista z zakresu pediatrii, były Kierownik Kliniki Pediatrii Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II,
- dr hab. n. Med. Bogdan Michalski – specjalista ginekolog onkolog,
- mgr Jolanta Kolanko – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Katowicach,
- prof. dr hab. n. med. Krystyn Sosada – specjalista w zakresie chirurgii ogólnej, medycyny ratunkowej i zdrowia publicznego,
- prof. dr hab. n. med. Krystian Wita – konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii,
- prof. dr hab. n. med. Aleksander Sieroń – konsultant krajowy w dziedzinie angiologii,
- prof. dr hab. n. med. Violetta Skrzypulec-Plinta – prorektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego ds. rozwoju i promocji Uczelni, specjalista z zakresu ginekologii, endokrynologii i seksuologii,
- lek. dent. Karolina Kolarczyk – wykładowca w Katedrze Stomatologii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
- dr hab. n. med. Paweł Matusik - specjalista z zakresu pediatrii i endokrynologii dziecięcej, Klinika Pediatrii Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II,
- prof. dr hab. n. med. Andrzej Witek – konsultant wojewódzki w dziedzinie ginekologii onkologicznej dla województwa śląskiego.

I. WSTĘP:

I.1. Cel opracowania Programu

Miasto Katowice, jako gmina i miasto na prawach powiatu, odpowiedzialne za realizację ustawowo nałożonych zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia od wielu lat podejmuje przedsięwzięcia zmierzające do poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców.

Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027 stanowi kontynuację działań podejmowanych na podstawie przyjętych uchwałą Rady Miasta Katowice Programów w latach 2007-2020:

- uchwała nr LXV/1556/06 z dnia 28 września 2006 roku w sprawie przyjęcia Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2007-2013,

- uchwała nr XLIII/1015/13 z dnia 18 grudnia 2013 roku w sprawie przyjęcia Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2014-2020.

W celu opracowania kompleksowej i wieloletniej strategii na rzecz zaspakajania potrzeb zdrowotnych społeczności Katowic do współpracy zaproszono specjalistów z wybranych dziedzin medycyny, w tym m.in. konsultantów krajowych i wojewódzkich:

- pediatria,
- stomatologia dziecięca,
- onkologia ginekologiczna,
- chirurgia dziecięca,
- geriatrya,
- choroby wewnętrzne,
- epidemiologia i choroby zakaźne,
- medycyna ratunkowa,
- kardiologia,
- angiologia.

Członkowie Zespołu Konsultacyjnego zaproponowali do realizacji i dokonali opracowania następujących programów polityki zdrowotnej:

1) Program szczepień profilaktycznych przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Katowice,

2) Program profilaktyki zachorowań na grypę „Słoneczna Jesień”,

3) Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku,

4) Profilaktyczna opieka nad uczniami,

5) „Bezpieczna Szkoła” - program edukacyjny w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia wśród młodzieży szkół podstawowych klas szóstych realizowany w mieście Katowice,

6) Program profilaktyczny zapobiegania próchnicy u dzieci w Katowicach.

Projekty programów wymienione w pkt. 1-2 dotyczą problemów zdrowotnych, dla których Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT) wydała rekomendacje, w związku z czym zgodnie z art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przekazano do Agencji stosowne oświadczenie o zgodności z rekomendacjami (nie było obowiązku uzyskania pozytywnej opinii).

Dla programów wymienionych w pkt. 3, 5 i 6 zgodnie z przepisami prawa uzyskano opinię pozytywną pod warunkiem uwzględnienia uwag AOTMiT. W związku z tym w porozumieniu z autorami ww. programów wprowadzono stosowne modyfikacje, które uwzględniają zastrzeżenia Agencji, dzięki czemu programy mogą zostać przyjęte do realizacji.

Program wymieniony w pkt. 4 stanowi kontynuację działań podejmowanych w latach 2014-2020. Zgodnie z art. 48a ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.) możliwa jest kontynuacja realizacji programu polityki zdrowotnej, który był realizowany w poprzednim okresie w niezmienionej formie, dla którego AOTMiT wydała pozytywną lub warunkowo pozytywną opinię. W związku z tym, że program pn. „Profilaktyczna opieka nad uczniami” posiada warunkowo pozytywną opinię AOTMiT wydaną w dniu 7 stycznia 2014 r. nr 5/2014 oraz był realizowany w latach 2014-2020, celowym jest jego kontynuacja z uwzględnieniem uwag zawartych w ww. opinii.

Zaplanowane do realizacji programy profilaktyczne skierowane są na działania z zakresu promocji zdrowia poprzez szeroko pojętą edukację na temat zdrowego stylu życia i zapobieganie chorobom, profilaktykę chorób poprzez organizowanie i finansowanie badań profilaktycznych oraz prowadzenie działalności informacyjnej i edukacyjnej skierowanej do różnych grup wiekowych.

Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027 wyznacza kierunki działań Miasta Katowice w zakresie poprawy jakości życia i stanu zdrowia społeczności Katowic. Planowane w ramach Programu działania są wynikiem dogłębnej analizy sytuacji zdrowotnej mieszkańców Katowic, dokonanej na podstawie danych demograficznych, epidemiologicznych i środowiskowych, a także doświadczeń zdobytych w trakcie działań podejmowanych w latach wcześniejszych.

Każdy z opracowanych programów zdrowotnych wyznacza cele główne i cele szczegółowe, jednakże wszystkie one służą realizacji celu nadrzędnego Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027, który zakłada poprawę zdrowia i jakości życia mieszkańców Katowic.

I.2. Współpraca ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

W ramach Programu planuje się dalszą współpracę ze Śląskim Oddziałem NFZ poprzez podjęcie rozpowszechnienia wśród mieszkańców informacji o realizowanych na terenie miasta programach zdrowotnych NFZ i możliwości skorzystania z bezpłatnych świadczeń.

Jednocześnie planuje się wnioskowanie o dofinansowanie z budżetu NFZ do planowanych do realizacji programów polityki zdrowotnej miasta Katowice na dany rok na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem (Dz. U. z 2017 r. poz. 9) w związku z art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

I.3. Współpraca z organizacjami pozarządowymi

Niezależnie od podejmowania ww. działań w ramach programów polityki zdrowotnej oraz współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia należy podkreślić, że miasto Katowice wspiera również ideę profilaktyki i promocji zdrowia wśród mieszkańców dzięki współpracy

z organizacjami pozarządowymi (w tym z fundacjami, stowarzyszeniami, organizacjami humanitarnymi, związkami wyznaniowymi czy też parafiami). W ramach corocznie przyjmowanego uchwałą Rady Miasta Katowice „Programu współpracy miasta Katowice z organizacjami pozarządowymi” realizowane jest zadanie pn. „Prowadzenie działań z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia mających na celu utrzymanie i poprawę zdrowia oraz związanej z nim jakości życia mieszkańców”.

Ww. współpraca ma charakter zarówno finansowy, jak i pozafinansowy, np. w zakresie wsparcia promocji projektów realizowanych przez organizacje pozarządowe na rzecz zdrowia mieszkańców Katowic.

I.4. Współpraca z Państwową Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach

Wzorem lat wcześniejszych, planuje się również współpracę z sekcją Oświaty Zdrowotnej Państwowej Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologiczną w Katowicach poprzez wsparcie jej działań promujących zdrowy styl życia wśród mieszkańców, w szczególności dzieci i młodzieży. Pracownicy Sekcji Oświaty Zdrowotnej stanowią również wsparcie merytoryczne przy opracowaniu materiałów informacyjnych dla mieszkańców, w tym m.in. ulotek, plakatów czy też kalendarzy dla szkół.

I.5. Pozostałe założenia

W latach 2021-2027 przewiduje się ponadto następujące działania:

- monitorowanie i aktualizowanie informacji dotyczących podejmowanych działań profilaktycznych w Katowicach i rozpowszechnianie wśród mieszkańców informacji o możliwościach skorzystania z nich,
- kontrola jakości świadczeń wykonywanych przez poszczególnych realizatorów programów polityki zdrowotnej, w tym kontrola dokumentacji medycznej, kwalifikacji kadry realizatorów oraz wyposażenia placówek,
- konsultacje merytoryczne dla realizatorów programu,
- dokonywanie okresowej oceny realizacji zadań programu w ramach prac Zespołu Konsultantów ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia w mieście Katowice,
- coroczne przedstawienie przez Prezydenta Miasta Katowice Radzie Miasta Katowice sprawozdania z realizacji Programu w roku ubiegłym.

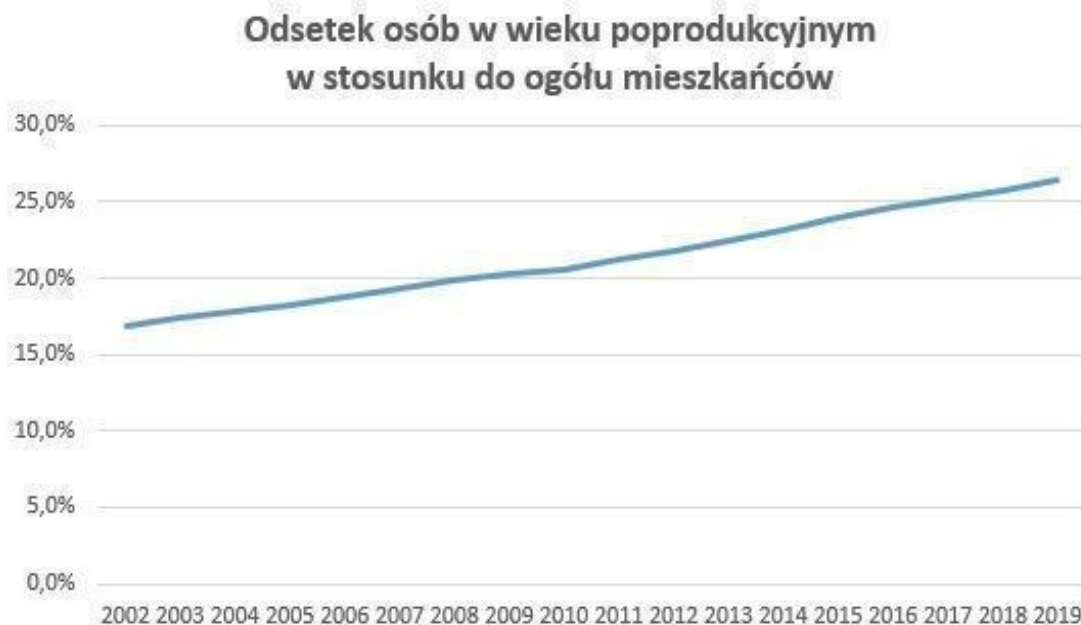
II. SYTUACJA ZDROWOTNA MIESZKAŃCÓW KATOWIC

II.1. Sytuacja demograficzna

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego w Katowicach na dzień 31.12.2019 r. zamieszkiwały 292,8 tys. osób. W porównaniu do roku 2010, kiedy liczba ludności wynosiła 306,8 tys. osób, nastąpił wyraźny spadek liczby ludności o 14 tys. mieszkańców. Zauważalna jest więc stała tendencja spadkowa liczby ludności (dla przykładu w 2004 r. liczba ta wynosiła 319,9 tys.). Zjawisko to ma bezpośredni związek z występującym w całym kraju ujemnym przyrostem naturalnym, który w 2019 roku w Polsce kształtował się na poziomie -34755, w województwie śląskim na poziomie -11258, zaś w samych Katowicach -1016. Przyczynami zjawiska depopulacji

są również: spadek liczby zawieranych małżeństw, późniejszy wiek zawierania małżeństw, późniejszy wiek urodzenia pierwszego dziecka, czynniki ekonomiczne i społeczne, zmiana postaw i mentalności młodego pokolenia oraz ujemne saldo migracji (w Katowicach w 2019 roku -694).

Najliczniejszą grupę mieszkańców stanowią osoby w wieku produkcyjnym, tj. 58,6%, najmniejszą liczebnie grupą jest grupa osób w wieku przedprodukcyjnym, które stanowią zaledwie 15,1% ogółu populacji. W ostatnich latach następuje stały i ciągły wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym. Obecnie w Katowicach odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wynosi 26,4%. Dla porównania należy zauważyć, że ta ostatnia grupa osób stanowiła 21,2% mieszkańców w 2013 roku i 18,2% w 2004 roku. Według norm ONZ przekroczenie odsetka osób w wieku poprodukcyjnym powyżej 16% oznacza przekroczenie progu zaawansowanej starości demograficznej.



Przy utrzymującym się stale niżu demograficznym społeczeństwo Katowic będzie społeczeństwem starzejącym się, co pociągnie za sobą oczywiste konsekwencje w postaci wzrostu kosztów leczenia i opieki nad ludźmi starszymi.

Stąd tak ważna rola profilaktyki i promocji zdrowia jako sposobu na opóźnienie wystąpienia chorób, których jednym z czynników ryzyka jest zaawansowany wiek.

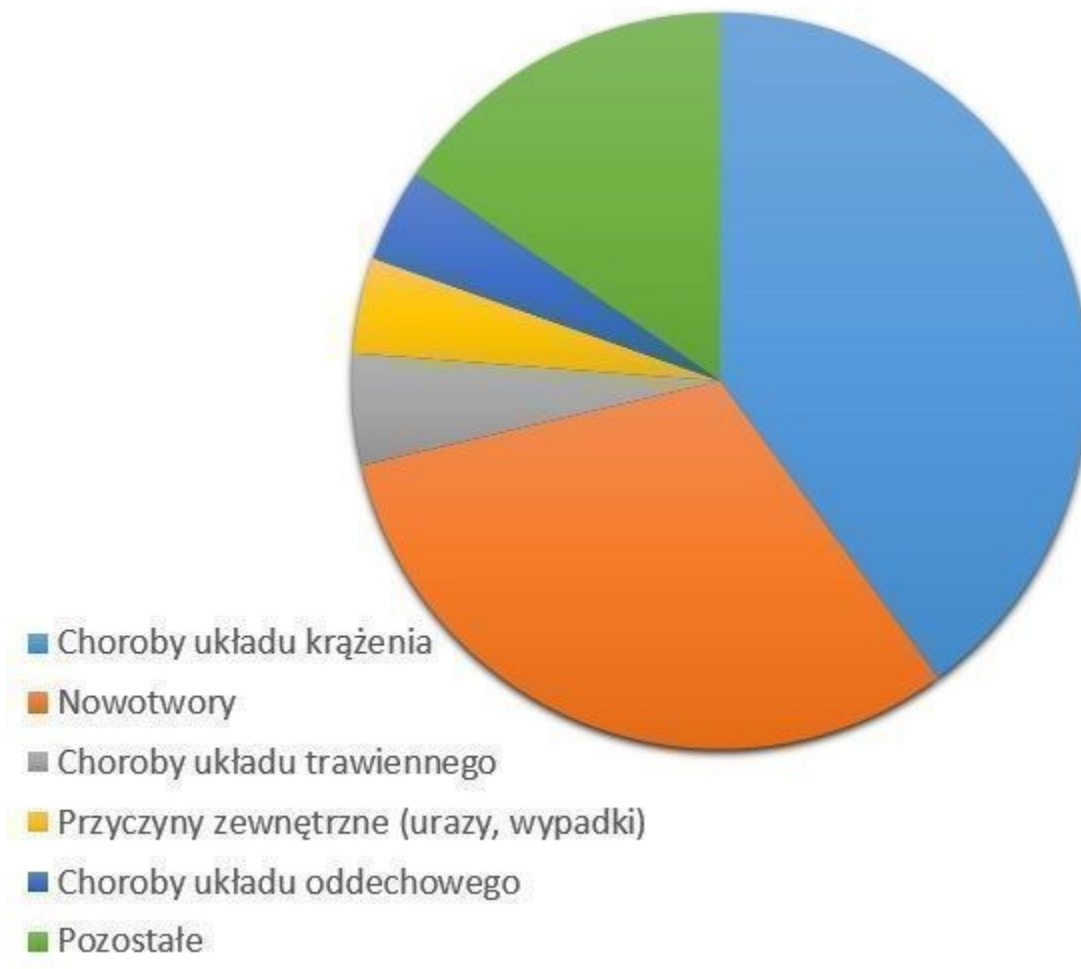
II.2. Główne problemy zdrowotne mieszkańców Katowic.

Ocena problemów zdrowotnych przeprowadzona na podstawie analizy danych epidemiologicznych wskazuje, że najczęstszymi przyczynami zgonów na terenie miasta Katowice w 2018 r. były:

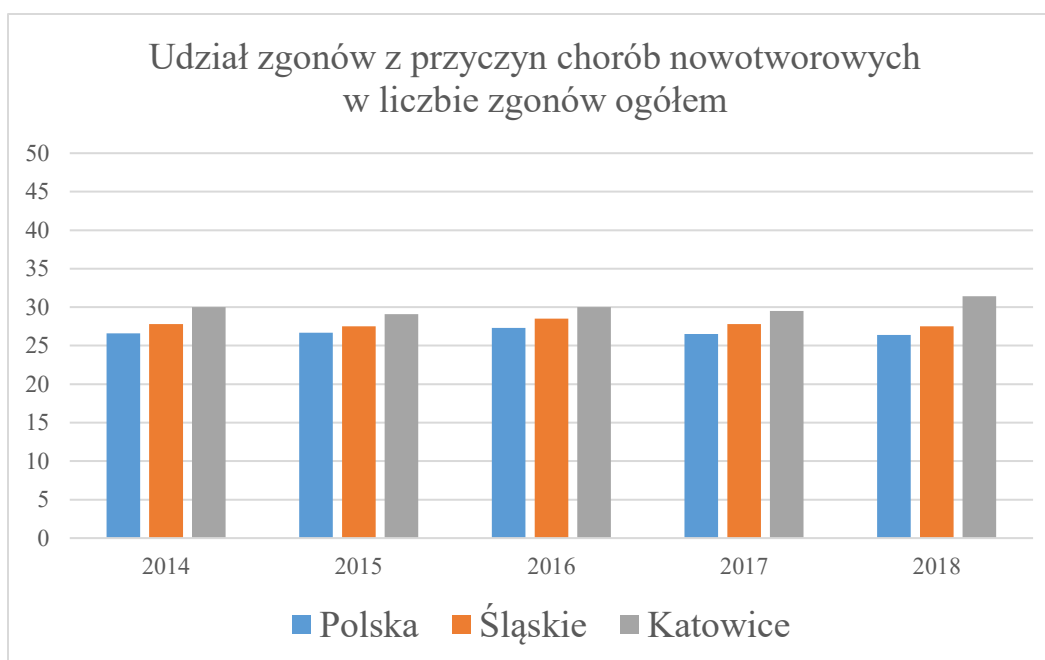
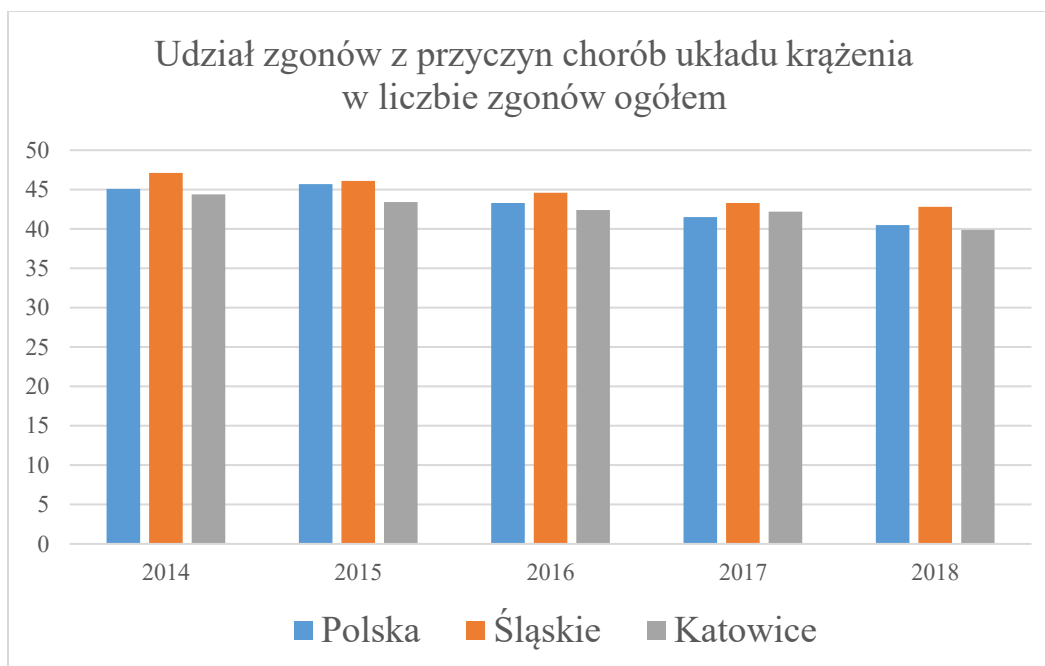
- choroby układu krążenia (39,9%),
- nowotwory (31,4%),
- choroby układu trawiennego (4,9%)

- przyczyny zewnętrzne (urazy, wypadki – 4,2%),
- choroby układu oddechowego (4,1%),
- pozostałe (15,5%).

Odsetek zgonów mieszkańców Katowic wg przyczyn – 2018 r.



Należy zauważyć, że o ile odsetek zgonów spowodowanych chorobami układu krążenia jest w Katowicach na nieco niższym poziomie niż w województwie śląskim oraz w Polsce, to obserwuje się w naszym mieście wyższy odsetek zgonów spowodowanych nowotworami.



Na podstawie danych dot. stanu zdrowia uczniów w wieku ok. 10 lat, które uzyskano podczas realizacji programu „Profilaktycznej opieki nad uczniami” w latach 2014-2019 można natomiast zwrócić uwagę, że spośród 9889 uczniów przebadanych w tym okresie (tj. 75,2% wszystkich uczniów klas III) aż u 11,5% stwierdzono nadwagę, natomiast u 4% - otyłość.

Jednakże największym problemem stwierdzonym w trakcie ww. badań są wady układu kostno-stawowego, które zaobserwowano u 50,9% dzieci (w większości są to skrzywienia kręgosłupa czy też wady stóp).

W celu poprawy wskaźników zdrowotności mieszkańców Katowic kluczowe wydaje się kształtowanie od najmłodszych lat prawidłowych nawyków związanych z racjonalnym

odżywianiem w połączeniu z promowaniem aktywnego spędzania wolnego czasu poprzez sport i rekreację jako najlepszego sposobu profilaktyki wielu chorób.

Priorytetem jest również optymalne wykorzystywanie istniejącej bazy diagnostycznej i funkcjonującej oferty badań profilaktycznych oraz dotarcie z ofertą badań profilaktycznych do grup o zmniejszającym się statusie socjo-ekonomicznym i izolowanych społecznie. Takimi przesłankami kierowali się członkowie Zespołu Konsultacyjnego przy wyborze szczegółowych programów zdrowotnych.

III. Cele Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027:

III.1. Cel główny:

Poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców Katowic.

III.2. Cele szczegółowe:

- 1) zmiana stylu życia mieszkańców miasta na prozdrowotny,
- 2) zmniejszenie różnic w stanie zdrowia wynikających z ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych,
- 3) zapewnienie mieszkańcom Katowic dobrego dostępu do usług medycznych z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia,
- 4) zapewnienie mieszkańcom Katowic informacji nt. zasad zdrowego stylu życia, promocji zdrowia i profilaktyki chorób.

IV. Programy z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia dla mieszkańców Katowic - na lata 2021-2027:

Założone cele Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027 będą realizowane w kolejnych latach przy uwzględnieniu zmieniającej się sytuacji zdrowotnej mieszkańców. Będą to m.in. następujące działania:



Miasto Katowice

**1. Program szczepień profilaktycznych
przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego HPV
realizowany w mieście Katowice
2021-2027**

Autor programu: dr hab. n. med. Bogdan Michalski

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)

Katowice 2020

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Światowa Organizacja Zdrowia, w kwietniu 2009 roku opublikowała oficjalnie stanowisko uznając raka szyjki macicy i inne choroby wywoływane przez wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV – human papilloma virus) za problem zdrowia publicznego o zasięgu globalnym (1, 2, 3).

W maju 2018 roku Dyrektor Generalny WHO, dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, zaapelował do decydentów zdrowia publicznego na całym świecie o natychmiastowe wzmocnienie działania na rzecz zapobiegania zachorowaniom na raka szyjki macicy poprzez zwiększenie odsetka zaszczepionych przeciwko HPV (4).

Końcem stycznia 2019 roku Rada Wykonawcza WHO zwróciła się do Dyrektora Generalnego WHO o opracowanie, w porozumieniu z państwami członkowskimi oraz innymi zainteresowanymi stronami, globalnej strategii na lata 2020–2030 mającej na celu przyspieszenie eliminacji raka szyjki macicy (5, 6).

Dokument ten będzie przedmiotem dyskusji podczas 73 Światowego Zgromadzenia Zdrowia (World Health Assembly) w 2020 roku (7, 8).

Wyróżnia się ponad 150 typów wirusa HPV, które po dostaniu się do organizmu człowieka w większości nie wywołują od razu procesu nowotworowego. Jednakże zakażenie wirusami „wysokiego ryzyka”, wśród których najgroźniejsze są typy HPV 16, 18, 31, 33, 45, 52 i 58 może prowadzić do rozwoju raka szyjki macicy oraz innych nowotworów narządów moczowo-płciowych, głowy i szyi (9, 10).

Do zakażenia HPV dochodzi drogą płciową, najczęściej w początkowym okresie po rozpoczęciu aktywności seksualnej. W ciągu swojego życia 50-80% aktywnych seksualnie kobiet i mężczyzn było lub będzie zakażonych HPV.

Zakażenia HPV mogą prowadzić również do raka pochwy, sromu, prącia i odbytu, oraz głowy i szyi, w tym raka migdałków, języka, jamy ustnej, krtani, przełyku i oskrzela.

Obecnie uważa się, że wszystkie przypadki raka szyjki macicy są poprzedzone przewlekłą infekcją HPV (10).

W zależności od typu wirusa oraz lokalizacji zmian, zakażenia HPV mogą przebiegać pod postacią łagodnych zmian naskórka (brodawki, brodawczaki), łagodnych zmian nabłonka wielowarstwowego błon śluzowych (brodawki i brodawczaki narządów płciowych, kłykciny kończyste), przednowotworowych zmian okolic narządów płciowych (szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu) oraz nowotworowych zmian szyjki macicy i odbytu (11).

Do większości zakażeń genitalnymi typami HPV dochodzi w czasie pierwszych kontaktów seksualnych, również w wyniku transmisji wertykalnej (od matki do płodu) lub pielęgnacji dziecka przez osobę zakażoną (12).

Czynnikami zwiększającymi ryzyko zakażenia HPV są ryzykowne zachowania seksualne, w tym: wczesne rozpoczęcie współżycia seksualnego, duża liczba partnerów, niski poziom higieny

intymnej, a także czynniki dodatkowe, np. długotrwała antykoncepcja hormonalna oraz palenie tytoniu.

Okres wylęgania wynosi od 1 do 6 miesięcy. Okres zakaźności dotyczy czasu utrzymywania się zmian chorobowych.

Przewlekłe zakażenie wysoce onkogennymi typami HPV prowadzi do zmian śród nabłonkowych szyjki macicy SIL (*Squamous Intraepithelial Lesion*) i w konsekwencji rozwoju raka płaskonabłonkowego szyjki macicy. Trzy najczęściej występujące typy HPV16, HPV18 i HPV45 wysoce onkogenne są odpowiedzialne za 75% przypadków raka płaskonabłonkowego szyjki macicy, 90% przypadków raka gruczołowego szyjki macicy i większość przypadków zmian przednowotworowych w postaci zmian śród nabłonkowych małego – LSIL i dużego stopnia – HSIL. Typy HPV16 i HPV18 są odpowiedzialne za 80% przypadków raka płaskonabłonkowego sromu i pochwy oraz ponad 90% przypadków raka odbytu.

Światowa Organizacja Zdrowia uznała typy HPV16 i HPV18 za czynnik rakotwórczy dla człowieka (1).

Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy powinna być elementem edukacyjnego programu zdrowotnego prowadzonego od najmłodszych lat, ze szczególną troską o przekazanie młodym ludziom wiedzy na temat czynników ryzyka choroby, możliwości zapobiegania zakażeniu wirusem HPV poprzez szczepienia oraz konieczności wykonywania systematycznych badań cytologicznych do 65 roku życia.

Wprowadzenie wieloletniego programu edukacyjnego połączonego z wykonywaniem szczepień ochronnych przeciw HPV, w populacji dziewcząt i chłopców przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej, obniży w przyszłości nie tylko zachorowalność na raka szyjki macicy u kobiet, ale poprawi zdrowie i jakość życia całej populacji kobiet i mężczyzn (13, 14, 15, 16).

Obecnie zarejestrowane i dopuszczone do obrotu są trzy rodzaje szczepionek: dwuwalentna przeciwko zakażeniom HPV16 i 18, czterowalentna przeciwko zakażeniom HPV6, 11, 16, 18 oraz dziewięciowalentna przeciw HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58. Szczepionka może być stosowana jako ochrona przed zmianami przednowotworowymi i rakiem szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu oraz brodawkami narządów płciowych kończystych związanych przyczynowo z określonymi typami HPV.

Szczepionki przeciw HPV są preparatami oczyszczonych, wirusopodobnych cząstek VLP składających się z głównego białka kapsydu L1 wybranych typów wirusa. Białka wchodzące w skład szczepionek otrzymano drogą rekombinacji genetycznej. Szczepionki są bardzo bezpieczne, ponieważ nie zawierają materiału genetycznego wirusów i nie odnotowano, do tej pory, żadnego poważnego powikłania poszczepiennego (17, 18). Szczepionki przeciw HPV są przeznaczone do stosowania u dziewcząt i młodych kobiet oraz chłopców i młodych mężczyzn w profilaktyce zmian przednowotworowych narządów płciowych, oraz nowotworów związanych przyczynowo z wybranymi typami wirusa HPV.

I.2. Dane epidemiologiczne

Niemal każda aktywna seksualnie osoba zostanie zakażona wirusem HPV w ciągu swojego życia. Szacowana liczba kobiet i mężczyzn zakażonych HPV na całym świecie wynosi 660 mln.

Rak szyjki macicy stanowi czwartą w kolejności przyczynę zgonów wśród kobiet wywołanych chorobami nowotworowymi na Świecie.

Każdego roku wirus HPV na całym świecie powoduje ok. 600 000 nowych przypadków raka szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytu. Z powodu raka szyjki macicy w każdym roku na świecie umiera 260 000 kobiet. W Europie w 2012 r. odnotowano 58 000 przypadków raka szyjki macicy (19, 20).

W krajach, gdzie stosowane są powszechne szczepienia przeciw HPV, liczba przypadków raka szyjki macicy zmalała o połowę (13).

Rak szyjki macicy to trzeci po raku trzonu macicy i jajnika nowotwór atakujący narządy rodne kobiet. Wskaźniki epidemiologiczne różnią się w zależności od wieku pacjentek. W populacji młodych kobiet (od 20 do 44 roku życia) rak szyjki macicy odpowiada za 8% zachorowań oraz 11% zgonów nowotworowych.

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2016 r. zarejestrowano 2622 zachorowania na raka szyjki macicy (21). Jak wskazuje standaryzowany współczynnik zachorowalności standardowej populacji Europy z 2013 roku (ESP-2013) – 13,0/100 tys. kobiet, rak szyjki macicy jest ósmym najczęściej występującym nowotworem u kobiet (21). Największą liczbę zachorowań - 460 kobiet zanotowano w grupie wiekowej 60 - 64 lata. W grupie kobiet w wieku od 20 do 40 roku życia zarejestrowano aż 268 nowych przypadków. Z powodu tego nowotworu, w tym samym roku zmarło 1570 kobiet; współczynnik standaryzowany ESP-2013 – 7,8 zgonów/ 100 tys. kobiet (21).

W woj. śląskim w roku 2016 zachorowało 318 kobiet, współczynnik standaryzowany ESP-2013 wyniósł 10,6/100 tys. kobiet (22). W tym samym roku w Katowicach zachorowało na raka szyjki macicy około 30 kobiet a współczynnik standaryzowany ESP-2013 wyniósł 19,7/100 tys. kobiet (22). Co roku około 15 kobiet umiera z powodu tego nowotworu, a współczynnik standaryzowany ESP-2013 wyniósł 8,0/100 tys. kobiet (22).

I.3. Opis obecnego postępowania

FDA (*Food and Drug Administration of the United States department of Health and Human Services* – urząd ds. żywności i leków w departamencie zdrowia i świadczeń społecznych Stanów Zjednoczonych) 10 grudnia 2014 roku a w UE w czerwcu 2015 r. zarejestrował szczepionkę dziewięciowalentną (23, 24). W składzie szczepionki uwzględniono HPV typu 6, 11, 16 i 18, tak jak w składzie szczepionki 4-walentnej, oraz 5 dodatkowych typów HPV 31, 33, 45, 52 i 58. ACIP (*Advisory Committee on Immunization Practices* – amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych) przeanalizował wyniki badania z randomizacją obejmującego około 14 000 kobiet w wieku 16–26 lat, w którym wykazano co najmniej taką samą dobrą immunogenność

w odniesieniu do typów wspólnych dla szczepionki cztero i dziewięciowalentnej oraz dużą skuteczność w odniesieniu do 5 dodatkowych typów. W ramach programu badań klinicznych nad nową szczepionką porównano odpowiedź immunologiczną w różnych grupach wiekowych, u kobiet i mężczyzn, oraz po jednoczesnym podaniu innych szczepionek. Dane dotyczące szczepionki dziewięciowalentnej oceniono zgodnie z systemem GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation* -), przypisując im typ 2 (umiarkowana jakość danych) w przypadku kobiet i typ 3 (niska jakość danych) w przypadku mężczyzn. Zalecenia przydzielono do kategorii A (dla wszystkich osób z grupy wiekowej lub z grupy ryzyka (25, 26).

Wśród nowych zaleceń zawarto rekomendacje do szczepienia dziewcząt i kobiet po 26 roku życia, które nie były wcześniej szczepione lub nie ukończyły 3-dawkowego schematu szczepień. Szczepionkę 9-walentną można stosować w rutynowych szczepieniach chłopców w wieku 11 – 12 lat, a także chłopców i mężczyzn do ukończenia 21 roku życia, którzy nie byli wcześniej szczepieni. ACIP zaleca szczepienia 4-walentną i 9-walentną szczepionką nie szczepionych wcześniej mężczyzn utrzymujących kontakty homoseksualne oraz osoby z niedoborami odpornościowymi w tym zakażonych HIV (27, 28).

W lutym 2015 roku ACIP zalecił, aby w ramach rutynowych szczepień przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka stosować szczepionkę 9-walentną. Rutynowe szczepienie przeciwko HPV zaleca się dziewczynkom i chłopcom w wieku 11–12 lat. ACIP zaleca także szczepienie nieszczepionych wcześniej dziewcząt i kobiet oraz chłopców i mężczyzn w wieku po 14 roku życia (29, 30).

W badaniu III fazy porównującym szczepionkę 4- i 9-walentną w grupie około 14 000 kobiet w wieku 16–26 lat skuteczność 9-walentnej szczepionki w zapobieganiu HSIL, szyjki, sromu i pochwy wywołanym przez HPV typu 31, 33, 45, 52 lub 58 wyniosła 96,7% (24, 31). Skuteczność w zapobieganiu HSIL związanym z HPV typu 31, 33, 45, 52 lub 58 wyniosła 96,3%, a w zapobieganiu przewlekłemu zakażeniu utrzymującemu się przez 6 miesięcy – 96% (31). W grupie szczepionych szczepionką 9-walentną stwierdzono podobną lub większą średnią wartość miana przeciwciał (GMT) przeciwko typom 6, 11, 16 i 18 miesiąc po podaniu trzeciej dawki. Ponad 99% zaszczepionych osób wytworzyło przeciwciała przeciwko wszystkim 9 typom HPV uwzględnionym w szczepionce (33).

W porównaniu ze szczepieniem dziewcząt i chłopców szczepionką 4-walentną, szczepienie 9-walentna obu płci przyniosło oszczędności – takie wnioski wyciągnięto z oceny efektywności kosztowej na podstawie modelu, który zakładał, że 1 dawka szczepionki 9-walentnej jest droższa o 13 dolarów od 1 dawki szczepionki 4-walentnej (32). Wskaźniki efektywności kosztowej dla szczepionki 9-walentnej były korzystne w porównaniu z 4-walentną i przynosiła oszczędności w większości scenariuszy, a w żadnym przypadku koszt zyskanego roku życia skorygowanego o jego jakość nie przekroczył 25 000 dolarów, gdy zmieniano założenia dotyczące naturalnego przebiegu zakażenia HPV, badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy, wskaźników wyszczepialności, czasu utrzymywania się odporności poszczepiennej i kosztów opieki zdrowotnej, jednak wskaźniki te istotnie zależały od przyjętej ceny szczepionki 9-walentnej (32).

Z dodatkowej ochrony zapewnianej przez tą szczepionkę skorzystają głównie kobiety, ponieważ 5 dodatkowych typów uwzględnionych w HPV-9 częściej wywołuje zachorowania na nowotwór związany z zakażeniem HPV u kobiet niż u mężczyzn, a także powodują one zmiany przedrakowe szyjki macicy.

Aktualnie program profilaktyki raka szyjki macicy jest prowadzony w ramach „Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024” na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869 ze zm.).

Programem profilaktyki objęte zostały Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu 3 ostatnich lat nie miały wykonanego wymazu cytologicznego w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne w naszym kraju jest niska i jak podaje MZ oscyluje na poziomie 40%, co jest zdecydowanie poniżej progu programu populacyjnego, który ma na celu zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu raka szyjki macicy.

Z danych Oddziału Śląskiego NFZ wynika, że zgłaszalność na badania cytologiczne, w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy u kobiet w wieku 25-59 lat w Katowicach, wyniosła tylko 22,91% (33).

W Polsce nie są prowadzone systematyczne badania analizujące jakość życia kobiet dotkniętych rakiem szyjki macicy. Dostępne są jedynie dane o charakterze epidemiologicznym, które wskazują, że w 2016 roku 536 zgonów, jedna trzecia wszystkich zgonów, dotknęły kobiety w wieku pełnej aktywności zawodowej, życiowej, oraz niezrealizowanych planów na przyszłość (21).

W perspektywie indywidualnego doświadczenia choroba nowotworowa powoduje ból oraz lęk, który wynika z zagrożenia życia, dodatkowo podsycany negatywnymi wyobrażeniami i społecznymi „metaforami” raka. Rak jest przede wszystkim „zabójcą”.

Badania prowadzone przez psychologów potwierdzają występowanie zespołu przewlekłego zmęczenia oraz depresji u ponad 80% u kobiet w trakcie i po leczeniu.

Źródłem wtórnych cierpień jest samo leczenie (chirurgia, radioterapia, chemioterapia), a także stresujące pobyty w szpitalach i obawa o los najbliższych, szczególnie dzieci pozbawionych opieki. Indywidualna reakcja na chorobę może się oczywiście różnić, zależy od szeregu czynników, takich jak cykl życia kobiety, prognoza co do dalszego rozwoju choroby, powodowane nią zaburzenia w strukturze rodziny, wiedza o raku i możliwościach jego leczenia, dotychczasowe doświadczenia kontaktów z medycyną i wielu innych. Zawsze jednak stanowi źródło cierpień fizycznych i negatywnych emocji.

Niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne i statystyczne, oraz bardzo niska zgłaszalność na badania cytologiczne w populacyjnym programie skryningowym raka szyjki macicy wymagają zintegrowania działań edukacyjnych oraz natychmiastowego narodowego programu profilaktyki pierwotnej.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Rutynowe szczepienia nastolatków przeciwko infekcji HPV jest ważną częścią skutecznej profilaktyki raka szyjki macicy rekomendowaną m. in. przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV, Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, a także Światową Organizację Zdrowia.

Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV, które przygotowało rekomendacje przy udziale innych towarzystw (m.in.: Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej i Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej) zaleca szczepienia w wieku od 9 do 26 roku życia.

II.1. Cel główny

Zwiększenie odporności osobniczej na zakażenia wirusem HPV oraz zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom spowodowanym infekcją HPV w populacji chłopców i dziewcząt w wieku 14 lat, a tym samym poprawa stanu zdrowia mieszkańców miasta Katowice zgodnie z zaleceniami Ministerstwa Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych.

II.2. Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie liczby szczepionych dziewcząt i chłopców w latach 2021-2027 w mieście Katowice powyżej 70% populacji 14-latków.
- 2) Wzrost akceptowalności szczepień przeciwko infekcji HPV wśród rodziców i opiekunów prawnych dzieci zakwalifikowanych do szczepienia.
- 3) Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości rodziców oraz młodzieży szkolnej w wieku 14 lat w zakresie zachowań ryzykownych oraz chorób przenoszonych drogą płciową, w tym zakażeń HPV.
- 4) Popularyzowanie wśród rodziców i młodzieży zdrowego stylu życia oraz nawyku systematycznego wykonywania zalecanych badań profilaktycznych nie tylko nowotworowych, ale także cywilizacyjnych.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) liczba chłopców i dziewcząt w populacji określonej w programie w danym roku kalendarzowym,
- 2) liczba odbiorców edukacji zdrowotnej w tym:
 - rodziców i opiekunów prawnych,
 - chłopców w wieku 14 lat,
 - dziewcząt w wieku 14 lat;

- 3) liczba chłopców i dziewcząt objętych programem szczepień:
 - liczba chłopców i dziewcząt, które otrzymały 1 dawkę szczepionki,
 - liczba chłopców i dziewcząt, które otrzymały 2 dawki szczepionki,
 - liczba chłopców i dziewcząt, które otrzymały 3 dawki szczepionki;
- 4) liczba chłopców i dziewcząt, które nie zaszczepiono z powodu przeciwwskazań zdrowotnych;
- 5) ocena poziomu wiedzy uczniów dotyczącej chorób przenoszonych drogą płciową.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Program jest realizowany corocznie począwszy od 2014 r. i obejmuje populację dziewczynek w wieku 14 lat oraz ich rodziców i opiekunów prawnych. Od 2021 roku planowane jest włączenie do szczepień chłopców, a program będzie obejmował populację:

- 1) około **2759** uczniów w wieku 14 lat oraz ich rodziców – uczestniczyć będzie w zajęciach edukacji zdrowotnej, realizowanych w placówkach oświatowych, zgodnie z opracowanym scenariuszem zajęć,
- 2) około **1375** dziewcząt oraz **1384** chłopców w wieku 14 lat (urodzonych w 2007 r., klasy VII szkół podstawowych w roku szkolnym 2020/2021) – objętych zostanie szczepieniami ochronnymi przeciwko wirusowi HPV. Szczepienia wykonane będą zgodnie z obowiązującą procedurą (badania lekarskie, podanie 3 dawek szczepionki).

W następnych latach realizacji Programem zostaną objęte kolejne roczniki dzieci 14-letnich oraz ich rodzice.

ROK REALIZACJI	POPULACJA DOCELOWA		SZACOWANE OBJĘCIE	SZACOWANA LICZBA UCZESTNIKÓW
	DZIEWCZĘTA	CHŁOPCY		
2021	1375	1384	68%	1876
2022	1508	1501	70%	2164
2023	478	520	75%	748
2024	960	995	75%	1466
2025	963	1084	75%	1535
2026	1057	1127	75%	1638

Brak danych dla roku 2027: przyjmuje się, że będzie na podobnym poziomie do lat wcześniejszych.

Prowadząc program w latach 2014-2019 uzyskano udział w szczepieniach na poziomie od 60,8% do 69,8% w 2019 roku.

Rok	Populacja dziewcząt	Udział w szczepieniach
2014	990	620 (62,6%)
2015	1005	686 (68,3%)
2016	1000	651 (65,1%)
2017	1006	612 (60,8%)
2018	996	645 (64,8%)
2019	913	637 (69,8%)

Daje to podstawy do zwiększonego wysiłku edukacyjnego i osiągnięcie poziomu wyszczepialności populacji nastolatków na poziomie 75%.

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Katowice kierowany jest do dziewczynek i chłopców w wieku 14 lat. Uczęszczających do szkół podstawowych na terenie miasta – powiatu Katowice.

Dzieci, które dotychczas wykonały pełny cykl szczepień zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych (o ile nie występowały przeciwskazania medyczne do wykonania szczepień).

Zaszczepione zostaną dzieci posiadające świadomą zgodę rodzica do wykonania szczepienia przeciwko HPV po przejściu pozytywnej kwalifikacji lekarskiej.

III.3. Planowane interwencje

W ramach realizacji programu profilaktyki zdrowotnej głównymi planowanymi interwencjami będą kampania edukacyjna oraz szczepienie ochronne przeciwko infekcji HPV w grupie dziewcząt i chłopców w wieku 14 lat szczepionką 9-walentną.

Podstawową interwencją, poza wykonaniem szczepienia jest przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej problematyki HPV wśród rodziców/opiekunów prawnych dziewcząt i chłopców objętych programem oraz wśród młodzieży objętej programem, oraz podkreślenie potrzeby wykonywania badań cytologicznych przez zaszczepione dziewczęta w życiu dorosłym.

We wszystkich szkołach podstawowych działających na terenie miasta - powiatu Katowice zostaną zorganizowane spotkania z lekarzem ginekologiem lub przeszkoloną położną lub pielęgniarką, gdzie zebrani rodzice, opiekunowie prawni i młodzież zostanie zapoznani z zasadami przeciwdziałania zakażeniom wirusem HPV oraz zasadami udziału w programie.

Szczepienia zostaną wykonane zgodnie z obowiązującą dla szczepionki 9-walentnej procedurą tj. podanie 2 dawek w schemacie 0-6 miesięcy do ukończenia 14 roku życia.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia udzielane będą przez podmioty lecznicze wyłonione w drodze otwartego konkursu ofert zgodnie z art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

Szczepienia będą wykonane zgodnie z obowiązującymi standardami wykonania szczepienia medycznego.

Cykl szczepienia obejmuje:

- 1) badanie lekarskie przed podaniem każdej dawki,
- 2) podanie szczepionki zgodnie ze schematem szczepienia,
- 3) wypełnienie dokumentacji szczepienia,
- 4) postępowanie z odpadami medycznymi zgodnie ze standardami,
- 5) edukacja w przypadku wystąpienia odczynu poszczepiennego.

Dziewczęta i chłopcy zakwalifikowani do programu szczepienia przeciwko infekcji HPV po badaniu lekarskim i świadomej zgodzie rodzica zostaną zaszczepieni bardzo bezpieczną szczepionką 9-walentną posiadającą rekomendację Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (CHMP), działającej przy Europejskiej Agencji ds. leków. Szczepionka jest zarejestrowana i dopuszczona do obrotu w Polsce. Podobnie jak w przypadku wszystkich nowych szczepionek Światowy Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień (GACVS) oceniło bezpieczeństwo szczepionki przeciwko HPV od jej pierwszego dopuszczenia do obrotu w 2006 roku (34). Na jej podstawie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaleca wprowadzenie szczepionki do krajowych programów szczepień (34).

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w programie szczepienia przeciwko HPV jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

Po zakończeniu szczepienia przyjmujący szczepienia nie wymaga żadnych interwencji medycznych i może opuścić podmiot leczniczy. Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu zatwierdzonego schematu szczepienia przeciwko HPV.

Dopuszcza się możliwość dokończenia cyklu szczepień p/HPV w następnym roku budżetowym, w sytuacji, gdy z przyczyn zdrowotnych, np. wystąpienia czasowych przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji szczepień nie było to możliwe w danym roku budżetowym.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.).

Zostanie również przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna na stronie Urzędu Miasta Katowice oraz jednostek podległych. Informacje o programie przekazywane będą do lokalnych i regionalnych mediów (radio, prasa, telewizja, media elektroniczne, publikacje miejskie). Bezpośrednie spotkania z dyrektorami szkół, nauczycielami oraz rodzicami najczęściej w trakcie „wywiadówek”.

Etapy „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Katowice” będą następujące:

1) Przeprowadzenie spotkań informacyjno-edukacyjnych dotyczących problematyki HPV wśród rodziców/opiekunów prawnych i nauczycieli dziewcząt objętych programem na terenie katowickich szkół podstawowych. Spotkania będą realizowane w każdej z katowickich szkół, czas trwania spotkania – 45 minut.

2) Uzyskanie pisemnych, imiennych oświadczeń rodziców/opiekunów prawnych o wyrażeniu zgody na objęcie dziewcząt i chłopców Programem.

3) Przeprowadzenie zajęć z zakresu edukacji zdrowotnej skierowanej na zapobieganie rakowi szyjki macicy wśród dziewcząt i chłopców w wieku 14-stu lat objętych Programem oraz podkreślenie potrzeby wykonywania badań cytologicznych przez zaszczepione dziewczęta w życiu dorosłym. Zajęcia zostaną przeprowadzone w grupach liczących do 25 osób, czas trwania – 45 minut.

4) Zakup szczepionki dziewięciowalentnej przeciwko wirusowi HPV, spełniającej wszystkie wymogi i normy przewidziane prawem,

5) Organizacja i przeprowadzenie cyklu szczepień ochronnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), obejmującego podanie szczepionki w liczbie dawek i odstępach zgodnych z zaleceniami producenta, wśród dziewcząt i chłopców w wieku 14 lat,

6) Wykonanie badania lekarskiego kwalifikującego do objęcia dziewcząt i chłopców szczepieniami p/HPV bezpośrednio przed podaniem każdej dawki szczepionki – przeprowadzenie badania lekarskiego lekarz dokumentuje na stosownym zaświadczeniu z podaniem daty i godziny jego przeprowadzenia.

7) Warunkiem objęcia dziewcząt i chłopców szczepieniami p/HPV będzie uzyskanie pisemnej zgody rodzica/opiekuna prawnego na wykonanie szczepień;

8) Badania kwalifikujące do szczepień oraz szczepienia ochronne będą realizowane w gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej katowickich szkół podstawowych oraz w podmiotach realizujących Program w przypadku nieobecności dziecka w szkole w dniu realizacji badań lekarskich i szczepień.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizatorami Programu szczepień profilaktycznych przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego HPV będą podmioty wykonujące działalność leczniczą w mieście Katowice, spełniający następujące warunki:

- 1) Realizator zapewni fachowy personel medyczny dla potrzeb Programu:
 - co najmniej jeden lekarz wykonujący badania kwalifikujące do szczepień p/wirusowi brodawczaka ludzkiego,
 - co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca kwalifikacje do wykonywania szczepień - potwierdzone zaświadczeniem o odbyciu kursu szczepień lub posiadająca specjalizację w dziedzinie w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej,
 - personel do przeprowadzania spotkań informacyjno-edukacyjnych dla młodzieży, rodziców i nauczycieli – spotkania mogą zostać przeprowadzone przez lekarza lub przeszkoloną pielęgniarkę lub położną lub osobę posiadającą wykształcenie z zakresu zdrowia publicznego,
 - personel do obsługi organizacyjnej programu, odpowiedzialny za prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej i statystycznej,
- 2) Posiadanie w strukturze podmiotu punktu szczepień ochronnych, potwierdzone kopią stosownej zgody na realizację Programu Szczepień Ochronnych – wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- 3) Zapewnienie jednorazowego sprzętu medycznego do wykonania szczepień zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
- 4) Gabinet lekarski spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.
- 5) Prowadzenie rejestru uczestników programu i dokumentacji medycznej związanej z realizacją Programu - osoby przeprowadzające szczepienia mają obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepienia, w tym:
 - wydają osobie poddanej szczepieniu zaświadczenie o wykonaniu zalecanego szczepienia ochronnego,
 - sporządzają roczne sprawozdanie z przeprowadzonych szczepień ochronnych, które przekazują Państwowemu Powiatowemu Inspektorowi Sanitarnemu w Katowicach.
- 6) Zespół „wyjazdowy” realizujący program szczepień na terenie szkolnych gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej powinien posiadać następujące wyposażenie:
 - mydło w płynie, ręczniki jednorazowego użytku (do procedury higienicznego mycia rąk), środki ochrony osobistej dla personelu medycznego,
 - środki dezynfekcyjne: do skóry (przed szczepieniem), do powierzchni roboczych, do rąk, zestaw p/wstrząsowy i resuscytacyjny,

- pojemnik do przechowywania preparatów szczepionkowych w temperaturze zgodnej z zaleceniami producenta, w celu zapewnienie „łańcucha chłodniczego”, termometr do kontroli temperatury w pojemniku (np. termotorba z wkładami chłodzącymi i termometrem),
- pojemnik lub pojemniki na odpady medyczne spełniające wymogi przepisów,
- odpady medyczne powstałe w wyniku udzielonych świadczeń powinny zostać usunięte przez osoby udzielające tych świadczeń i bezzwłocznie przekazane do magazynu odpadów medycznych z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie odbywało się na bieżąco na podstawie:

- 1) zgłaszalności do szczepień liczbie chłopców i dziewcząt w populacji określonej w programie w danym roku kalendarzowym,
- 2) liczba odbiorców edukacji zdrowotnej,
- 3) liczba chłopców i dziewcząt objętych programem szczepień:
 - liczba chłopców i dziewcząt, które otrzymały 1 dawkę szczepionki,
 - liczba chłopców i dziewcząt, które otrzymały 2 dawki szczepionki,
 - liczba chłopców i dziewcząt, które otrzymały 3 dawki szczepionki.
- 4) liczba chłopców i dziewcząt, które nie zaszczepiono z powodu przeciwwskazań zdrowotnych,
- 5) ocena poziomu wiedzy uczniów dotyczącej chorób przenoszonych drogą płciową.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu stanu w porównaniu do wyników prowadzonego aktualnie programu szczepień przeciwko HPV z wykorzystaniem prezentowanych mierników efektywności, takich jak liczba zaszczepionych dziewcząt i chłopców w programie, zgłaszalności do szczepienia osób z poza programu poziomu świadomości młodzieży i rodziców na podstawie testów przeprowadzonych w trakcie i po zakończeniu programu polityki zdrowotnej.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

W ramach oferty otrzymanej przez miasto Katowice w 2020 roku koszt jednostkowy szczepienia jedną dawką szczepionki 9-walentnej wraz z badaniem kwalifikującym i kosztami zabezpieczenia odpadów wynosił 405,04 zł (łącznie koszt dwóch dawek to 810,08 zł). W ramach tej kwoty wliczono również objęcie uczniów i ich rodziców etapem edukacyjnym programu.

VI.2. Koszty całkowite

Planowany koszt szczepień w kolejnych latach realizacji programu:

ROK	POPULACJA DOCELOWA		SZACOWANE OBJĘCIE	OSTATECZNA LICZBA UCZESTNIKÓW	SZACOWANY KOSZT CAŁKOWITY (zł)
	DZIEWCZĘTA	CHŁOPCY			
2021	1375	1384	68%	1876	1 519 710,08
2022	1508	1501	70%	2106	1 706 028,50
2023	478	520	75%	748	605 939,84
2024	960	995	75%	1466	1 187 577,28
2025	963	1084	75%	1535	1 243 472,80
2026	1057	1127	75%	1638	1 326 911,04
2027	993	1069	75%	1547	1 253 193,76

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację “Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027”.

VII. Bibliografia

- 1) Human Papillomavirus vaccines WHO Position Paper. Wkly Epidemiol Rec 2009; 84: 118 – 132.
- 2) WHO position on HPV vaccines. Vaccine 2009; 27: 7236 – 7237.
- 3) Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017–Recommendations. Vaccine 2017; 43: 5753 – 5755.
- 4) WHO wzywa do szczepień przeciwko HPV. (<https://www.mp.pl/szczepienia/aktualnosci/203762,who-wzywa-do-szczepien-przeciwko-hpv>)
- 5) Canfell C. Towards the global elimination of cervical cancer. Papillomavirus Res 2019; 8: 100170.
- 6) World Health Organization, Accelerating the Elimination of Cervical Cancer as a Global Public Health Problem. Draft Decision Proposed by Australia, Brazil, Canada, Colombia, Ecuador, India, Kenya, Monaco, Mozambique, New Zealand, Peru,
- 7) Republic of Korea, South Africa, Sri Lanka, Ukraine, United States of America, Uruguay and the European Union and its Member States, [Internet] World Health Organization, Geneva, 2019 [cited 2019 18 March]. Available from: (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_CONF1-en.pdf).

- 8) International Papillomavirus Society (IPVS), IPVS Statement: Moving towards Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem, [Internet] International Papillomavirus Society (IPVS), Geneva, 2018 [cited 2019 18 March]. Available from: <https://ipvsoc.org/wp-content/uploads/2018/02/IPVs-statement-on-elimination.pdf>.
- 9) Simms K, Steinberg J, Caruana M, Smith MA, Lew JB, Soerjomataram I, Castle PE, Bray F, DPhil K. Impact of scaled up human papillomavirus vaccination and cervical screening and the potential for global elimination of cervical cancer in 181 countries, 2020–99: a modelling study. *Lancet Oncol* 2019; 20: 394 – 407.
- 10) Moscicki AB, Schiffman M, Burchell A, Albero G, Giuliano AR, Goodman MT, Kjare SK, Palefsky J. Updating the natural history of human papillomavirus and anogenital cancers. *Vaccine* 2012; 30(5): F24 – F33.
- 11) Cohen PA, Jhingran A, Oaknin A, Denny L. Cervical cancer. *Lancet oncol* 2019; 39(3): 169 – 182.
- 12) Gross GE, Barrasso R (eds.): *Human Papilloma Virus. A clinical atlas*. Ullstein Mosby, Berlin, Wiesbaden 1997.
- 13) Majewski S, Sikorski M. Szczepienia przeciwko HPV. Profilaktyka raka szyjki macicy i innych zmian związanych z zakażeniami HPV (eds.) Czelej Sp. z o. o., Lulin 2006.
- 14) Hall MT, Simms KT, Lew JB, Smith MA, Brotherton JML, Saville M, Frazer IH, Canfell K. The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health* 2019; 4: e19 – e27.
- 15) Brotherton JM, Winch KL, Chappell G, Banks C, Meijer D, Ennis S, Peterson K, Webby R, Whop LJ. HPV vaccination [coverage and course completion rates for Indigenous Australian adolescents, 2015](#). *Med J Aust* 2019; 211:31 – 36.
- 16) Mammas IN, Dalianis T, Doukas SG, Zaravinos A, Achtsidis V, Thiagarajan P, Theodoridou M, Spandidos DA. Pediatric virology and human papillomaviruses: an update. *Exp Ther Med* 2019; 17: 4337 – 4343.
- 17) Zeng Y, Moscicki AB, Sahasrabudhe VV, Garcia F, Woo H, Hsu CH, Szabo E, Dimond E, Vanzini S, Mondragon A, Butler V, DeRose H, Chow HS. A prospective, single-arm, open-label, non-randomized, phase IIa trial of a nonavalent prophylactic HPV vaccine to assess immunogenicity of a prime and deferred-booster dosing schedule among 9-11 year-old girls and boys - clinical protocol. *BMC Cancer* 2019; 19: 290.
- 18) Basua P, Muwongea R, Bhatlab N, Nenec BM, Joshid S, Esmye PO, Polif URR, Joshig G, Vermah Y, Zomawiai E, Shastrij SS, Pimplek S, Anantharamanl D, Prabhul PR, Hingmirec S, Sauvagea C, Lucasa E, Pawlitam M, Gheitn T, Jayantc K, Malvic SG, Siddiqio M, Michelm A, Buttm J, Sankaranl S, Kannanl TPRA, Varghesel R, Divated U, Willhauck-Fleckensteinm M, Waterboerm T, Müllerm M, Sehrp P, Vashistb S, Mishrak G, Jadhavd R, Thoratc R, Tommasinon M, M. MR, Sankaranarayananq R. Two-dose recommendation for Human Papillomavirus vaccine can be extended up to 18 years – updated evidence from Indian follow-up cohort study. *Papillomavirus Res* 2019; 7: 75 – 81.

- 19) World Health Organization. Information sheet. Observed rate of vaccine reactions human papilloma virus vaccine. December 2017: 1 – 13. http://www.who.int/vaccine_safety/vaccrates/en/index.html.
- 20) Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; 136: E359 – E386.
- 21) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *Ca - Cancer J. Clin.* 2018; 68: 394 – 424.
- 22) Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku. Red. Wojciechowska U, Czaderny K, Ciuba A, Olasek P, Didkowska J. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018.
- 23) Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2016 roku. Red. Motnyk M, Czajkowska E, Garmulewicz E, Polak M, Włodarczyk-Marciniec B. Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach 2018.
- 24) Food and Drug Administration. Highlights of prescribing information. Gardasil 9 (human papillomavirus 9-valent vaccine, recombinant). Silver Spring, MD: US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration; 2014. (www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM426457.pdf)
- 25) Food and Drug Administration. December 10, 2014 Approval letter – GARDASIL 9. Silver Spring, MD: US Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration; 2014. (www.fda.gov/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/ucm426520.htm)
- 26) Ahmed F, Temte JL, Campos-Outcalt D, Schünemann HJ. ACIP Evidence Based Recommendations Work Group (EBRWG): Methods for developing evidence-based recommendations by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) of the U. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Vaccine* 2011; 29: 9171 – 9176.
- 27) CDC. GRADE evidence tables – recommendations in MMWR. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2015. (www.cdc.gov/vaccines/acip/recs/grade/table-refs.html)
- 28) Meites E, Kempe A, Markowitz LE. Use of a 2-dose schedule for human papillomavirus vaccination – updated recommendations of the the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 2016; 65:1405 – 1408.
- 29) Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Chesson HW, Curtis CR, Gee J, Bocchini JA, Unger ER. Human papillomaviruses vaccination: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR* 2014; 63: 1 – 30.
- 30) Markowitz LE, Drolet M, Perez N, Jit M, Brisson M. Human papillomavirus vaccine effectiveness by number of doses: systemic review of data from national immunization program. *Vaccine* 2018; 36: 4806 – 4815.

- 31) Petrosky E, Bocchini JA, Hariri S, Chesson H, Curtis CR, Saraiya M, et al. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated recommendations of the the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 2015; 64; 300 – 304.
- 32) Joura EA, Giuliano AR, Iversen OE, Bouchard C, Constance M, Mehlsen J, Moreira ED, Ngan Y, Petersen LK, Lazcano-Ponce E, Pitisuttithum P, Restrepo JA, Stuart G, Woelber L, Yang YC, Cuzick J, Garland SM, Huh W, Kjaer SK, Bautista OM, Ivan S.F. Chan, Joshua Chen, Gesser R, Moeller E, Ritter M, Vuocolo S, Alain Luxembourg A. Broad Spectrum HPV Vaccine Study: A 9-valent HPV vaccine against infection and intraepithelial neoplasia in women. N Engl J Med 2015; 372: 711 – 723.
- 33) Brisson M. Cost-effectiveness of 9-valent HPV vaccination. Presentation before the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), October 30, 2014. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2014. (www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/min-archive/min-2014-10.pdf)
- 34) <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/programy-profilaktyczne/dane-o-realizacji-programow/>
- 35) World Health Organization. Human papillomavirus vaccines. WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec 2009; 84: 118 – 131.

.....
Pieczęć szkoły

**Sprawozdanie z realizacji spotkań informacyjno-edukacyjnych
nt. „Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”
w VII klasach szkół podstawowych w roku szkolnym/.....**

Szanowna Pani/Szanowny Panie

Uprzejmie proszę o informację zwrotną dotyczącą zajęć edukacyjnych w VII klasach podstawowych nt. „Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)” oraz wyrażenie swoich opinii na temat scenariusza lekcji i środków dydaktycznych.

1. Nazwa i adres szkoły lub pieczęć szkoły:

.....

2. Imię i nazwisko nauczyciela/nauczycieli realizującego/realizujących zajęcia, stanowisko:

.....

3. Liczba klas VII w szkole podstawowej:

.....

4. Ogólna liczba uczniów w klasach VII:

.....

5. Liczba klas w których odbyły się zajęcia:

.....

6. Liczba uczniów uczestniczących w zajęciach edukacyjnych nt. „Profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)”:

.....

7. Zajęcia edukacyjne dotyczące zapobiegania rakowi szyjki macicy zostały przeprowadzone:

- na godzinie wychowawczej
- w ramach godzin do dyspozycji dyrektora
- na lekcji wychowanie do życia w rodzinie
- na innej lekcji, proszę wymienić jakiej:

.....

8. Czy zajęcia były prowadzone zgodnie ze scenariuszem?

- Tak
- Nie

9. Jeżeli były wprowadzone zmiany do scenariusza zajęć, proszę je krótko opisać:

.....

10. Czy w trakcie w realizacji zajęć wg wskazanego scenariusza wystąpiły jakieś trudności?

- Tak, proszę określić czego dotyczyły

.....

Nie

11. Czy młodzież była aktywna i zainteresowana tematem lekcji?

Tak, jakie najczęściej zadawała pytania?:

.....

Nie

12. Czy przygotowane treści zajęć edukacyjnych były dostosowane do wieku uczniów?

Tak

Nie, prosimy wymienić które:

.....

13. Czy cele zajęć edukacyjnych Pani/Pana zdaniem zostały osiągnięte?

Tak

Nie, które cele nie zostały osiągnięte:

.....

14. Inne uwagi temat scenariusza lekcji i przygotowanych środków dydaktycznych:

.....

15. Wnioski:

.....

.....

Data, pieczętka i podpis Dyrektora Szkoły

Sprawozdanie prosimy przekazać:

(adres i dane teleadresowe)

w terminie do dnia (data)

Dziękujemy za przekazane informacje

-WZÓR-



Miasto Katowice

2. Program profilaktyki zachorowań na grypę „Słoneczna Jesień” 2021-2027

Autor programu: mgr Jolanta Kolanko, Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Katowicach

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.)

Katowice 2020

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenie programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Grypa to zespół objawów klinicznych powiązany z ostrym zakażeniem układu oddechowego, wywołany przez wirusa grypy.

Do zakażeń dochodzić może poprzez kontakt ze skażoną powierzchnią lub drogą kropelkową. Okres wylęgania wynosi 1–4 dni.

Objawy występują nagle i obejmują gorączkę $>38^{\circ}\text{C}$, bóle mięśniowe, bóle głowy, dreszcze, osłabienie, ból gardła i katar. U dzieci oraz osób starszych powyższym objawom mogą towarzyszyć wymioty, nudności oraz biegunka.

Ze względu na podobne objawy kliniczne towarzyszące innym infekcjom wirusowym układu oddechowego, należy wykonać badania laboratoryjne potwierdzające zakażenie.

Przebieg choroby uzależniony jest od wieku pacjenta i jego ogólnego stanu zdrowia. Do grupy osób szczególnie podatnych na zakażenie należą: dzieci oraz osoby pow. 65 roku życia, osoby chorujące na choroby przewlekłe, osoby po przeszczepach oraz zakażone wirusem HIV. W przypadku osób starszych typowe objawy kliniczne mogą nie wystąpić tak szybko, jak w przypadku ludzi młodych. Złe samopoczucie oraz kaszel mogą utrzymywać się ponad 2 tygodnie [1,4,10].

Najczęstszymi powikłaniami w przebiegu grypy są zapalenia płuc, oskrzeli, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zapalenie ucha środkowego, zespół wstrząsu toksycznego, zapalenie mięśni i mioglobinuria, wystąpienie lub zaostrzenia kłębuszkowego zapalenia nerek, niewydolność nerek, odrzucenie przeszczepu, choroby naczyniowe mózgu, nasilenie padaczki, toksyczna encefalopatia, zapalenie mózgu, poinfekcyjne zapalenie opon mózgowych, wzrost przypadków choroby Parkinsona, wylewy podpajęczynówkowe, śpiączkowe zapalenie mózgu, ostre psychozy, schizofrenia [2,10]. Ryzyko tych powikłań najwyższe jest w grupie małych dzieci i osób starszych, a także osób z chorobami przewlekłymi i kobiet w ciąży. Ponad 90% zgonów z powodu grypy występuje u osób w podeszłym wieku. Śmiertelność wynosi zazwyczaj 0,1-0,5%, tzn. umiera 1-5 osób na tysiąc chorych [4,10].

I.2. Dane epidemiologiczne

Przyczyną corocznych, sezonowych wzrostów zachorowań ludzi na grypę w okresie jesienno-zimowym są wirusy grypy typu A i B. Zachorowania mogą przybierać **postać sezonową, epidemiczną lub pandemiczną**.

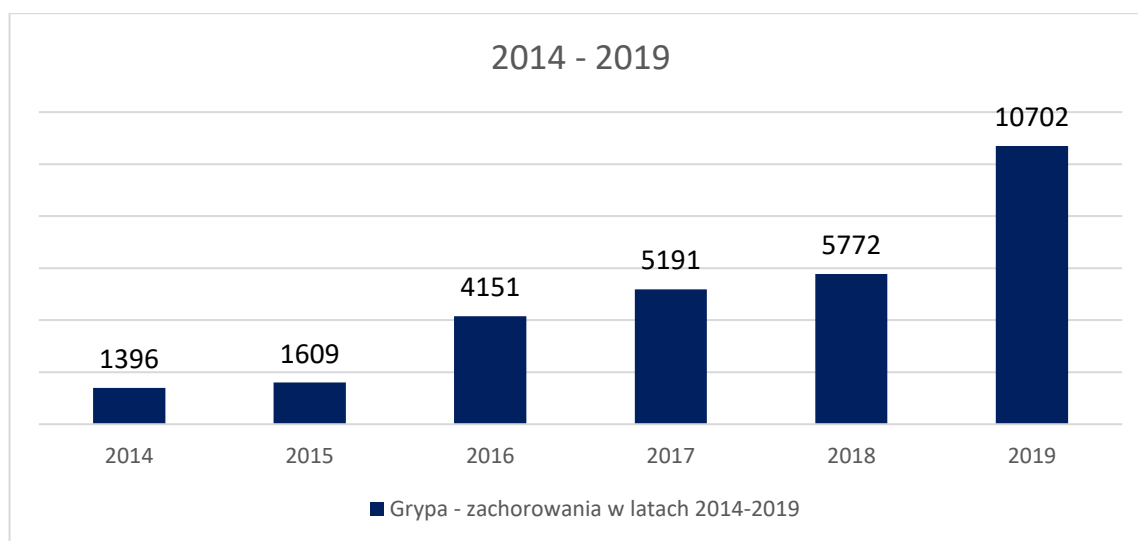
Grypa powoduje zachorowania w każdej grupie wiekowej. Zgodnie z danymi WHO na świecie choruje od 5% do 10% osób dorosłych i 20%-30% dzieci. W ciągu roku rejestruje się 3-5 mln ostrych przypadków choroby, a umiera około 250 000 - 650 000 osób.

W Polsce szczyt zachorowań na grypę, potwierdzony badaniami wirusologicznymi, rejestruje się między styczniem a marcem. [3,4]. Według danych RCB, w sezonie epidemicznym grypy w Polsce od 1 września 2018 r. do 15 marca 2019 r. zmarło 108 osób.

Od rozpoczęcia sezonu epidemicznego 2018/2019 zachorowania spowodowane wirusem **grypy typu A** stanowią **99,1%**. Zarejestrowano łącznie 56,9% zachorowań wywołanych przez wirus A/H1N1/pdm2009 oraz 43,1% wywołanych przez wirus A/H3N2/. Zachorowania spowodowane przez wirus **grypy typu B** stanowią **0,9%** [4].

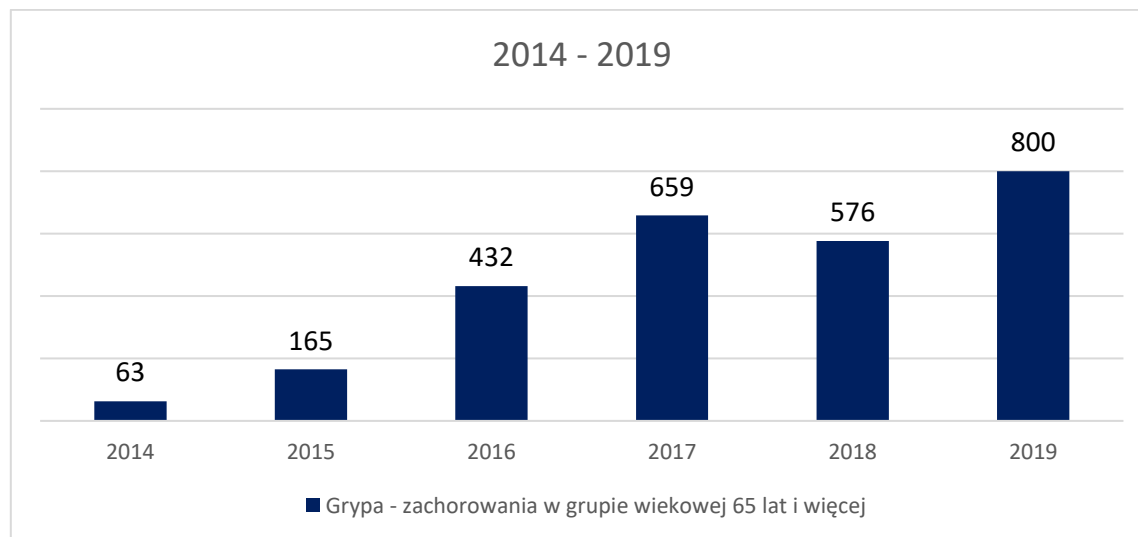
Zgodnie z danymi NIZP-PZH od stycznia 2019 r. do 15 listopada 2019 r. na grypę i choroby grypopodobne zachorowało ogółem 4062059, z czego **384467** przypadków dotyczy województwa śląskiego. W Śląskiem osób, które ukończyły 65 rok życia było łącznie **35881**, co stanowi 9,3% wszystkich chorych w tym województwie.

Na podstawie sprawozdań MZ 55 dla miasta Katowice ustalono, że na grypę sezonową między I a IV kwartałem 2018 r. zachorowały **5772 osoby**, z czego **576 ukończyło 65 rok życia**. W tym samym okresie **2019 r.** zachorowało znacznie więcej tj. **10702 osoby**, w tym **800, które ukończyły 65 r. ż.**



Zgłoszone przypadki zachorowań na grypę w latach 2014-2019 na terenie miasta Katowice

Na przestrzeni ostatnich lat na terenie miasta Katowice odnotowuje się stały wzrost zachorowań na grypę. Jednak rok 2019 jest rekordowy pod względem ilości zarejestrowanych przypadków grypy, co szczególnie dotyczy osób powyżej 65 r. ż [5].



Zgłoszone przypadki zachorowań na grypę w grupie wiekowej 65 lat i więcej w latach 2014-2019 na terenie miasta Katowice

I.3. Opis obecnego postępowania

Medycyna od wielu lat dysponuje lekami przeciwgrypowymi nowej generacji, tj. inhibitorami neuraminidazy, które dostępne są jedynie za zgodą lekarza. Leki te przeznaczone są nie tylko do leczenia zachorowań, lecz także do profilaktyki. Aby jednak była zachowana ich skuteczność, muszą zostać podane jak najszybciej od momentu wystąpienia choroby, tj. najlepiej w ciągu 36 godzin, maksymalnie 48 godzin po uprzedniej diagnostyce laboratoryjnej. Profilaktyka w przypadku grypy polega przede wszystkim na stosowaniu szczepień ochronnych, leków przeciwwirusowych i przestrzeganiu podstawowych zasad higieny, noszeniu maseczek oraz izolacji chorych [6,8].

Szczepienia starszych pacjentów przeciw grypie, którzy zmagają się z przewlekłą chorobą płuc, obniżają o ponad 50% liczbę przyjęć do szpitala z powodu zapalenia płuc i grypy oraz ilość powikłań pogrypowych i o 70% zgonów z różnych przyczyn.

W sezonie epidemicznym rejestruje się kilka milionów przypadków zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę i kilka tysięcy hospitalizacji. Należy pamiętać o społecznych i ekonomicznych kosztach zachorowań i powikłań pogrypowych. Szacuje się, że w Polsce koszty społeczne grypy związane z absencją chorobową pracowników, z ich obniżoną wydajnością, a także ewentualną trwałą niezdolnością do pracy lub zgonu szacuje się w na ok. 836 mln PLN rocznie. W przypadku pojawienia się epidemii koszty te mogą być kilkakrotnie wyższe i powodować jeszcze poważniejszą stratę dla gospodarki [7,8].

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), WHO, Amerykańską Akademię Pediatrii [10,11].

Realizacja programów polityki zdrowotnej ukierunkowanych na zmniejszenie ryzyka zakażenia wirusami grypy wpisuje się w priorytet zdrowotny zawarty w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, tj. „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii” .

Zainteresowanie Polaków szczepieniami przeciw grypie od wielu lat jest niewielkie, co powoduje, że Polska jest na jednym z ostatnich miejsc w Europie pod względem podanych szczepień. W sezonie 2018/2019 przeciw grypie zaszczepiło się zaledwie 3,9% Polaków, w tym najwyższy stan zaszczepienia odnotowano w grupie osób w wieku powyżej 65 lat - 14,2%. W poprzednim sezonie zaszczepionych zostało 3,64% populacji. [8].

Wytyczne zawarte w Programie Szczepień Ochronnych na 2020 rok klasyfikują szczepionkę na grypę jako świadczenie zalecane ze wskazań klinicznych lub indywidualnych:

- osobom po transplantacjach narządów;
- chorym przewlekłe dzieciom – od ukończenia 6. miesiąca życia;
- chorym przewlekłe dorosłym;
- chorym w stanach obniżonej odporności (w tym pacjentom po przeszczepie tkanek) i chorym na nowotwory układu krwiotwórczego;
- dzieciom z grup ryzyka od ukończenia 6. miesiąca życia do ukończenia 18. roku życia;
- dzieciom z wadami wrodzonymi serca, zwłaszcza sinicznymi, z niewydolnością serca, z nadciśnieniem płucnym;

- kobietom w ciąży lub planującym ciążę.

Ze względu na wskazania epidemiologiczne szczepionka na grypę jest zalecana wszystkim osobom po ukończeniu 6. miesiąca życia do stosowania zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego, a także:

- osobom w wieku powyżej 55 lat;

- osobom mającym bliski kontakt zawodowy lub rodzinny z dziećmi w wieku do ukończenia 6 miesiąca

- pracownikom ochrony zdrowia (personel medyczny, niezależnie od posiadanej specjalizacji oraz personel administracyjny), szkół, handlu, transportu, funkcjonariuszom publicznym w szczególności: policja, wojsko, straż graniczna, straż pożarna;

- pensjonariuszom domów spokojnej starości, domów pomocy społecznej oraz innych placówek zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, w szczególności przebywającym w zakładach opiekuńczo-leczniczych, placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych, podmiotach świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej, hospicyjnej, długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień [9].

Z uwagi na dużą zmienność, którą charakteryzuje się wirus grypy, co roku pojawiają się szczepionki o zaktualizowanym składzie. W sezonie 2019/2020 zgodnie z zaleceniami Europejskiej Agencji Leków na podstawie badań WHO, w skład szczepionek inaktywowanych przeciw grypie dostępnych w Europie wchodzi:

1) w szczepionkach 4-walentnych – cztery szczepy wirusa grypy spokrewnione ze szczepami:

- A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09

- A/Kansas/14/2017 (H3N2)

- B/Colorado/06/2017

- B/Phuket/3073/2013

2) w szczepionkach 3-walentnych – trzy szczepy wirusa grypy spokrewnione ze szczepami:

- A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09

- A/Kansas/14/2017 (H3N2)

- B/Colorado/06/2017

Szczepionka 3-walentna, zawiera w składzie jedną linię wirusa grypy typu B [8].

W ramach szczepień zalecanych w sezonie 2019/2020 w Polsce możliwe jest zastosowanie następujących szczepionek przeciw grypie:

1) **Influvac Tetra** – szczepionka przeciw grypie, inaktywowana, podjednostkowa zawierająca oczyszczone antygeny powierzchniowe 4 wirusów grypy przygotowana w postaci zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowo lub podskórnio, dawka: 0,5 ml.

Szczepionka Influvac Tetra należy do grupy szczepionek podjednostkowych III generacji. W procesie wytwarzania stosowane są dodatkowe etapy oczyszczania, w stosunku do etapów procesu wytwarzania szczepionki typu rozszczepiony wirion. W efekcie produkt końcowy szczepionki zawiera dwa oczyszczone antygeny hemaglutyninę (HA) i neuraminidazę (NA) o zachowanych właściwościach antygenowych;

- 2) **Vaxigrip Tetra** – szczepionka przeciw grypie inaktywowana, zawierająca jako antygeny rozszczepiony wirion uzyskany z 4 wirusów grypy, przygotowana w postaci zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowo lub podskórnio, dawka: 0,5 ml.
Szczepionka ta należy do grupy szczepionek inaktywowanych II generacji, zawiera rozszczepiony wirion wirusa grypy, przygotowana jest z inaktywowanych cząstek wirusa grypy (wirusy są rozbijane i oczyszczane w celu usunięcia białek pochodzenia nie wirusowego);
- 3) **Fluarix Tetra** – szczepionka przeciw grypie inaktywowana, zawierająca jako antygeny rozszczepiony wirion uzyskany z 4 wirusów grypy, przygotowana w postaci zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowo lub podskórnio, dawka: 0,5 ml.
Szczepionka ta należy do grupy szczepionek inaktywowanych II generacji, zawiera rozszczepiony wirion wirusa grypy, jest przygotowywana z inaktywowanych cząstek wirusa grypy (wirusy są rozbijane i oczyszczane w celu usunięcia białek pochodzenia nie wirusowego);
- 4) **Fluenz Tetra** – szczepionka przeciw grypie żywa. Antygenami są atenuowane wirusy grypy wielokrotnie pasażowane w ten sposób, aby rozmnażały się tylko w niższej temperaturze około 25°C (*cold-adapted*), co powoduje replikację w jamie nosowej, a nie w płucach; przygotowana do podawania donosowo; dawka 0,2 ml (po 0,1 ml do każdej dziurki nosa);
- 5) **Influvac** – szczepionka przeciw grypie inaktywowana, podjednostkowa zawierająca oczyszczone antygeny powierzchniowe 3 wirusów grypy, przygotowana w postaci zawiesiny do wstrzykiwań domięśniowo lub podskórnio, dawka: 0,5 ml. W procesie wytwarzania stosowane są etapy oczyszczania, dzięki czemu szczepionka zawiera dwa oczyszczone antygeny hemaglutyninę (HA) i neuraminidazę (NA) o zachowanych właściwościach antygenowych uzyskane z 3 szczepów wirusa [8].

Miasto Katowice od wielu lat organizuje i finansuje programy szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Katowic. W ramach Programu profilaktyki zachorowań na gripę „Słoneczna jesień” realizowanego w latach 2014-2019 bezpłatnymi szczepieniami p/grypie objęto łącznie 21 336 mieszkańców Katowic. Niniejszy program będzie kontynuacją programów realizowanych w latach poprzednich.

	Kwota	Liczba realizatorów	Liczba zaszczepionych mieszkańców
2014	75 284,00 zł	14	2233
2015	131 984,00 zł	19	4125
2016	74 159,00 zł	16	2287
2017	74 997,60 zł	19	2184
2018	239 326,50 zł	20	5666
2019	210 572,00 zł	18	4841

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Uodpornienie na grypę mieszkańców miasta Katowice w wieku 65 lat i starszych, w tym przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, domach pomocy społecznej poprzez umożliwienie im skorzystania z bezpłatnego szczepienia p/grypie

II.2. Cele szczegółowe

- 1) zmniejszenie zapadalności na grypę i ilości powikłań pogrypowych wśród osób objętych programem;
- 2) zmniejszenie liczby zgonów na grypę w ogólnej populacji miasta;
- 3) wyrównanie szans w zakresie dostępu do świadczeń medycznych nie finansowanych ze środków publicznych osób znajdujących się w trudnej sytuacji socjalno-bytowej;
- 4) zwiększenie świadomości społeczności lokalnej dotyczącej zagrożeń związanych z zachorowaniami na grypę;
- 5) podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich skuteczności w grupie osób objętych programem;
- 6) zwiększenie społecznej akceptacji szczepień przeciwko grypie;
- 7) zaszczepienie p/grypie corocznie nie mniej niż 4000 mieszkańców Katowic w wieku 65 lat i starszych;
- 8) zaszczepienie p/grypie corocznie nie mniej niż 400 mieszkańców Katowic w wieku 65 lat i starszych przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, domach pomocy społecznej;
- 9) zaszczepienie p/grypie corocznie nie mniej niż 10 mieszkańców w wieku 65 lat i starszych, posiadających orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N poprzez umożliwienie im skorzystania z bezpłatnego szczepienia podczas wizyty domowej.

II.3. Mierniki efektywności

- 1) liczba osób uczestniczących w programie,
- 2) liczba osób zaszczepionych przeciwko grypie w populacji docelowej, w tym:
 - liczba osób zaszczepionych przeciwko grypie ogółem,
 - liczba osób zaszczepionych w przychodni,
 - liczba osób zaszczepionych w środowisku domowym pacjenta,
 - liczba osób zaszczepionych w wyznaczonych placówkach.
- 3) odsetek osób uczestniczących w programie spełniających kryteria kwalifikacji do programu (dotyczy osób przebywających w podmiotach stacjonarnej opieki);
- 4) współczynnik zapadalności na grypę i choroby grypopodobne;
- 5) współczynnik zapadalności na grypę (przypadki potwierdzone laboratoryjnie);

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Według danych Urzędu Statystycznego w Katowicach na terenie miasta mieszka 294 510 osób, w tym w wieku powyżej 65 r. ż. **63 445 osób.**

Podział na grupy wiekowe:

- 55-59 lat – 20 937;
- 60-64 lata – 23 190;
- 65-69 lat – 20 169;
- 70-74 lata – 14 626;
- 75-79 lat – 12 596;
- 80-84 lata – 8 669;
- 85 lat i więcej – 7 385

Dodatkowo planuje się corocznie objęcie szczepieniami przeciw grypie ok. 400 osób przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz domach pomocy społecznej na terenie Katowic (liczbę osób oszacowano na podstawie danych z realizacji programu szczepień przeciw grypie w latach 2014-2020). W ramach akcji szczepień ambulatoryjnych zaplanowano podanie szczepionki przeciwko grypie corocznie: co najmniej 4000 mieszkańcom miasta w wieku powyżej 65 r. ż. Ponadto w każdym roku realizacji programu co najmniej 10 osób w wieku powyżej 65 r. ż. z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N zostanie objętych szczepieniami podczas wizyty domowej. W ramach możliwości finansowych miasta przewiduje się coroczne zwiększanie liczby osób objętych programem.

Udział w programie jest dobrowolny, uwarunkowany brakiem przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji szczepienia.

Program zakłada realizację u zakwalifikowanych osób szczepień ochronnych przeciwko grypie na następujących zasadach:

- 1) Szczepionka może być podawana w okresie od września do kwietnia, jednak najlepiej szczepienia rozpocząć przed okresem rozpoczęciem sezonu epidemicznego, tj. od września i kontynuować do połowy listopada.
- 2) Szczepienie jest poprzedzone badaniem lekarskim w celu wykluczenia przeciwwskazań do zaszczepienia.
- 3) Szczepienie jest poprzedzone udzieleniem przez lekarza kluczowych informacji na temat szczepienia (m.in. zakres działania szczepionki oraz jej bezpieczeństwo) oraz uzyskaniem świadomej zgody pacjenta. Lekarz udziela wyczerpujących odpowiedzi na wszelkie pytania pacjenta związane ze szczepieniem przeciwko grypie, poucza o prawidłowym postępowaniu dla uniknięcia zachorowania (m.in. unikanie czynników ryzyka, przestrzeganie zasad higieny), przekazuje pacjentowi zalecenia odnośnie dalszego postępowania, w tym na wypadek podejrzenia zachorowania.

- 4) Szczepienie jest wykonywane przy użyciu preparatu szczepionkowego przeciwko grypie sezonowej przygotowanej na najbliższy sezon grypy, dopuszczonego do obrotu na terytorium RP. Transport, przechowywanie i sposób podania są zgodnie z zaleceniami producenta.
- 5) Kwalifikacja do szczepienia, szczepionka i jej podanie są nieodpłatne dla pacjenta.

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Na podstawie doświadczeń z realizacji „Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Miasta Katowice na lata 2014-2020” oczekuje się bardzo wysokiej frekwencji.

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie:

- 1) przebywanie w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, domach pomocy społecznej na terenie miasta Katowice;
- 2) posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N (szczepienia w takim wypadku będą wykonywane w miejscu zamieszkania pacjenta);
- 3) mieszkańcy Katowic w wieku 65 lat i powyżej (ograniczona liczba szczepionek; o kwalifikacji do programu decyduje kolejność zgłoszenia swojego uczestnictwa, tzn. zgłoszenia się do podmiotu leczniczego realizującego program).

Kryteria wyłączenia z programu:

- 1) brak pisemnej zgody na udział w programie;
- 2) brak potwierdzenia zamieszkania na terenie Katowic;
- 3) brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego wiek uczestnika;
- 4) przeciwwskazania zdrowotne do realizacji szczepienia.

III.3. Planowane interwencje

Każdy mieszkaniec Katowic z grupy docelowej spełniający warunki włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnego szczepienia przeciw grypie. Osoby zakwalifikowane do programu zaszczepione będą szczepionką odpowiednią dla danego sezonu grypowego w kolejnych latach.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenie w postaci szczepienia ochronnego otrzyma każda osoba przebywająca w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym i opiekuńczo-leczniczym, a także w domu pomocy społecznej na terenie miasta Katowice nie posiadająca przeciwwskazań stałych do szczepień.

W przypadku szczepień ambulatoryjnych osób w wieku 65 lat i powyżej, ustalona jest stała roczna liczba dawek szczepionki, a o kwalifikacji do programu decydować będzie kolejność zgłoszenia się do szczepienia w ogłoszonych terminach i brak przeciwwskazań do szczepień. Szczepienia zostaną poprzedzone kwalifikacyjnym badaniem lekarskim.

W przypadku osób posiadających aktualne orzeczenia o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N szczepienia będą wykonywane w miejscu zamieszkania pacjenta).

Aktualnie zgodnie z obowiązującym Programem Szczepień Ochronnych na rok 2020, nie ma szczepień obowiązkowych przeciwko grypie. Zalecane szczepienia ochronne przeciwko grypie, niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie Ministra właściwego do spraw zdrowia są zalecane m. in. ze wskazań klinicznych i indywidualnych [9].

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Udział w programie zostanie zakończony w przypadku:

- 1) braku zgody pacjenta na udział w programie/wykonanie szczepienia;
- 2) przeciwwskazań medycznych do podania szczepionki;
- 3) poddania się szczepieniu;
- 4) wyczerpania się puli szczepionek (dotyczy szczepień ambulatoryjnych).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Tryb zapraszania do programu:

1) I etap – akcja informacyjno-edukacyjna:

- ogłoszenia lub plakaty w podmiotach leczniczych działających na terenie miasta;
- informacje na temat programu na stronach internetowych Urzędu Miasta Katowice;
- rozmowy informacyjno-edukacyjne z pensjonariuszami zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, a także domów pomocy społecznej lub z ich opiekunami prawnymi;

2) 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 zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, a także w domach pomocy społecznej;

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Szczepienia ochronne będą realizowały podmioty prowadzące działalność leczniczą, spełniające następujące warunki:

1) Świadczenie na terenie Katowic świadczeń zdrowotnych określonych w przedmiocie konkursu.

2) Zapewnienie fachowego personelu medycznego dla potrzeb Programu:

- co najmniej jeden lekarz wykonujący badania kwalifikujące do szczepień p/grypie,
- co najmniej jedna pielęgniarka posiadająca kwalifikacje do wykonywania szczepień - potwierdzone zaświadczeniem o odbyciu kursu szczepień lub posiadająca specjalizację w dziedzinie w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował

problematykę szczepień ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej.

- 3) Posiadanie w strukturze podmiotu punktu szczepień ochronnych - potwierdzone kopią stosownej zgody na realizację Programu Szczepień Ochronnych wydanej przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego.
- 4) Zapewnienie jednorazowego sprzętu medycznego do wykonania szczepień zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.
- 5) Gabinet lekarski spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu:

- 1) osoby do programu będą kwalifikowane według aktualnych wykazów pochodzących z placówek opieki stacjonarnej oraz według kolejności zgłaszania się do akcji szczepień ambulatoryjnych. W razie nie wykorzystania preparatów szczepionkowych w pierwszej grupie osób (z powodu braku zgody lub przeciwwskazań do szczepień) szczepionka zostanie przesunięta dla drugiej grupy osób i wykorzystana w ramach akcji szczepień ambulatoryjnych;
- 2) frekwencja będzie oceniana na bieżąco (oczekiwana frekwencja - 100%)
- 3) w razie konieczności zostaną zintensyfikowane działania informacyjno-edukacyjne;
- 4) frekwencja będzie oceniana na koniec każdego roku kalendarzowego oraz całościowo po zakończeniu programu;

Ocena jakości świadczeń 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 Katowicach.

V.2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu będzie przeprowadzana:

- 1) na koniec każdego roku kalendarzowego (analiza frekwencji, wykonawstwa szczepień, wskaźników zapadalności na grypę, hospitalizacji itd.);
- 2) po zakończeniu programu (całościowa ocena stopnia realizacji programu zdrowotnego, ewentualnych czynników zakłócających płynność realizacji programu, skuteczności podjętych działań doraźnych, wpływu zrealizowanego programu na stan bezpieczeństwa epidemiologicznego miasta – wskaźników epidemiologicznych, analiza tendencji w zakresie wykonawstwa szczepień zalecanych przeciwko grypie w populacji nie objętej programem).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na całość budżetu składać się będą m.in. koszty:

- 1) akcji informacyjno-edukacyjnej (ogłoszenia w mediach, wydruki materiałów informacyjnych itd.) realizowanej w ramach zadań bieżących Urzędu Miasta Katowice;
- 2) preparatów szczepionkowych, badań lekarskich i wykonania szczepienia;

VI.1. Koszty jednostkowe

Cena szczepionki (wraz kosztami badania lekarskiego i wykonania szczepienia): to średnio 42 zł/osobę za wykonanie szczepienia w poradni oraz ok. 49 zł/osobę za wykonanie szczepienia w domu pacjenta i w placówkach.

Koszty zostały oszacowane na podstawie rzeczywistych stawek przedstawionych przez realizatorów Programu w 2019 roku.

VI.2 Koszty całkowite

Planowany roczny koszt realizacji Programu:

Rodzaj wydatków	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Koszt preparatu szczepionkowego (wraz kosztami badania lekarskiego i wykonania szczepienia)	400 (dawek szczepionki dla osób przebywających w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, a także w domach pomocy społecznej)	49 zł	19 600 zł
	4000 (dawek szczepionki dla osób powyżej 65 r.ż. – akcja szczepień ambulatoryjnych)	42 zł	168 000 zł
	10 (dawek szczepionki dla osób posiadających aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym o kodzie R lub N, które zostaną podane podczas wizyty domowej)	49 zł	490 zł
Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej	1	1 000 zł	1 000 zł
Razem			189 090 zł

Przy założeniu niezmiennych kosztów szczepionki w kolejnych latach łączne koszty realizacji Programu w latach 2021-2027 są następujące:

Rok	Koszt
2021	189 090 zł
2022	189 090 zł
2023	189 090 zł
2024	189 090 zł
2025	189 090 zł
2026	189 090 zł
2027	189 090 zł
SUMA:	1 323 630 zł

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację “Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027”.

VII. Bibliografia

1) Robert J., Detournay B., Levant M.C., Uhart M., Gourmelen J., Cohen J.M.: Flu vaccine coverage for recommended populations in France. 2019.

Protokół dostępu:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0399077X19310807?via%3Dihub> [pobrano: 16.01.2020r.]

2) Brydak L. B.: Grypa i jej profilaktyka. Termedia. Warszawa, 2004.

3) Brydak L. B., Masny A.: Wytyczne do przygotowania placówek medycznych na wypadek wystąpienia pandemii grypy. Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2018.

Protokół dostępu:

<https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2018/07/Wytyczne-do-planu-pandemicznego-grypy-NIZP-PZH.pdf> [pobrano: 13.01.2020 r.]

4) Kucharska I., Michulec B.: Grypa w sezonie epidemicznym 2018/2019 w Polsce i Europie.

Protokół dostępu:

<https://rcb.gov.pl/grypa-w-sezonie-epidemicznym-2018-2019-w-polsce-i-europie/> [pobrano: 13.01.2020 r.]

5) Sytuacja epidemiologiczna w zakresie wybranych chorób zakaźnych. Katowice, PSSE w Katowicach, 2018/2019.

- 6) Fakty i mity na temat grypy. Protokół dostępu: <https://www.pzh.gov.pl/fakty-i-mity-na-temat-grypy/> [pobrano dnia: 13.01.2020 r.]
- 7) Grypa u dzieci równie groźna jak u seniorów. Ogólnopolski program zwalczania grypy. Protokół dostępu: <http://opzg.pl/aktualnosci/grypa-u-dzieci-rownie-grozna-jak-u-seniorow/123> [pobrano: 13.01.2020 r.]
- 8) Protokół dostępu: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/grypa/2/#o-chorobie> [pobrano: 13.01.2020 r.]
- 9) Program szczepień ochronnych – 2020. Protokół dostępu: http://dziennikmz.mz.gov.pl/api/DUM_MZ/2019/87/journal/5727 [pobrano 13.01.2020 r.]
- 10) Baumann-Popczyk A., Sadkowska-Todys M., Zieliński A.: Choroby zakaźne i pasożytnicze – epidemiologia i profilaktyka. Wydanie VII. Warszawa, 2014.



Miasto Katowice

3. Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku 2021-2027

Autor programu: dr n. med. Jarosław Derejczyk*

*Opracowano w oparciu o założenia: Programu profilaktyki dla osób "trzeciego i czwartego wieku" na lata 2014-2020. Autorstwa Derejczyk. J., Duława J.

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.).

Katowice 2020

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Publikacja EUROSTAT-u z 2019 r. pokazuje dane europejskie z ostatnich lat, które porównują zdrowie polskich seniorów z wskaźnikami stanu zdrowia w wieku 65+ na tle 28 krajów wspólnoty. Polska znajduje się na 24 pozycji (na 5-tym miejscu od końca) pod względem odsetka seniorów pozytywnie określających stan swego zdrowia. Polscy seniorzy, niezależnie od grupy wiekowej, znacznie częściej niż w innych krajach UE zgłaszają obecność choroby lub chorób przewlekłych, co wyjaśnia ich gorszą samoocenę zdrowia. Częściej niż w innych krajach deklarują występowanie depresji, chociaż dane na ten temat zazwyczaj są niedoszacowane ze względu na niski dostęp do opieki geriatrycznej i psychiatrycznej. Co do wskaźników występowania otępienia, szacuje się że problem dotyka w późniejszych przedziałach wieku ponad 20% populacji 75+ i ok. 45% populacji 85 latków. Tymczasem diagnozowanie osłabienia pamięci u pacjentów na poziomie POZ deklaruje 3% lekarzy. [1] Występowanie chorób przewlekłych rzutuje bezpośrednio na problemy lokomocyjne, które narastają wraz z wiekiem seniorów (40% osób w późnej starości w Polsce deklaruje problemy w chodzeniu, podczas gdy w Europie średnio o 10% mniej). [2, 3].

Program jest reakcją na zachodzące zmiany demograficzne, rosnące potrzeby na przeprowadzanie elementów oceny geriatrycznej i na ograniczenie problemów z dotarciem do niedoborowej grupy specjalistów z geriatry, dla osób potrzebujących.

Elementy oceny geriatrycznej zaproponowane w programie pozwalają na przesiewową ocenę kategorii starzenia tak w zdrowiu jak i w chorobie, w okresie wczesnej, zaawansowanej i późnej starości.

Zgodnie z oceną organizacji Alzheimer Europe aktualnie liczba wszystkich chorych na chorobę Alzheimera w Polsce wynosi ok. 500 000 osób. Jednocześnie zgodnie z danymi zasobów Map Potrzeb Zdrowotnych z 2018 roku wynika, że w systemie publicznej służby zdrowia stwierdzono 20,4 tys. pacjentów z chorobą Alzheimera i innymi otępieniami w województwie śląskim, a wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. ludności jest jednym z najwyższych w Polsce i wynosi 447,7. Ww. opracowanie nie zawiera danych dotyczących oceny zespołów geriatrycznych.

I.2. Dane epidemiologiczne

W 2018 r. liczba mieszkańców w wieku 60 lat i więcej wyniosła 9508,4 tys. osób i była

¹ <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-opiece-nad-chorymi-na-alzheimera.html>

² EUROSTAT Statistics Explained. File:Ageing Europe Health and disability AE2019.xlsx. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Ageing_Europe_Health_and_disability_AE2019.xlsx

³ Szczudlik A. (red.) Polskie Towarzystwo Alzheimerowskie. Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce. Raport RPO. Wydawnictwo Biura RPO, Warszawa 2016

o 214,8 tys. większa niż w 2017 r. W związku ze wzrostem liczby osób, należących do tej grupy wieku stopniowo wzrasta ich odsetek w populacji całego kraju. W 2010 r. ukształtował się on na poziomie 19,6%, podczas gdy w 2018 r. osiągnął poziom 24,8%.^[4] Wskaźnik ludności w wieku nieprodukcyjnym do 100 osób w wieku produkcyjnym wynosi w 2020 r. 68,8, a w 2050 r. wyniesie 108,8. Prognozuje się iż do 2050 r. liczebność w przedziale > 80 r. ż. zwiększy się ponad 2-krotnie w porównaniu z rokiem 2018. ^[5]

W 2015 roku liczba osób po 80 roku życia wynosiła w województwie śląskim 3,5 %, zaś w 2050 roku wzrośnie do 11,2% ^[6] Tym zmianom towarzyszyć będzie wzrost kosztów leczenia chorób związanych z podeszłym wiekiem. Obecnie w Polsce mamy 2,8 mln osób chorych na osteoporozę i 0,5 mln osób chorych na otępienie. Do 2050 r. ilość chorych na otępienie wzrośnie do 1,1 mln. W Katowicach w 2011 roku żyło 309.304 tysięcy osób. Prognozy na lata 2020, 2030 pokazują tendencję do zmniejszania liczby mieszkańców w mieście. Odpowiednio będą to ilości 270.2 i 229.3 tysięcy mieszkańców. Tym zmianom towarzyszy jednak w Katowicach, największy w województwie, wzrost odsetka osób powyżej 60 roku życia. Od 2010 r. udział populacji powyżej 60 r. ż. przekroczył w Katowicach 25%, co oznacza, że co czwarty mieszkaniec Katowic jest osobą powyżej 60 roku życia. Populacja seniorów w mieście oceniana w przedziałach wiekowych co 5 lat od 60 r. ż. w 2020 r. liczy 83 620 tyś. (29,5%) dla grupy 60 +, 62 067 tyś. (21,9%) dla grupy 65+, 25 384 tyś. (8,9%) dla grupy 75+ i 6 265 tyś (2,2 %) dla grupy 85+. Przewidywane zmiany demograficzne wyniosą w 2030 r. w analogicznych przedziałach wieku odpowiednio: 81 812 tyś. (31,4%) dla grupy 60 +, 66 456 tyś. (25,5%) dla grupy 65+, 32 884 tyś. (12,6%) dla grupy 75+ i 7 724 tyś (3,0 %) dla grupy 85+.

Z tytułu opisanych zmian demograficznych należy podejmować programy wychodzące naprzeciw problemom związanym ze starzeniem społeczeństwa, zarówno w mieście Katowice jak i na Śląsku. Na pytanie: czy niepokoił Panią (-na) stan zdrowia lub sprawność umysłu, któregoś lub jakiegoś starszego krewnego odpowiedź ”na tak” zgłosiło 12,5% respondentów na Śląsku, co jest najwyższym wskaźnikiem w kraju. Następne województwo (małopolskie) charakteryzuje się wskaźnikiem 7,9%.^[7] Program dla osób od 60 r. ż. powinien uwzględniać edukację zwiększającą wiedzę o zmianach stylu życia wspierających zdrowsze starzenie i ułatwiony dostęp do miejsc pozwalających na aktywizację ruchową oraz uzyskanie wiedzy o zmianie stylu życia. Programy dla seniorów w grupach powyżej 75 r. ż. powinny dodatkowo zawierać elementy specjalistycznej diagnostyki lekarskiej, pielęgniarstwa pomocy środowiskowej, pomocy socjalnej i w razie potrzeby pomocy medycznej.

Następstwem wydłużania czasu przeciętnego trwania życia jest wzrost częstości występowania chorób przewlekłych i typowych dla wieku podeszłego problemów zdrowotnych

⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/osoby-starsze/>

⁵ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rzeczypospolitej-polskiej-2019,2,19.html>

⁶ Hrynkiewicz J., Potrykowska A.: Sytuacja demograficzna województwa śląskiego jako wyzwanie dla polityki społecznej i gospodarczej. Rządowa Rada Ludnościowa. Warszawa 2017. ISBN 978-83-7027-649-2

⁷ Bryła M., Maniecka-Bryła I., Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s. 40 – 46.

nazywanych – zespołami geriatrycznymi. Wykazano, iż 40% osób powyżej 60 roku życia cierpi na co najmniej cztery choroby przewlekłe, co w mieście Katowice czyni populację 113 tysięczną przewlekłe chorych osób (wobec populacji mieszkańców 283 810 tys w 2020 r.). Szczególnie choroby układu krążenia, choroby stawów oraz choroby neurologiczne z uszkodzeniem narządów słuchu i wzroku ograniczają aktywność i samodzielność osób starszych. Ubytki zdrowia w starości nie przekreślają sensu promocji zdrowia, której celem jest podtrzymanie i zachowanie pozostałych zasobów oraz poszukiwanie sposobów na ich poprawę.^[8]: Istotą profilaktyki jest zapobieganie wystąpieniu upośledzenia zdrowia, co nie ogranicza się wyłącznie do oddziaływania w stosunku do grup ryzyka, lecz wymaga przesiewowego badania osób w celu wczesnego wykrywania stanów prowadzących do utraty samodzielności (wybrane skale i geriatryczne parametry funkcjonalne w programie). Pozwoli to na uniknięcie stygmatyzacji wiekiem, iż każdy starszy mieszkaniec Katowic to osoba bez szansy na profilaktykę pierwotną. Identyfikacja osoby z osteoporozą przed złamaniem i włączenie leczenia to profilaktyka pierwotna. Jeszcze bardziej widoczne efekty zdrowotne można odnieść, stosując promocję zdrowia – czyli wzmacnianie potencjału zdrowia a to działanie kierowane jest do szerszej populacji, również aktualnie zdrowych osób starszych.

I.3. Opis obecnego postępowania

Lokalna polityka zdrowotna prowadzona przez miasto Katowice wspólnie z organizacjami pozarządowymi od kilku lat tworzy sieć działań aktywizujących środowisko osób starszych.

Specyfiką miejską na terenie Katowic jest duża baza poradni i oddziałów specjalistycznych w tym geriatrycznych oraz zabezpieczony dobry dostęp do lekarzy rodzinnych, co przy wymianie i poszerzaniu wiedzy na temat zdrowego starzenia może zwiększyć dla wszystkich uczestników rynku medycznego dostęp do edukacji zdrowotnej i podnieść jakość usług medycznych potrzebnych w zaspakajaniu potrzeb zdrowotnych osób starszych.

Prawdziwymi wyzwaniami epidemiologicznymi, ekonomicznymi i organizacyjnymi w polityce zdrowotnej stają się wśród osób po 60 r. ż. choroby przewlekłe. Na czele tych, które wymagają wykreowania nowego podejścia w zakresie profilaktyki, diagnostyki i terapii są cukrzyca, choroby neurodegeneracyjne i zespół słabości. Liczba chorych na cukrzycę na całym świecie sięga obecnie 150 mln zaś otępienia 50 mln. Szacuje się, że w okresie najbliższych 25 lat liczby te ulegną podwojeniu. Częstość cukrzycy w populacji powyżej 65 r.ż. sięga 40%, a otępienia 10 %. Szczyt zachorowań na cukrzycę typu 2 występuje ok. 60 r.ż. a na otępienie jawne klinicznie po 75 r. ż. Ilość osób chorych w Polsce na otępienie to w populacji po 60 r. ż. około populacja pomiędzy 520 000 a 600 000 tys. osób. W okresach wczesnych choroby chorzy powszechnie pozostają niezdiagnozowani z powodu braku przygotowania systemu ochrony zdrowia do chorób późnej starości. Wg danych NIK z 2018 r. tylko 3% lekarzy rodzinnych bada

⁸ Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, pod red. M. Mossakowskiej, A. Więcka, P. Błędowskiego, Poznań, Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2012, ISBN: 978- 83-62138 - 81- 4.

chorym > 60 r. ż. pamięć.

Obecnie na terenie miasta Katowice funkcjonują trzy oddziały geriatryczne w strukturze publicznej służby zdrowia. Łącznie dysponują **118** łózkami. Są to: Szpital Onkologiczny, ul. Józefowska 119 - 58 łóżek. Szpital Geriatryczny im Jana Pawła II. Ul. Morawa 31 – 44 łóżka i Szpital SIUM GCM im Prof. L Gieca ul. Ziołowa 4 – 16 łóżek. Każda placówka posiada kontrakt na Poradnię Geriatryczną i prowadzi w trakcie leczenia, rehabilitację geriatryczną. Poza przytoczonymi poradniami są jeszcze dwie placówki prowadzące specjalistyczną opiekę geriatryczną. To Poradnia Geriatryczna w PLR na ul. Misjonarzy Oblatów i podobna w PLR w Katowicach Giszowcu – Plac Pod Lipami. Łącznie to **6** poradni geriatrycznych działających w ramach NFZ. Jest też kilka placówek prywatnych, w których przyjmują lekarze geriatry prowadzący poradnie specjalistyczne.

Wzrost populacji seniorów w Katowicach, a szczególnie osób w najstarszych grupach wieku (31 645 tyś. mieszkańców w grupach 75+ i 85+) w nieodwracalny sposób będzie generował niepełnosprawność i w konsekwencji niesamodzielność, zwiększając zapotrzebowanie na coraz większe wsparcie jakie trzeba zabezpieczyć dla tej części społeczeństwa. Programy profilaktyczne uruchomione dla dużej grupy mieszkańców powyżej 60 r.ż. będą mogły przesunąć okres ujawnienia się zależności, jej konsekwencji, oraz w części będą mogły ochronić przez niesprawnością. Nie sposób oczekiwać, by poprzez programy zdrowotne osiągnąć pełną ochronę przed chorobami przewlekłymi co jest częstym błędem w analizach estymacyjnych i oczekiwaniach wobec programów profilaktycznych.

Celem programów z obszaru profilaktyki zdrowia w gerontologii jest diagnozowanie czynników, które przyspieszają wystąpienie przewlekłych chorób wieku podeszłego i zespołów geriatrycznych w celu ograniczenia ich częstości i zmniejszenia zbyt późnej rozpoznawalności. Dla przedziału wieku wczesnej starości, dostęp do profilaktyki, zmiana modyfikacji stylu życia i zastosowanie właściwej terapii przedłuża okres samodzielności, poprawia jakość życia i skraca kosztocłonny okres opieki. Kolejnym celem jest też rozpoznawanie utajonych klinicznie i niezdiagnozowanych chorób przewlekłych, które nie leczone ujawniają się gwałtownym i nieodwracalnym w konsekwencjach ubytkiem stanu zdrowia gdyż długo pozostawały nierozpoznane (cukrzyca, hiperlipidemie, nadciśnienie, osteoporoza, hipotyreoza, otępienie, parkinsonizm). Ich konsekwencjami u osób starszych są: nagła śmierć sercowa, zawał serca, udar mózgu, ślepotą, niewydolność nerek, amputacje kończyn w przebiegu cukrzycy i miażdżycy naczyń, upadki, złamania i przedwczesna zależność opiekuńcza u chorych ze źle diagnozowanym i leczonym otępieniem.

Od ćwierć wieku znany jest fakt, iż korzyścią ze zmniejszenia stężenia cholesterolu z poziomu 285 do 200 mg/dl jest zmniejszenie ilości zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca. Dla mężczyzn w przedziale wieku pomiędzy 65 a 74 r.ż. to mniej o 9,5 zgonów na 1000 osób i o 12,7 zgonów w grupie pomiędzy 75 a 84 r. ż. Wiedza o przydatności oznaczania poziomu cholesterolu w minionym okresie 25 lat stała się powszechna jednak ilość przeprowadzanych badań w tym kierunku nadal nie jest wystarczająca. Połączenie działań zmieniających styl życia z leczeniem hipolipemizującym u osób z hiperlipidemią daje podstawy do dalszego ograniczenia

konsekwencji miażdżycy układu sercowo naczyniowego jeśli jest realizowane poprzez działania populacyjne. Podobnie wczesna diagnostyka cukrzycy i włączenie leczenia dietetycznego oraz metforminy przyczynia się do opóźnienia wystąpienia uszkodzenia funkcji poznawczych.^[9]

By zmienić styl życia zależnej osoby starszej niezbędne jest znalezienie skutecznego sposobu komunikacji pracowników opieki zdrowotnej i pomocy społecznej z seniorami oraz dotarcia do osób faktycznie potrzebujących opieki, aktywizacji i wsparcia. Rehabilitacja dla wyłonionych z populacji osób z dużym zagrożeniem upadkami, przez poprawę siły mięśni i koordynacji ruchowej wzbogaca najskuteczniej jakość opieki nad seniorami zagrożonymi hipokinezą, ograniczając u nich ryzyko upadku. Warunkiem skuteczności jest połączenie rehabilitacji z wcześniej przeprowadzoną oceną geriatryczną. ^[10]

Przygotowanie osoby starszej do akceptacji proponowanej w projekcie zmiany trybu życia i aktywności zależy od sprawności poznawczej, nastroju, sprawności lokomocyjnej i sytuacji ekonomiczno-społecznej. Z kolei stwierdzenie istniejących ubytków i ograniczeń w rezerwach nie powinno być argumentem do automatycznego zaniechania działań wzmacniających zasoby i odbudowujących pozostały potencjał zdrowia u osoby starszej z powodu wieku. W aktualnej wersji programu zaproponowano koordynację świadczeń w systemie finansowanym przez NFZ z usługami finansowanymi przez UM Katowice, tak by uzyskać sieciową i komplementarną strukturę działań różnych placówek zlokalizowanych na terenie miasta, realizujących świadczenia z obszaru poprawy aktywności seniorów dla ich złożonych potrzeb.^[11] Dzięki takiemu rozwiązaniu osiągnięty będzie cel, jaki WHO promuje od 2002 roku – utrzymywanie poziomu aktywności, gwarantującego aktywne starzenie się. Jest ono rozumiane przez autorów programu jako jak najdłuższe utrzymanie przez starszych mieszkańców Katowic aktywności w życiu społecznym, ekonomicznym, kulturalnym, duchowym i cywilnym. Osoby po 75 r. życia to grupa z największym odsetkiem osób przewlekle chorych. Zaliczamy do nich: uszkodzenie intelektu (demencję), ograniczenia ruchu i niestabilność postawy (upadki), osteoporozę, przewlekłą niewydolność krążenia, depresję, cukrzycę, niedożywienie, uszkodzenia zmysłów wzroku i słuchu, nietrzymanie moczu, większą częstość chorób nowotworowych. Wiele z tych chorób jest nie rozpoznawanych, co podnosi umieralność w tej grupie wiekowej i zwiększa kilkukrotnie w porównaniu z młodszymi grupami wieku koszty leczenia szpitalnego. W Polsce co 7 minut upada jedna starsza osoba. Co czwarty upadek kończy się w tej grupie chorych złamaniem kości długiej co podraża koszty terapii, a upadki rokowniczo w tej grupie wiekowej stanowią piątą przyczynę śmierci. Uwzględniając tempo starzenia populacji realizacja programu będzie odpowiedzią na populacyjną akcelerację procesu starzenia jaka mieć będzie miejsce również w Katowicach. Ilość osób objętych programem w danym roku jego realizacji będzie zależna od możliwości finansowych miasta Katowice, jednak założono, iż by osiągnąć minimalny efekt

⁹ <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnagi.2018.00227/full>

¹⁰ Ahlund K et al. Effects of comprehensive geriatric assessment on physical fitness in an acute medical setting for frail elderly patients. *Clinical Interventions in Aging* 2017;12:1929–1939.

¹¹ Szczerbińska K., Wilczek-Rużyczka E.: Jak promować zdrowy styl życia i zmieniać zdrowotne zachowania osób starszych. *Zdrowie i Zarządzanie*. Kraków 2010.

populacyjny nie będzie to mniej niż 700 osób rocznie w każdej z podgrup wiekowych, co da łącznie grupę 2100 osób.

Kluczowymi dla efektywnej realizacji programu będzie pozyskanie wykonawców praktyk lekarzy rodzinnych w części I oraz podmiotów realizujących rehabilitację w części II. Same cele programu nie stanowią wystarczającej motywacji do chęci uczestniczenia w programie, jeśli nie towarzyszą im kryteria opłacalności ekonomicznej. Zrozumienie istoty przyczyn i przebiegów wielkich problemów geriatrycznych jak i trudności w ich diagnostyce i terapii, w tym przypadku dla lekarzy rodzinnych mają drugorzędne znaczenie. Pierwszorzędne znaczenie mieć będzie motywacja finansowa.

W programie wprowadzono badania laboratoryjne rzadko wykonywane na poziomie POZ, o dużym znaczeniu dla rozpoznawania chorób spotykanych w podeszłym wieku. Są to oznaczenie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c i TSH.

Dwugodzinny test doustnej tolerancji glukozy (TDTG) zalecany przez Polskie Towarzystwo Diabetologiczne jako referencyjna metoda do diagnostyki cukrzycy wykonywany jest po wypiciu roztworu 75 g glukozy - w objętości 300 ml, TDTG uchodzi za badanie kłopotliwe do wykonania u osób starszych. Wypicie roztworu przeprowadzane jest na czczo, odbywa się na fotelu z możliwością popicia słodkiego roztworu, kilkoma łykami wody z cytryną. W razie nudności i wymiotów można badanie powtórzyć na drugi dzień, poprzedzając wypicie roztworu glukozy, podaniem zastrzyku przeciw wymiotnego (np. Zofran). Zalecenia PTD mówią o pobraniu krwi z żyły przed podaniem glukozy i w 2 h od wypicia roztworu.

Stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stanowi wartościowy i pomocny test dla rozpoznania stanów przedcukrzycowych i cukrzycy w trudno dostępnych populacjach. Przez Amerykańskie Towarzystwo Diabetologiczne jest to metoda rekomendowana u osób starszych w połączeniu z glikemią ranną na czczo. Uznano, iż osoby z poziomem $> 6,4$ mają cukrzycę.

Występowanie cukrzycy typu 2 w populacji po 60 r. ż. sięga 40 % a w populacji po 85 r. ż. ok 70 % zaś częstość niedoczynności tarczycy w tej populacji wynosi od 5 - 14%, co uzasadnia wykonanie tych badań w charakterze kryterium przesiewowego. Przy znanym wpływie hormonów tarczycy i eutyreozy na sprawność poznawczą jak również przy uznaniu przez WHO w 2011 r. badania poziomu hemoglobiny glikowanej wraz z badaniem glikemii na czczo, jako parametru (przy przekroczonym poziomie powyżej 6,5 %) o 25 % poprawiającym rozpoznanie cukrzycy, uznano, iż taki zestaw badań nie powinien budzić obaw przed niecelowością zakresu dla potrzeb scriningu metabolicznego i ograniczenia angiotoksycznego wpływu nie rozpoznanej i nie leczonej cukrzycy na stan sprawności układu sercowo naczyniowego i mózgu. Rozpoznanie chorób tarczycy oraz diagnoza cukrzycy typu 2 są stawiane u osób starszych często nazbyt późno i w stadiach bardzo zaawansowanych zaś fakt przypisania obu oznaczeń do kategorii finansowanej ze środków publicznych, bez zapisów o stałym obligatoryjnym ich zleceniu w pewnym okresie życia, powoduje że wykonywane są zbyt rzadko i widoczna jest rozbieżność pomiędzy częstością ich zlecenia, a przytoczonymi wskaźnikami zapadalności. Dla osób zgłaszających się do programu na badanie, efektem zachęty jest możliwość skorzystania z badania stężenia cholesterolu, które jest znane i tworzy efekt zachęty, dlatego zdecydowano się na oznaczenie jego całkowitego

stężenia z frakcjami HDL i LDL. Założono dzięki temu dwie korzyści: większą rozpoznawalność hiperlipidemii w identyfikacji osób z grupy ryzyka angiometabolicznego oraz większą zgłaszalność do badań. [^{12, 13}]

W oparciu o przegląd aktualnego piśmiennictwa pozostawiono badanie palpacyjne piersi u kobiet po 65 r. ż. jako metodę poprawiającą rozpoznawalność zmian przedrakowych i nowotworowych piersi w grupie osób z ograniczeniami w dostępie do mammografii i korzystających mniej efektywnie z badań obrazowych (kobiety w zaawansowanej starości > 75 r. ż).

Do oceny stanu funkcjonalnego osoby starszej zaproponowano w programie autorski zestaw prostych znanych i stosowanych od niedawna w gerontologii klinicznej testów oceniających sprawność psychoruchową. Test Mini Cog oceniający pamięć i inne funkcje poznawcze jest testem wykonywanym w czasie do 5 minut, a pozwala z dużą czułością i specyficznością postawić podejrzenie zespołu otępiennego. Podobnie ocena sprawności ruchowej z użyciem testu "wstań i idź", pozwala na wczesną identyfikację osób wymagających diagnostyki przyczyn spowolnienia chodu i wdrożenia działań profilaktycznych i leczniczych oraz rehabilitacji. [^{14, 15, 16}]

O celowości i korzyściach prowadzenia programów opartych o realizację całościowej oceny geriatrycznej mówią badania porównujące korzyści z jej stosowania względem ocen bez takiej procedury. Badania pokazują efektywność kosztową wdrażanych interwencji przez ośrodki geriatryczne. [¹⁷]

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Celem głównym Programu jest **zmniejszenie szkodliwych wpływów chorób przewlekłych na jakość życia** jego uczestników, we wszystkich etapach starości przez eliminację niezdiagnozowanych czynników ryzyka tych chorób, zmniejszenie częstości ich powikłań ostrych oraz przeciwdziałanie ich późnym konsekwencjom.

Założono iż profilaktyka chorób przewlekłych prowadzących do powstawania nieodwracalnej niesprawności dzięki Programowi zmniejszy się 2% rocznie w trakcie jego

¹²Gordon DJ, Rifkind BM. Treating high blood cholesterol in the older patient. Am. J Cardiol. 1989;63(16):48H.

¹³ https://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S152

¹⁴ Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. J. Am. Geriatr. Soc. 2003; 51: 1451-1454.

¹⁵ Podsiadlo D., Richardson S.: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc 1991;39:142-148; Bohannon RW.: Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. J Geriatr Phys Ther 2006;29:64-68).

¹⁶ <http://www.geriatria.mz.gov.pl>. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej.

¹⁷ Morley John. E., Clinics in Geriatric Medicine.

<https://www.medbook.com.pl/ksiazka/pokaz/id/48948/tytul/geriatric-medicine-an-issue-of-medical-clinics-of-north-america-morley-saunders>

realizacji i ograniczy konsekwencje nieleczonej wielochorobowości starszych mieszkańców Katowic.

Uzasadnieniem jest głęboka potrzeba zwiększenia rozpoznawalności zespołów geriatrycznych na dostępnych poziomach kontaktu osób starszych z placówkami ochrony zdrowia; obecnie ta rozpoznawalność jest w Polsce marginalna. Nierozpoznawalność wielu chorób wieku podeszłego podtrzymywana przez system JGP oraz system wycen i taryfikacji, lokuje poziom krajowej opieki geriatrycznej na jednym z niższych w Europie. W 2018 r. udzielono 73,7 tys porad geriatrycznych na 116,3 mln porad specjalistycznych ogółem co stanowi 0,06% w grupie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

II.2. Cele szczegółowe programu i oczekiwane efekty

- 1) Zwiększenie wykrywalności utajonych problemów zdrowotnych występujących u osób starszych wpływających na jakość życia we wszystkich etapach starości.
- 2) Zwiększenie aktywności fizycznej uczestników programu i mieszkańców miasta w grupach wiekowych powyżej 60 roku życia.
- 3) Poprawa zależnej od zdrowia jakości życia osób starszych z i bez niepełnosprawności, dzięki realizacji programu promocji zdrowia.
- 4) Poprawa akceptacji społecznej dla starości jako etapu życia i zwiększenie możliwości rozwoju osób starszych w mieście Katowice.
- 5) Wyłonienie osób z nie rozpoznanymi wcześniej utajonymi stanami chorobowymi, wobec których dzięki pogłębionej diagnozie opartej o metody stosowane w programie, zostanie zainicjowane leczenie dostosowane do faktycznych potrzeb zdrowotnych,
- 6) Przekazanie wyłonionych w Programie przesiewowym chorych do dalszej diagnostyki i leczenia, w oparciu o finansowanie ze środków NFZ, w poradniach specjalistycznych oraz w oddziałach szpitalnych.
- 7) Poprawa sprawności ruchowej osób zagrożonych upadkiem, zespołami hipokinezji, sarkopenią, zespołami słabości w trakcie z korzystania z dwumiesięcznego programu aktywizacji ruchowej.,
- 8) Poprawa wskaźników jakości życia z chorobą, dzięki podjęciu leczenia dostosowanego do potrzeb i poszerzonej interwencji (całościowa ocena geriatryczna i rehabilitacja) na wczesnych etapach rozwoju przewlekłych chorób wieku podeszłego,

II.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu i planowane interwencje

Miernikami efektywności Programu będą:

- 1) wyniki ankiet oceniających kondycję psychofizyczną, jakie realizatorzy wypełnią w trakcie realizacji Programu co miesiąc i za cały okres badania - załączniki nr 6, 7, 8, 9, 10, 11, 14. Wśród mierników efektywności programu jest zestawienie osób, które zostały skierowane na dalszą terapię do ośrodków specjalistycznych (Załączniki nr 7, 9 i 11).

- 2) w etapie II ocena efektywności przeprowadzona będzie przez ewaluację efektów rehabilitacji po 2 miesiącach uczestnictwa w ćwiczeniach oceniane parametrami sprawności wynik prędkości chodu w m/sek i wynikiem punktowym testu POMA, oraz wydanymi dla każdego zakwalifikowanego do rehabilitacji uczestnika zaleceniami pisemnymi do kontynuacji rehabilitacji domowej - załącznik nr 5.[¹⁸]

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1. Populacja docelowa

Uwzględniając dużą liczbę beneficjentów Programu oraz mając na uwadze jego skuteczne oddziaływanie zaplanowano utworzenie **docelowych przedziałów wiekowych jego uczestników dla trzech kategorii wiekowych: 60 – 64 r. ż ; 75 – 79 r. ż i > 85 r. ż.**

Od 25 lat stosuje się podział starości na trzy fazy: młodzi starzy (young old) – osoby w wieku 60/65-74 lata, – starzy starzy (old old) – osoby w wieku 75-84 lata, – najstarsi starzy (the oldest old) – osoby w wieku 85 lat i więcej. Analogiczny podział w dotarciu do grup docelowych zastosowano w Programie. Osoby zapraszane do uczestnictwa w badaniu to trzy grupy mieszkańców Katowic określone rocznikami urodzin:

- pierwsza grupa mieszkańców to osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 60, 61, 62, 63, 64 rok życia, kwalifikowane jako grupa „wczesna starość”,
- druga grupa to osoby, które ukończyły lub ukończą w roku realizacji programu 75, 76, 77, 78, 79 rok życia, kwalifikowane jak grupa w „zaawansowanej starości”,
- trzecia grupa będzie grupą otwartą dla seniorów w wieku po 85 roku życia.

Według danych GUS i analizy Prof. Szukalskiego [¹⁹] na terenie Katowic populacja osób w przedziałach pomiędzy 60 a 64 r. ż. wynosi w 20 r. 22 537 osób, w przedziale 75 a 79 r. życia 11 327 osób zaś populacja powyżej 85 r. życia liczyła 5582 osoby. W nadchodzących 30 latach będzie malała liczebność pierwszej grupy docelowej na rzecz drugiej i trzeciej, w której dynamika wzrostu będzie szczególnie szybko rosła po 2020 roku.

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Opisane przedziały rocznikowe pozwolą na skoncentrowanie stosunkowo licznych grup potencjalnych beneficjentów przez cały okres Programu od 2021 do 2027 roku i umożliwią korzystanie z badań, średnio w roku populacji ok. 700 osób w podgrupie „wczesnej starości”, ok. 700 osób w podgrupie „zaawansowanej starości” oraz ok. 700 osób w grupie osób w wieku 85

¹⁸Tinetti M.E. 1986 Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. J Am Geriatr Soc, 34: 119-126); Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R.

¹⁹ https://rops-katowice.pl/dopobrania/2012.12_seniorzy.pdf

i więcej. W tak wytypowanych trzech podgrupach zaplanowano w okresie trwania programu jednorazowe roczne uczestnictwo ok. 2100 osób rocznie a w ciągu całego okresu 7 lat trwania programu 14 700 osób. Program jest zaplanowany na całą populację > 60 r. ż. i nie koncentruje się wyłącznie na celu jakim jest zdrowe starzenie (*healthy ageing*), gdyż w zaawansowanej starości starzenie odbywa się z obecnością chorób. Zaplanowany jest tak by wszystkie trzy badane grupy uczestników mogły mieć równomierny dostęp do badań. W przedziale do 70 r. życia uczestnicy są jeszcze statystycznie sprawni i zaradni więc będą się zgłaszali najintensywniej, podczas gdy dwie starsze populacje, 75+ i 85+ nie mają już takiej zaradności i możliwości korzystania z opieki zdrowotnej i badań. W nich jest najwięcej osób, do których Program ma dotrzeć i dzięki takiej zasadzie proporcjonalnego przedstawicielstwa, wszyscy mają zagwarantowany równy dostęp.

Kryteriami dyskwalifikacji będą: chęć zbyt częstego korzystania z udziału w Projekcie (założono okres co 36 miesięcy w oparciu o pisemne oświadczenie uczestnika o niekorzystaniu z programu w okresie ostatnich 36 miesięcy), niespełnienie warunku wieku uczestnika kwalifikującego do udziału w programie oraz niesprawność funkcjonalna ograniczająca rozumienie zasad uczestnictwa, bądź choroby z zachowaniami społecznymi. Realizator dysponuje deklaracją Wykonawców o przestrzeganiu kryteriów kwalifikacji.

III.3. Planowane interwencje

Informacja o programie będzie przekazywana mieszkańcom Katowic za pośrednictwem ogłoszeń i materiałów dla placówek medycznych, gazet lokalnych, na tablicach ogłoszeń w osiedlach i poprzez elektroniczne informatory w portalach miejskich. Zaplanowano też audycje telewizyjne w mediach lokalnych na temat programu. Tymi kanałami rozpowszechniane zostaną przez miasto Katowice materiały dla uczestników o celach programu, adresatach do których jest on kierowany, miejscach realizacji, etapach programu wraz z wykazem wykonawców i ich lokalizacją na miasta. W zależności od realizacji programu zaplanowano też informacje radiowe, drukowane rozsyłane do spółdzielni mieszkaniowych i wspólnot mieszkańców oraz informacje w komunikatorze informacji miejskiej rozsyłanej SMS-ami i w środkach komunikacji miejskiej.

W badaniach profilaktycznych prowadzonych na poziomie praktyk lekarzy rodzinnych, które zostaną w drodze konkursu zakwalifikowane do realizacji etapu podstawowego, zgłaszająca się osoba zostanie oceniona w badaniu lekarskim w następującym zakresie:

- 1) Obecność ujawnionego nieskutecznie leczonego nadciśnienia (ocena wywiadu, stosowania leków, pomiarów RR i /lub obecność hipotensji ortostatycznej (test pionizacyjny).
- 2) Podejrzenie obecności nieprawidłowej przemiany węglowodanowej lub źle leczonej cukrzycy (glikemia na czczo powyżej 100 mg% u osób bez wiedzy na temat cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%, badanie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c) wymagające rozpoczęcia pogłębionej diagnozy i weryfikacji leczenia lub przekazania do poradni diabetologicznej od poziomu HbA1c > 6,5 % wraz ze stwierdzoną glikemią na czczo > 100 mg%.
- 3) Podejrzenie o nieleczone choroby tarczycy (badanie palpacyjne i badanie TSH).

4) Podejrzenie o nieleczone deficyty poznawcze wymagające przekazania do leczenia do poradni geriatrycznej (prawidłowe wykonanie testu Mini Cog – wykonanie testu na poziomie 5 punktów potwierdza brak dysfunkcji pamięci – Załącznik Nr 1 i Nr 3.

U pacjentów z łagodnym do umiarkowanego otępienia, systematyczne leczenie naczyniowych czynników ryzyka zapobiega patologii naczyniowo-mózgowej, co może mieć wpływ na zwolnienie progresji otępienia. Warunkiem jest identyfikacja obecności otępienia w fazie łagodnej, co bez oceny przesiewowej sprawności pamięci nie jest możliwe.

5) Podejrzenie o niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do rehabilitacji ruchowej na poziomie poradni geriatrycznej. Pytanie o upadki – powyżej 2 /12 miesięcy- wymaga dalszej diagnostyki w poradni geriatrycznej; test wstań i idź – Time Up & Go (TUG) o czasie > 12 sek. (i >14 sek. dla osób w wieku 85+), również jest wskazaniem do skierowania do poradni geriatrycznej. Załącznik Nr 1.

6) Stwierdzenie nieleczonych deficytów wzroku i słuchu (test pośredni czytania z oceną bliży, test Amslera, ocena orientacyjna słuchu) wymagają skierowania do poradni specjalistycznych (okulistycznej, foniatrycznej) – Załącznik Nr 2.

7) Stwierdzenie nierozpoznanych wcześniej objawów uznanych za niezbędne do potwierdzenia lub wykluczenia w programie (guzek w tarczycy, guzek w piersiach; wywiad w kierunku obecności krwi w stolcu; stwierdzony szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebytym udarem lub TIA) wymagających dalszego leczenia przez skierowanie do poradni specjalistycznych (endokrynologicznej, neurologicznej, chirurgicznej, onkologicznej, schorzeń sutka).

8) Ocena ryzyka 10 letniego złamania kości szyjki udowej w oparciu o wskaźnik FRAX.

(www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40; www.ostoporoza.pl) i przekazanie osób zagrożonych do leczenia w poradniach specjalistycznych prowadzących leczenie antyresorbcyjne, (Poradnia Ortopedyczna, lub Poradnia Leczenia Osteoporozy) posiadające densytometr z oceną gęstości szyjki kości udowej. Wskaźnik ryzyka złamania biodra – FRAX > 11% dla kobiet i > 20% dla mężczyzn są wskazaniami do kierowania osób z takimi wynikami do poradni specjalistycznej. Załączniki nr 1.

9) Każdy uczestnik programu zostanie objęty edukacją zdrowotną na temat szeroko pojętego zdrowego stylu życia, w tym otrzyma materiały edukacyjne dot. profilaktyki zdrowotnej w wieku senioralnym i zdrowego stylu życia.

Zaplanowany w etapie drugim Programu zakres rehabilitacji dotyczyć będzie osób, u których stwierdzono, mimo przeprowadzonej diagnostyki i terapii, niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do terapii ruchem (dodatni wywiad w kierunku upadków > 2 /rok w połączeniu z wynikiem testu wstań i idź > 12 sek. i > 14 sek. dla populacji 85+. Każdy skierowany do rehabilitacji uczestnik będzie miał na początku i na koniec cyklu ćwiczeń przeprowadzone dwukrotnie : ocenę prędkości chodu w m/sek. oraz test POMA. Załącznik Nr 5. W etapie rehabilitacyjnym zaplanowano ćwiczenia usprawniające wykonywane dwukrotnie w tygodniu, (po godzinie zegarowej). Są to zestawy ćwiczeń aktywizujących ruchowo, dla osób zakwalifikowanych przez lekarzy rodzinnych, które będą prowadzone w okresie 2 miesięcy. Koszt transportu uczestników zakwalifikowanych do Programu pokrywa uczestnik lub jego

opiekun. Efekty tej części Programu, w zakresie rehabilitacji będzie oceniany miarą poprawy ocenianych parametrów (prędkość chodu i test POMA) raportowanych co dwa miesiące po zakończeniu cyklu ćwiczeń. Wykonawcy rehabilitacji podobnie jak wykonawcy etapu podstawowego przez kontakt z uczestnikami Programu będą zobowiązani do prowadzenia w oparciu o przygotowane dla potrzeb Programu przez miasto Katowice materiały, edukacji zdrowotnej na temat stylu życia w podeszłym wieku oraz przekazaniem dla każdego zakwalifikowanego do rehabilitacji uczestnika zaleceń pisemnych do kontynuacji rehabilitacji domowej. Materiały dla uczestników związane z kontynuacją ćwiczeń jakie przygotowują dla uczestników realizatorzy zostaną oceniane i zakwalifikowane przy wyborze realizatorów części rehabilitacyjnej Programu. Materiały informacyjne dla uczestników przygotowane przez Zamawiającego zawierać będą adresy kontaktowe Wykonawców części podstawowej i rehabilitacyjnej. Wykonawcy części podstawowej i rehabilitacyjnej są zobligowani do przekazania wyników badań i analiz efektywności Programu do Urzędu Miasta. Załączniki Nr 6, 7, 8, 9,10 i 11 zgodnie z opisanymi powyżej terminami.

W związku z tym, że niektóre zaproponowane w ramach programu działania znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w celu wykluczenia możliwości ich podwójnego finansowania, w umowach zawartych z realizatorami wprowadzone będą zapisy o braku możliwości wykazywania tych samych świadczeń w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Urzędem Miasta Katowice.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu profilaktyki zdrowotnej

Program planuje się przeprowadzić w oparciu o wyłonione w drodze konkursu wytypowane placówki medyczne. Planuje się, by w programie uczestniczyło ok. 10 wybranych Praktyk Lekarzy Rodziny z terenu miasta, oraz minimum 3 ośrodki rehabilitacji z dostępem komunikacji miejskiej w pobliżu ośrodka. Zaplanowano etap podstawowy realizacji programu, który odbywał się będzie w Praktykach Lekarzy Rodziny. Do jednej praktyki zgłosić się może od 50 do 200 osób w ciągu rocznego okresu realizacji programu. W etapie podstawowym wyłonione w programie Praktyki Lekarzy Rodziny będą realizować następujące czynności:

- 1) umawianie uczestników na badania z informacją o zachowaniu 8 godzinnego okresu nie jedzenia i zabrania z sobą okularów do czytania oraz ewent. aparatów słuchowych oraz używanych lasek i kul,
- 2) przeprowadzenie badań według zapisanego w programie planu,
- 3) ocena stanu zdrowia badanej osoby z wdrożeniem lub korektą leczenia części uczestników
- 4) z nieprawidłowymi wynikami,
- 5) przesłanie części badanych osób do specjalistycznych poradni (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych),
- 6) przesłanie części badanych osób do specjalistycznych oddziałów szpitalnych w konkretnym

celu diagnostyczno-terapeutycznym,

- 7) kwalifikowanie i kierowanie uczestników do etapu Rehabilitacyjnego programu.
- 8) ewaluacja wstępna oceny sprawności psychoruchowej uczestników i ewaluacja po zakończeniu programu przeprowadzana do 4 miesięcy od zakończenia uczestnictwa.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnicy Programu mogą na każdym jego etapie bez ponoszenia kosztów, zrezygnować z uczestnictwa, przekazując informację o tym telefonicznie, a następnie pisemnie z przesłaniem stosownego oświadczenia do Realizatora, który przy rozpoczęciu programu informuje o takiej możliwości z podaniem informacji o wydaniu lub sposobie pobrania druku rezygnacji. Druk rezygnacji zawiera adres Realizatora i podanie przyczyny rezygnacji. Można go wysłać drogą elektroniczną. Uczestnicy kończący Program, którzy uzyskali w Ankiecie Mini-Cog wynik pomiędzy 4-5 pkt. podczas pierwszego badania i wypełnili Ankietę Oceny Wstępnej, po zakończeniu programu wypełniają Załącznik Nr 13, to znaczy - Ankietę oceny końcowej dla uczestnika programu.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

Program profilaktyki dla osób „trzeciego i czwartego wieku” będzie realizowany w dwóch etapach: etapie **podstawowym** i etapie **rehabilitacyjnym**. Wykonawcy obydwu etapów zostaną wyłonieni w drodze otwartego konkursu ofert.

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Realizacja „Programu profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku” – etap podstawowy będzie obejmować:

- 1) Telefoniczne umawianie uczestników zgłaszających się do programu na badania z informacją o konieczności zgłoszenia się do badań na czczo i zabrania z sobą okularów do czytania oraz ewentualnie aparatów słuchowych, a także używanych lasek i kul.
- 2) Dokonanie lekarskiej oceny stanu zdrowia według protokołu badania stanowiącego załącznik do Programu, w skład którego wchodzi m.in.:
 - pomiar ciśnienia tętniczego krwi i analiza skuteczności leczenia ew. ujawnionego nadciśnienia (ocena wywiadu, stosowania leków, pomiarów RR i/lub obecność hipotensji ortostatycznej - test pionizacyjny),
 - oznaczenie poziomu glukozy na czczo oraz po posiłku wraz z oceną przemiany węglowodanowej,
 - badanie sprawności pamięci - wykonanie testu Mini Cog,
 - badanie poziomu hemoglobiny glikowanej HbA1c,
 - badanie poziomu lipidów: HDL, LDL, cholesterol całkowity,

- badanie poziomu TSH,
- ocena sprawności fizycznej z wyłonieniem osób zagrożonych niesprawnością ruchową, wymagających kwalifikacji do rehabilitacji ruchowej na poziomie poradni geriatrycznej. Pytanie o upadki – powyżej 2 /12 miesięcy, test wstań i idź – Time Up & Go (TUG),
- badanie wzroku i słuchu (test pośredni czytania z oceną blizy, test Amslera, ocena orientacyjna słuchu), a w przypadku wykrycia nieprawidłowości kierowanie do dalszej diagnostyki i leczenia w poradniach specjalistycznych (okulistycznej, foniatrycznej) w ramach NFZ,
- badanie palpacyjne tarczycy,
- badanie palpacyjne sutków,
- badanie w kierunku występowania szmeru naczyniowego nad tętnicą szyjną,
- ocena ryzyka 10 letniego złamania kości szyjki udowej w oparciu o wskaźnik FRAX,
- udzielenie drukowanej informacji o zasadach prozdrowotnego stylu życia wszystkim osobom badanym w programie,
- przeprowadzenie oceny kondycji psychofizycznej uczestników metodą ankietową na początku Programu i po 4 miesiącach od jego zakończenia. Załącznik Nr 12 wypełniony na początku Projektu przez osoby z wynikiem Mini Cog 4 -5 pkt., oraz ponowna ewaluacja efektów Programu przez wypełnienie po 4 miesiącach od rozpoczęcia w nim udziału - Załącznika Nr 13, otrzymanego w wersji do zwrotnego wysłania listu /poczty Em. przesłanego/ej przez Uczestnika na adres Realizatora. Ankiety Załączników 12 i 13 wg wzorów dostarcza Realizatorom Wydział Polityki Społecznej UM Katowice,
- wyłonienie osób, u których stwierdzono niesprawność ruchową i zakwalifikowanie do udziału w etapie rehabilitacyjnym Programu.

3) Interpretacja uzyskanych wyników oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego do poradni specjalistycznych (geriatrycznych, endokrynologicznych, neurologicznych, chirurgicznych, onkologicznych, schorzeń sutka, okulistycznych, foniatrycznych, diabetologicznych) lub leczenia w szpitalnych oddziałach specjalistycznych.

4) Przekazanie na zakończenie etapu podstawowego informacji pisemnej o: wynikach badania Załącznik Nr 4 z adnotacją pisemną na karcie wyników, iż kolejne badanie w ramach Programu może się odbyć po minimum 36 miesiącach przerwy.

Realizacja „Programu profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku” – etap rehabilitacyjny dla mieszkańców Katowic, będzie możliwa dla uczestników etapu podstawowego, u których stwierdzono niesprawność ruchową i którzy zostali zakwalifikowani do terapii ruchem przez lekarzy rodzinnych. Organizacja programu będzie wyglądała następująco:

- 1) Uczestnicy będą kierowani do etapu rehabilitacyjnego Programu przez lekarzy rodzinnych podczas etapu podstawowego Programu.
- 2) W ramach programu u każdego uczestnika Programu zostanie przeprowadzona:
 - kwalifikacja do Programu dokonana w oparciu o wspólną ocenę stanu zdrowia przez lekarza specjalistę rehabilitacji oraz rehabilitanta.

- wykonanie testów sprawności fizycznej - dwukrotna ocena prędkości chodu w m/sek. oraz dwukrotne wykonanie testu POMA zgodnie z załącznikiem nr 5 do Programu (czas trwania: po ok. 1 godz. na początku i na końcu programu).

- rehabilitacja ruchowa obejmująca 16 godzin zajęć rehabilitacyjnych usprawniających dla każdego uczestnika Programu.

3) Rehabilitacja ruchowa będzie prowadzona w grupach nie większych niż 10 osobowe w cyklu 16 spotkań, które będą odbywały się 2 razy w tygodniu po 1 godzinie zegarowej.

4) Zakres ćwiczeń będzie dostosowany do stanu zdrowia osób uczestniczących w programie przez lekarza o specjalności rehabilitacja ruchowa w porozumieniu z rehabilitantem.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizatorzy "Programu profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku" – etap podstawowy powinni spełniać następujące warunki:

- 1) Świadczenie na terenie Katowic świadczeń zdrowotnych określonych w Programie,
- 2) Wyposażenie w laboratorium lub gwarantowany dostęp do laboratorium (potwierdzony kopią stosownej umowy) z możliwością oznaczenia poziomu cukru we krwi,
- 3) Zapewnienie fachowego personelu medycznego dla potrzeb Programu:
- 4) co najmniej jeden lekarz rodzinny,
- 5) pielęgniarki, które będą wypełniać następujące zadania: współdziałanie w części edukacyjnej i promocyjnej programu, administracyjno-techniczna obsługa programu, w tym co najmniej jedna pielęgniarka środowiskowa z uprawnieniami (wymagana kopia zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursu),
- 6) Gabinet lekarski spełniający pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,
- 7) Zapewnienie pacjentom ze stwierdzonymi nieprawidłowościami dalszej diagnostyki i leczenia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz zapewnienie zleceniodawcy kompletnej informacji o wynikach przeprowadzonych badań,
- 8) Prowadzenie rejestru uczestników Programu i dokumentacji medycznej związanej z realizacją i ewaluacją Programu.

Realizatorzy "Programu profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku" – etap rehabilitacyjny powinni spełniać następujące warunki:

- 1) Realizatorami Programu mogą być podmioty wykonujące działalność leczniczą w mieście Katowice, dysponujące salami do ćwiczeń fizjoterapeutycznych oraz dysponujące kadrą niezbędną do wykonania zadania.
- 2) Lokalizacja podmiotu realizującego zadanie z usytuowaniem w pobliżu przystanku komunikacji miejskiej,
- 3) Realizator zapewnia fachowy personel dla potrzeb Programu, w tym:

- co najmniej jeden lekarz specjalista rehabilitacji ruchowej lub formalnie nawiązana współpraca z lekarzem specjalistą rehabilitacji ruchowej, potwierdzona kopią stosownej umowy,
 - co najmniej jeden rehabilitant lub formalnie nawiązana współpraca z rehabilitantem, potwierdzona kopią stosownej umowy.
- 4) Pomieszczenia i urządzenia zakładu realizującego Program powinny spełniać wymogi rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 8 kwietnia 2019 r. w sprawie warunków technicznych jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2019 r., poz. 1065) w części dotyczącej sal do ćwiczeń fizjoterapeutycznych.
- 5) Realizator zapewnia sprzęt niezbędny do przeprowadzenia zajęć rehabilitacyjnych, w tym m.in.: maty i przyrządy do ćwiczeń.
- 6) Realizator będzie prowadził rejestr uczestników Programu i dokumentację związaną z realizacją i ewaluacją Programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie i ewaluacja

Ewaluacja Programu wymaga odnotowania w miesięcznym i rocznym raporcie informacji o stwierdzonych nieprawidłowościach, rozpoczętym i wdrożonym przez lekarza rodzinnego leczeniu, wydanych skierowaniach od poradni i oddziałów, zwrotnej dostarczonej przez skierowanego uczestnika programu informacji w raporcie rocznym, o potwierdzonych dzięki programowi diagnozach i stałym leczeniu pod nadzorem poradni oraz o poprawie stanu psychoruchowego u osób z Mini Cog > 4 pkt. Każdy uczestnik Programu otrzyma wyniki badań z ich opisem, materiały edukacyjne na temat stylu życia w wieku po 60 r. ż. oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki / leczenia. Załącznik Nr 4. Zaplanowany w programie zakres rehabilitacji dotyczy będzie osób, u których stwierdzono, mimo przeprowadzonej diagnostyki i terapii, niesprawność ruchową wymagającą kwalifikacji do terapii ruchem (dodatni wywiad w kierunku upadków > 2 /rok w połączeniu z wynikiem Testu Wstań i Idź > 12 sek. (dla osób 85+ > 14 sek.) Każdy skierowany do rehabilitacji uczestnik będzie miał na początku i na koniec cyklu ćwiczeń przeprowadzone dwukrotnie : ocenę prędkości chodu w m/sek. oraz test POMA. Załącznik nr 5. raportowanych co dwa miesiące po zakończeniu cyklu ćwiczeń. Wykonawcy rehabilitacji podobnie jak wykonawcy etapu podstawowego przez kontakt z uczestnikami programu będą zobowiązani do prowadzenia w oparciu o przygotowane dla potrzeb programu przez miasto Katowice materiały, edukacji zdrowotnej na temat stylu życia w podeszłym wieku oraz przekazaniem dla każdego zakwalifikowanego do rehabilitacji uczestnika zaleceń pisemnych do kontynuacji rehabilitacji domowej. Materiały dla uczestników związane z kontynuacją ćwiczeń jakie przygotowują dla uczestników realizatorzy zostaną oceniane i zakwalifikowane przy wyborze realizatorów części rehabilitacyjnej programu. Materiały informacyjne dla uczestników przygotowane przez zamawiającego zawierać będą adresy kontaktowe wykonawców części podstawowej i rehabilitacyjnej. Wykonawcy części podstawowej i rehabilitacyjnej są zobligowani

do przekazania wyników badań i analiz efektywności programu do Urzędu Miasta - załączniki nr 6, 7, 8, 9,10, 11 i 14, zgodnie z opisanymi powyżej terminami.

Monitorowaniu będą podlegać również następujące dane:

- 1) liczba osób zakwalifikowanych do udziału w I etapie programu,
- 2) liczba osób objętych I etapem Programu – etap podstawowy,
- 3) liczba osób, które zrezygnowały z udziału w I etapie programu (z podaniem przyczyny)
- 4) liczba osób zakwalifikowanych do udziału w II etapie programu,
- 5) liczba osób objętych II etapem Programu – etap rehabilitacyjny,
- 6) liczba osób, które zrezygnowały z udziału w II etapie programu (z podaniem przyczyny).

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

Na całość budżetu składać się będą m.in. koszty:

- 1) akcji informacyjno-edukacyjnej (ogłoszenia w mediach, wydruki materiałów informacyjnych, ewaluacyjnych itd.) realizowanej w ramach zadań bieżących Urzędu Miasta Katowice);
- 2) badań lekarskich i rehabilitacji w ramach I oraz II etapu programu.

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszt udziału 1 osoby w etapie I programu szacuje się na ok. 124,60 zł, natomiast w II etapie programu na ok. 260 zł. Koszty zostały oszacowane na podstawie rzeczywistych stawek przedstawionych przez realizatorów Programu w 2020 roku.

VI.2. Koszty całkowite

Planowany kosztorys roczny:

Rodzaj wydatków	Liczba jednostek	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
Koszt etapu I programu	2100 os.	124,6 zł	261 660,00 zł
Koszt etapu II programu	315 os. (ok. 15% etapu I)	260 zł	81 900,00 zł
Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej	1	2 000 zł	2 000 zł
Razem			345 560,00 zł

Koszty ewaluacji i monitorowania programu zostaną zrealizowane w ramach działań bieżących Wydziału Polityki Społecznej Urzędu Miasta Katowice.

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację „Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027”.

VII. Bibliografia

- 1) Borson S, Scanlan JM, Chen P, Ganguli M. The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population- based sample. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2003; 51: 1451-1454.
- 2) Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce, pod red. M. Mossakowskiej, A. Więcka, P. Błędowskiego, Poznań, Termedia Wydawnictwa Medyczne, 2012, ISBN: 978- 83- 62138 - 81- 4.
- 3) Bryła M., Maniecka-Bryła I., Proces starzenia populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s. 40 – 46.
- 4) Donoghue O.A., Horgan F.N., Savva G.M., Cronin H., O'Regan C., Kenny A.R., Association Between Timed Up-and-Go nad Memory, Executive Function, and Processing Speed, *J Am Geriatr Soc*, tom 60, nr 9, s.1681-1686.
- 5) Duda M., Organizacja opieki nad osobami z demencją w Polsce na tle krajów rozwiniętych i rozwijających się, „Gerontologia Polska” 2010, tom 18, s. 76-85.
- 6) Holsinger T., Plassman B.L., Stechuchak K.M., Burke R.J., Coffman C.J., Williams jw., Screening for Cognitive Impairment: Comparing the Performance of Four Instruments in Primary Care, *J Am Geriatr Soc*, tom 60, nr 9, s.1027-1036.
- 7) Is Frailty a Prodromal Stage of Vascular Dementia? Results From the Free- City Study, Avila-Funes J.A., Ritchie K., Rouaud O., Tzourio Ch., Dartigues J.F., Amieva H., *J Am Geriatr Soc* 2012 , tom 60, nr 9, s. 1708-1712.
- 8) Jones David S., Podolsky Scott H., Greene Jeremy A., The Burden of Disease and the Changing Task of Medicine [online], *The New England Journal of Medicine* [dostęp: 21.08.2012], Dostępny w Internecie: [www.nejm.org] <http://www.nejm.org/>
- 9) Kapusta J., Kapusta A., Irzmański R., Rola treningu fizycznego w prewencji omdleń wazowagalnych w wieku podeszłym, „Geriatrics” 2012, tom 6, s. 50-55.
- 10) Krajewski-Siuda Krzysztof, Polskie narzędzie zapewnienia jakości samorządowych programów promocji zdrowi, Katowice, Śląska Akademia Medyczna, 2006.
- 11) Krzywińska-Siemaszko R., Wieczorkowska-Tobis K., Sarkopenia – w kierunku wystandaryzowanych kryteriów, „Geriatrics” 2012, tom 6, s. 46-49.
- 12) Morley John. E., *Clinics in Geriatric Medicine*, dostępny w Internecie: [geriatric.theclinics.com]
- 13) Pasek T., Pasek J., Witiuk-Misztalska A., Sieroń A., Leczenie ruchem (kinezyterapia) pacjentów w podeszłym wieku, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s. 68-76.
- 14) Puszczałowska-Lis E., Związki kąta Clarke'a z cechami przedniej i tylnej strefy podparcia oraz częstość występowania deformacji stóp u kobiet w wieku geriatrycznym, „Gerontologia Polska” 2011, tom 19, s 33-39.

- 15) Reijmer Y.D., Van den Berg E., Dekker M. J., Nijpels G., Stehouwer A., Kappelle J., Biessels G. J., Development of Vascular Risk Factors over 15 Years in Relation to Cognition: The Hoorn Study, *J Am Geriatr Soc* 2012, tom 60, nr 8, s. 1426-1433.
- 16) Samaras K., Crawford J., Baune B.T., Campbell L.V., Smith E., Lux O., Brodaty H., Trollor J.N., Sachdev P., The Value of the Metabolic Syndrome Concept in Elderly Adults: Is it worth less than the Sum of Its Parts?, *J Am Geriatr Soc* 2012, tom 60, nr 9, s. 1734-1740
- 17) Searle D. Samuel, Mitnitski A., Gahbauer E. A., Gill T. M., Rockwood K., A standard procedure for creating a frailty index, „*BMC Geriatrics*” 2008. www.biomedcentral.com
- 18) <http://www.geriatria.mz.gov.pl>. Pomocnicze materiały szkoleniowe dla uczestników szkoleń z zakresu opieki geriatrycznej.
- 19) Podsiadlo D., Richardson S.: The Timed Up & Go: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-148; Bohannon RW.: Reference values for the timed up and go test: a descriptive meta-analysis. *J Geriatr Phys Ther* 2006;29:64-68).
- 20) (POMA) Tinetti M.E. 1986. Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 34: 119-126);
- 21) Abrams W.B., Beers M.H., Berkow R. 1995 *The Merck Manual of Geriatrics* second edition. Whitehouse Station, Merck Research Laboratories, New York.
- 22) Badurski JE i wsp. Epidemiologia złamań osteoporotycznych i ocena 10-letniego ryzyka złamania w populacji kobiet regionu Białystok (BOS-2) algorytmem FRAX™- WHO. *Reumatologia*. 2008; 2, 72-79.
- 23) World Health Organization. Use of glycosylated haemoglobin (HbA1c) in the diagnosis of diabetes mellitus. Geneva. Switz. WHO. 2011.
- 24) MSD Podręcznik Geriatrii. Red Abrams W. B. Red. wydania polskiego Galus K. Kocemba J. Wyd. Urban & Partner. 1999. Str. 928.
- 25) Gordon DJ, Rifkind BM. Treating high blood cholesterol in the older patient. *Am. J Cardiol*. 1989;63(16):48H.
- 26) GUS.<http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx>rafia.stat.gov.pl/bazademografia/Prognoza.aspx).
- 27) Wojtyńska R. Rekomendacje w badaniu neuropsychologicznym: screeningowym i pogłębionym w łagodnych zaburzeniach poznawczych (MCI). *Psychogeriatrya Polska* 2012;9(4):161-172.
- 28) [K. S. Frederiksen](#)., [C. Cooper](#) ., [G. B. Frisoni](#) i wsp.: A European Academy of Neurology guideline on medical management issues in dementia. *European Journal of neurology*. 2020.27.10.1805-1820. <https://doi.org/10.1111/ene.14412>
- 29) A. J. Larner. *Manual of Screeners for Dementia Pragmatic Test Accuracy Studies* ISBN 978-3-030-41635-5 ISBN 978-3-030-41636-2 (eBook) .<https://doi.org/10.1007/978-3-030-41636-2>
- 30) <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/canjclin.54.6.345>
- 31) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4933534/#b12-bmi-11-2016-095>

**Instrukcja badań w części podstawowej
„Programu profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku”**

- Ocena hipotonii ortostatycznej (HO)

Pomiar ciśnienia tętniczego w pozycji leżącej (najlepiej po przynajmniej 15-minutowym leżeniu), a następnie powtórzony w ciągu 3 minucie po pionizacji.

Interpretacja: Za dodatni wynik testu przyjmuje się spadek wartości skurczowego ciśnienia tętniczego przynajmniej o 20 mm Hg lub rozkurczowego, przynajmniej o 10 mm Hg.

- Ocena widzenia– badanie przesiewowe

Test Snellena do bliży – czytanie tekstu z tablicy w okularach do bliży, lub bez dla osób nie korzystających z okularów z odległości około 30 cm, badanie każdego oka osobno (kolejno zasłonięte lewe i prawe oko). Wynik zapisujemy ze skali uwidocznionej na tablicy dla najdrobniejszego poprawnie przeczytanego tekstu dla każdego oka osobno. Tablica do czytania tekstu w materiałach dla Wykonawcy.

- Ocena słuchu – badanie przesiewowe

Test szeptu: Słuch oceniamy z odległości 6 m (sześć dużych kroków). Polecamy badanemu powtarzanie sekwencji liczb wypowiedzianych szeptem:

6 m: 99 88 76 85

5 m: 44 25 14 33

4 m: 4 92 73 56

3 m: 21 35 52 78

2 m: 1 19 27 94

1 m: 39 3 45 51

<1 m: 44, 25, 3, 8

Wynik podajemy w metrach odległości, z której badany bezbłędnie powtórzy kolejne liczby. Interpretacja : 1 m lub mniej – znaczne upośledzenie słuchu; 2-5 m nieznaczne lub średnie upośledzenie słuchu; 6 m norma.

- Test Amslera

Jest używany do oceny widzenia w obrębie dołka środkowego siatkówki w kierunku przesiewowego wykrywania zależnego od wieku zwyrodnienia plamki żółtej (AMD, Age-related Macular Degeneration). Instrukcja: Badanie przeprowadza się dla każdego oka osobno. Test polega na obserwacji z odległości 30 cm siatki Amslera, będącej kwadratem o boku 10 cm podzielonym czarną albo białą siatką linii przecinających się co 0,5 cm.

Należy zadać pacjentowi następujące pytania:

- Czy wszystkie linie są liniami prostymi?

- Czy wszystkie kwadraty mają taki sam rozmiar?

W przypadku „falowania” linii lub „nierówności” kwadratów badanego kierujemy do poradni okulistycznej.

- Test „Wstań i Idź” - Timed Up and Go (TUG)

1. Test służy między innymi do oceny chodu i sprawności funkcjonalnej. Przeprowadzenie testu: Badany siedzi na krześle z plecami opartymi o oparcie (odległość siedziska od podłoża 46 cm). Na komendę "START" badany ma za zadanie:
 1. wstać z krzesła;
 2. pokonać po płaskim terenie w normalnym tempie dystans 3 metrów;
 3. przekroczyć linię kończącą wyznaczony dystans;
 4. wykonać obrót o 180 stopni;
 5. wrócić do krzesła i ponownie przyjąć pozycję siedzącą.

Wynikiem testu jest czas potrzebny do wykonania zadania.

Interpretacja:

< 10 sekund – norma, sprawność funkcjonalna prawidłowa;

11-19 sekund – badany może samodzielnie wychodzić na zewnątrz, nie potrzebuje sprzętu pomocniczego do chodzenia, wskazana pogłębiona ocena ryzyka upadków i przyczyn spowolnienia chodu. Czas wykonania testu wynoszący ≥ 14 sekund wskazuje na duże ryzyko upadków.

20-29 sekund – częściowo ograniczona sprawność funkcjonalna, wskazana bardziej szczegółowa ocena;

≥ 30 sekund – znacznie ograniczona sprawność funkcjonalna, nie może wychodzić sam na zewnątrz, zalecany sprzęt pomocniczy do chodzenia, wymaga pomocy przy prawie każdej aktywności dnia codziennego. W Programie za wartość determinującą do przesłania do Poradni Geriatrycznej uznano czas > 12 sekund.

- Test Mini Cog. - Test przesiewowy oceny sprawności funkcji poznawczych

1. Osobie badanej wydaje się polecenie: wybrania, nazwania i zapamiętania dowolnych 3 przedmiotów z otoczenia w jakim znajduje się wraz z osobą prowadzącą badanie. Badający zapisuje te przedmioty
2. W drugiej części prosimy o wpisanie w narysowane na kartce formatu A5 koło, 12 godzin analogiczne jak w zegarze (cyfry mogą być rzymskie lub arabskie). Po ich wpisaniu osoba badana jest proszona o wrysowanie do koła, wskazówek zegara tak by pokazały godzinę 10 po 11 ej.
3. Kryterium prawidłowo wykonanego testu jest wpisanie do koła we właściwych odstępach 12 cyfr i wrysowanie z użyciem krótkiej – godzinowej i dłuższej minutowej wskazówki odpowiednio rozłokowanych na godzinę 11.10 wskazówek. Za nieprawidłowe wykonanie testu uznaje się niewłaściwe położenie wskazówek, użycie wskazówek o takiej samej długości, oraz niewłaściwe rozmieszczenie cyfr (niesymetryczne rozmieszczenie, grupowanie po jednej stronie, pomijanie godzin, umieszczanie godzin poza tarczą). Za prawidłowo wykonany test w obu zakresach (rozmieszczenie godzin i wrysowanie wskazówek) badany uzyskuje 2 punkty.

4. Bezpośrednio po wykonaniu testu zegarowego osobie badanej wydaje się polecenie odtworzenia nazw 3 wybranych uprzednio przedmiotów z otoczenia w jakim znajduje się badana osoba wraz z osobą prowadzącą badanie. Badający zapisuje nazwy tych przedmiotów.

Nazwy odtwarzane wybranych przedmiotów:

1.....

2.....

3.....

Wynik (0-3 pkt)

Za prawidłowo wykonaną część testu w zakresie przypominania, badany uzyskać może 3 punkty. Prawidłowo wykonany cały test Mini Cog to 5 punktów. Osoby z wartościami poniżej 5 pkt., od 4 w dół wymagają skierowania do Poradni Geriatrycznej w celu szerszej oceny sprawności funkcji poznawczych.

- Index Frax

Po zalogowaniu się na stronie: (www.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40 ; www.osteoporoza.pl) należy wypełnić elektroniczny kalkulator z zapoznaniem się zasad kwalifikacji danej osoby do grup ryzyka osteoporozy według instrukcji jak poniżej. W przypadku obecności klinicznych czynników ryzyka należy odpowiedzieć tak lub nie. Jeżeli pole pozostanie niewypełnione domyślną odpowiedzią jest "nie". Po wpisaniu danych i kliknięciu „wylicz” uzyskujemy wynik. Wynik kwalifikujący jako wysokie ryzyko złamania szyjki kości udowej odczytujemy w oparciu o czynniki środowiskowe z uwzględnieniem celowości wykonania badania BMD i włączenia terapii. Czynniki ryzyka jakie wzięto pod uwagę w kalkulatorze:

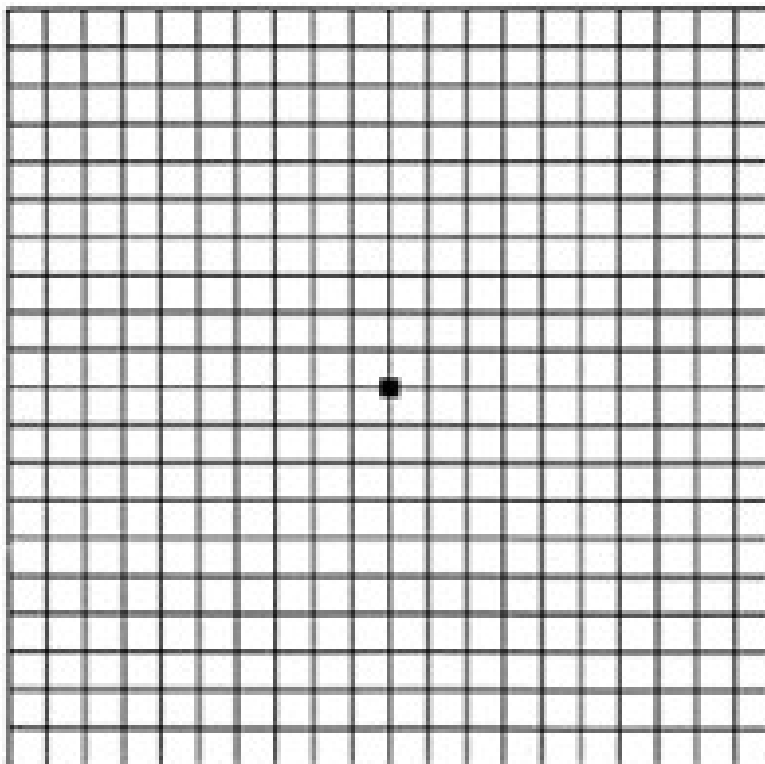
Wiek	Algorytm uwzględnia wiek od 40 do 90 lat. W przypadku wpisania innej wartości kalkulator użyje odpowiednio wartości 40 lub 90.
Płeć	Kobieta lub mężczyzna. Wpisz odpowiednio.
Waga	Wpisz liczbę w kg.
Wzrost	Wpisz liczbę w cm.
Przebyte złamania	Za przebyte złamanie uznaje się złamanie, które wystąpiło spontanicznie w okresie dorosłego życia, lub w wyniku urazu, który u zdrowej osoby nie spowodowałby złamania. Wpisz tak lub nie.
Złamanie biodra u rodziców	Jest to pytanie o przebyte u matki lub ojca złamanie biodra.
Obecne palenie tytoniu	Zaznacz „tak”, jeśli pacjent obecnie pali papierosy.
Glikokortykosteroidy	Zaznacz „tak” jeśli pacjent obecnie zażywa doustnie glikokortykosterydy lub zażywał je dłużej niż trzy miesiące w dawce odpowiadającej 5mg prednizolonu dziennie (lub ekwiwalent dawki innych glikokortykosteroidów).
Reumatoidalne zapalenie stawów	Zaznacz „tak” jeśli u pacjenta zdiagnozowano reumatoidalne zapalenie stawów. Jeśli nie było diagnozy, zaznacz „nie”.
Wtórna osteoporoza	Zaznacz „tak” jeśli pacjent ma schorzenie silnie związane z osteoporozą. Obejmuje to cukrzycę typu I (insulinozależną), wrodzoną łamliwość kości u dorosłych, nieleczonej przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesną menopauzę (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania oraz przewlekłą chorobę wątroby.

<p>Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie</p>	<p>Zaznacz „tak” jeśli pacjent spożywa 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Pojęcie jednostki alkoholu może różnić się zależnie od kraju i wynosić od 8 do 10g alkoholu jednak zwykle odpowiada kufłowi piwa (285ml), kieliszkowi wódki (30ml) lub kieliszkowi wina (120ml) lub jednej miarce aperitif (60ml).</p>
<p>Gęstość mineralna kości (BMD)</p>	<p>Wpisz nazwę densytometru oraz wynik badania BMD dla szyjki kości udowej (neck) (w g/cm²). Można również wprowadzić T-score oparty na normie NHANES III dla kobiet. U pacjentów bez wyniku BMD należy zostawić puste pole.</p>

Test Amslera

Nazwisko i imię..... Pesel

Data badania



Opis wyniku:

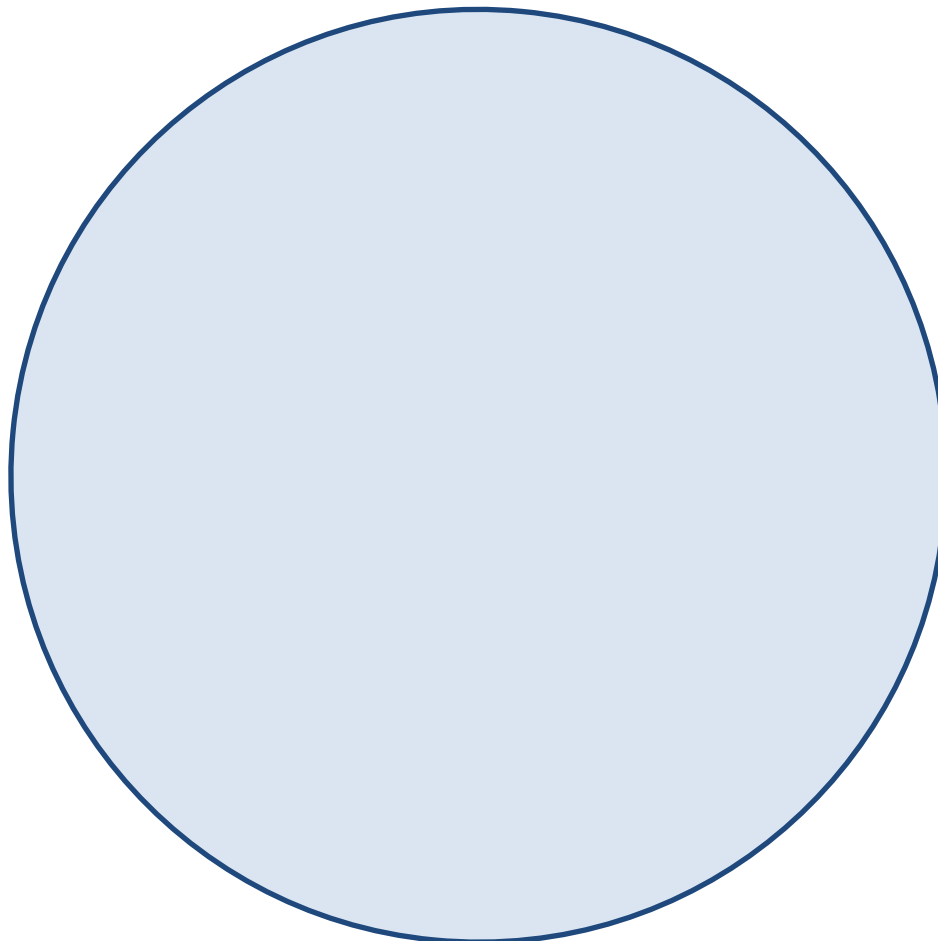
Okno lewe

Okno prawe.....

Test Zegara

Nazwisko i imię..... Pesel

Data badania



Test zegara rozmieszczenie godzin i wrysowanie wskazówek :

1..... Wynik (0 -2 pkt)

Nazwy odtwarzane wybranych przedmiotów:

1.....

2.....

3.....

Wynik (0-3 pkt)

Łączny wynik testu Mini Cog

Dane Realizatora

Data

Nazwisko i imię Pesel.....

Wyniki i zalecenia w badaniu Profilaktycznym ” Trzeciego i Czwartego wieku ”

1. Obecność nadciśnienia (tak, nie). Wartość pomiaru RR/.....mm Hg.
2. Skuteczność leczenia w przypadku stwierdzenia nadciśnienia (podkreślenie oceny) :
 - wysoka
 - niska , zlecono zmianę leczenia.
 - niewystarczająca , pełna korekta dawek w war. poradni specjalistycznej.
3. Obecność hipotensji ortostatycznej (tak, nie) . Wartości na leżąco A i po wstaniu B:
 - A.mm Hg; B. ... mm Hg .
4. Poziom cukru na czczo.....mg /dL. (czas w godzinach od ost. posiłku.....) N do 100 mg / dL
5. Poziom cukru po posiłku..... mg/ dL.
6. Poziom hemoglobiny glikowanej HbA1c (%) N 5,7 – 6,5
7. Poziom TSH N 0,27 – 4,2 μ IU/ml
8. Chol Całkmg/dL (N < 200) LDLChol..... mg/dL (N < 115)..... HDLChol..... mg/dL (N > 45)
9. Sprawność pamięci (podkreślenie oceny):
 - sprawna (Mini Cog = 5)
 - w granicy normy - sugerowana kontrola w Poradni Geriatrycznej.
 - osłabiona - sugerowana kontrola w Poradni Geriatrycznej.
10. Sprawność ruchowa
 - prawidłowa czas TUG sek
 - osłabiona (czas TUG > 12 sek.) u osób 85+ > 14 sek Wyniksek.
 - ilość upadków w minionym roku
11. Zdolność czytania : pełna , upośledzona mimo okularów (podkreślenie oceny).
12. Test Amslera na sprawność siatkówki : prawidłowy; upośledzony (podkreślenie oceny).
13. Badanie niedosłuchu: nie obecny, obecny wym. oceny audiologa (podkreślenie oceny).
14. Badanie palpacyjne tarczycy
.....
.....Ew. zalecenia.....
15. Badanie palpacyjne sutków
.....
.....Ew. zalecenia.....
16. Wywiad w kierunku krwi w stolcu (tak, nie).....

17. Szmer naczyniowy nad tętnicami szyjnymi u osoby po udarze lub przejściowym niedokrwieniu. (tak, nie).....

18. Wartość FRAX : dla kobiet..... zalecenia.....

19. Wartość FRAX : dla mężczyzn..... zalecenia.....

20. Do jakich poradni/ oddziału wydano skierowanie/a:.....

.....

.....

Podpis i stempel lekarza wykonującego badanie

Załącznik nr 5

Nazwisko i imię..... Pesel

Test do wykonania na początku i na koniec 2 miesięcznego cyklu rehabilitacji. W teście Tinetti (POMA) Performance Oriented Mobility Assessment ocenia się wykonanie 16 zadań. W poniższej modyfikacji ocenianych jest 9 pozwalających na ocenę utrzymania równowagi przy wykonywaniu różnych czynności i oceniana jest szybkość chodu stoperem na dystansie 5 m.

Instrukcja: Zgodnie z zaleceniami ocenia się punktowo poszczególne zadania, za których wykonanie badany otrzymuje 0, 1 lub 2 punkty w zależności od stopnia stwierdzonej nieprawidłowości.

RÓWNOWAGA			Data	Data
Badany powinien siedzieć na twardym krześle bez poręczy				
1.Równowaga podczas siedzenia	pochyla się lub ześlizguje z krzesła	0		
	zachowuje równowagę, zabezpieczony	1		
2. Wstawanie z miejsca	niezdolny do samodzielnego wstania	0		
	wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma	1		
	wstaje bez pomocy rąk	2		
3.Próby wstawania z miejsca	niezdolny do wstania bez pomocy	0		
	wstaje, ale potrzebuje kilku prób	1		
	wstaje przy pierwszej próbie	2		
4.Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca (pierwsze 5 s.)	stoi niepewnie (zatacza się, przesuwając stopy, wyraźnie kołysze tułowiem)	0		
	stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty	1		
	stoi pewnie bez żadnego podparcia	2		
5.Równowaga podczas stania	stoi niepewnie	0		
	stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.	1		
	stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia	2		
6.Próba trącania: (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha go, trzykrotnie trącając dłonią w klatkę piersiową na wysokości mostka)	zaczyna się przewracać	0		
	zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję	1		
	stoi pewnie	2		
7.Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego	stoi niepewnie	0		
	stoi pewnie	1		
8.Obracanie się o 360 °	ruch przerywany	0		
	ruch ciągły	1		
	niepewne (zataczanie się chwytanie przedmiotów)	0		
	pewne	1		
9.Siadanie	niepewne (źle ocenia odległość, opada na krzesło)	0		
	pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny	1		
	pewny, płynny ruch	2		
RÓWNOWAGA – Wynik końcowy				

1. Wynik testu POMApkt; Szybkość chodu..... m/sek. Data oceny.....

2. Wynik testu POMApkt; Szybkość chodu..... m/sek. Data oceny.....

Podpis osoby wykonującej ocenę

Dane Realizatora

Data.....

Raport miesięczny / roczny Realizatora Programu ” Trzeci i Czwarty wiek ”

Ilość zbadanych kobiet w przedziale wieku 60-64 w okresie: /oddo.....

Ilość zbadanych mężczyzn w przedziale wieku 60-64 w okresie : /oddo.....

OCENIANY PARAMETR STANU BADANEJ OSOBY	Kobiety	Mężczyźni
	Ilość kobiet dodatnim wynikiem	Ilość mężczyzn z dodatnim wynikiem
Nieskutecznie lecz. nadciśnienie (wart. śr. z pomiarów sprzed badania i aktualnego > 140 / 90mm Hg)		
Hipotensja ortostatyczna w teście HO		
Nieprawidłowy wynik TSH		
Wynik HbA1c > 6,5 %		
Nieprawidłowy lipidogram		
Nieprawidłowa przemiana węglowodanów lub źle leczona cukrzyca(glikemia na czczo powyżej 100 mg % u osób bez diagnozy cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę > 200 mg%)		

Wynik testu Mini Cog od 0 - 4 pkt		
Ilość upadków > 2 w minionych 12 miesiącach		
TUG > 12 sek		
Dodatni wynik testu Amslera		
Stwierdzona źle lecz. krótkowzroczność		
Stwierdzony a nie leczony niedosłuch		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w tarczycy		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w piersiach		
Dodatni wywiad w kierunku krwi w stolcu		
Szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA		
FRAX > 11 % dla kobiet		
FRAX > 20 % dla mężczyzn		

Ilość interwencji w populacji badanych kobiet i mężczyzn w przedziale wieku 60 – 64 lata.

INTERWENCJE			
Ilość osób skierowanych do Poradni Geriatrycznych	Ilość osób skierowanych do innych Poradni Specjalistycznych	Ilość osób skierowanych do leczenia szpitalnego	Ilość skierowań wydanych do II etapu (rehabilitacyjnego)

Dane Realizatora

Data.....

Raport miesięczny / roczny Realizatora Programu ” Trzeci i Czwarty wiek ”

Ilość zbadanych kobiet w przedziale wieku 75 - 79 w okresie: /oddo.....

Ilość zbadanych mężczyzn w przedziale wieku 75 - 79 w okresie : /oddo.....

OCENIANY PARAMETR STANU BADANEJ OSOBY	Kobiety	Mężczyźni
	Ilość kobiet dodatnim wynikiem	Ilość mężczyzn z dodatnim wynikiem
Nieskutecznie lecz. nadciśnienie (wart. śr. z pomiarów sprzed badania i aktualnego > 140 / 90mm Hg)		
Hipotensja ortostatyczna w teście HO		
Nieprawidłowy wynik TSH		
Wynik HbA1c > 6,5 %		
Nieprawidłowy lipidogram		
Nieprawidłowa przemiana węglowodanów lub źle leczona cukrzyca (glikemia na czczo powyżej 100 mg % u osób bez diagnozy cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na cukrzycę >200 mg%)		

Wynik testu Mini Cog od 0 - 4 pkt		
Ilość upadków > 2 w minionych 12 miesiącach		
TUG > 12 sek		
Dodatni wynik testu Amslera		
Stwierdzona źle lecz. krótkowzroczność		
Stwierdzony a nie leczony niedosłuch		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w tarczycy		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w piersiach		
Dodatni wywiad w kierunku krwi w stolcu		
Szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA		
FRAX > 11 % dla kobiet		
FRAX > 20 % dla mężczyzn		

Ilość interwencji w populacji badanych kobiet i mężczyzn w przedziale wieku 75 – 79 lat.

INTERWENCJE			
Ilość osób skierowanych do Poradni Geriatrycznych	Ilość osób skierowanych do innych Poradni Specjalistycznych	Ilość osób skierowanych do leczenia szpitalnego	Ilość skierowań wydanych do II etapu (rehabilitacyjnego)

Dane Realizatora.....

Data.....

Raport miesięczny / roczny Realizatora Programu ” Trzeci i Czwarty wiek ”

Ilość zbadanych kobiet w przedziale wieku > 85 r. ż..... w okresie: /oddo.....

Ilość zbadanych mężczyzn w przedziale wieku > 85 r. ż. w okresie : /oddo.....

OCENIANY PARAMETR STANU BADANEJ OSOBY	Kobiety	Mężczyźni
	Ilość kobiet dodatnim wynikiem	Ilość mężczyzn z dodatnim wynikiem
Nieskutecznie lecz. nadciśnienie (wart. śr. z pomiarów sprzed badania i aktualnego > 140 / 90mm Hg)		
Hipotensja ortostatyczna w teście HO		
Nieprawidłowy wynik TSH		
Wynik HbA1c > 6,5 %		
Nieprawidłowy lipidogram		
Nieprawidłowa przemiana węglowodanów lub źle leczona cukrzyca (glikemia na czczo powyżej 100 mg % u osób bez diagnozy cukrzycy, lub przygodna glikemia u chorych na		

cukrzyce > 200 mg%)		
Wynik testu Mini Cog od 0 - 4 pkt		
Ilość upadków > 2 w minionych 12 mieś.		
TUG > 14 sek		
Dodatni wynik testu Amslera		
Stwierdzona złe lecz. krótkowzroczność		
Stwierdzony a nie leczony niedosłuch		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w tarczycy		
Obecność nie zdiagnozowanego guzka w piersiach		
Dodatni wywiad w kierunku krwi w stolcu		
Szmer naczyniowy nad tętnicą szyjną u osoby z przebyłym udarem lub TIA		
FRAX > 11 % dla kobiet		
FRAX > 20 % dla mężczyzn		

Ilość interwencji w populacji badanych kobiet i mężczyzn w przedziale wieku > 85 r. ż.

INTERWENCJE			
Ilość osób skierowanych do Poradni Geriatrycznych	Ilość osób skierowanych do innych Poradni Specjalistycznych	Ilość osób skierowanych do leczenia szpitalnego	Ilość skierowań wydanych do II etapu (rehabilitacyjnego)

ANKIETA OCENY WSTĘPNEJ dla UCZESTNIKA PROGRAMU

” 3 i 4 WIEK ” – wypełnia Uczestnik z wynikiem Mini Cog pomiędzy 4- 5 pkt.

1. Czy jestem zdolna/ y zdolny do samodzielnego funkcjonowania w domu i w środowisku zewnętrznym ? T / N
2. Czy mam poczucie łatwego dostępu do lekarza rodzinnego ? T / N
3. Czy w minionym kwartale zdiagnozowano u mnie nową chorobę lub zmieniano już stosowane leczenie ? T / N
4. Czy korzystałam/em w minionym kwartale z rehabilitacji ? T / N
5. Czy w ostatnim kwartale korzystałam /em z edukacji na temat zachowania zdrowia ? T / N
6. Czy angażuję się w życie społeczne poza zainteresowaniem sprawami rodzinnymi ? T / N
7. Czy mogę powiedzieć że odczuwam pełną lub częściową satysfakcję z obecnego etapu życia ? T / N

Nazwisko i imię Data

ANKIETA OCENY KOŃCOWEJ dla UCZESTNIKA PROGRAMU

”3 i 4 WIEK” – ankieta dla Uczestnika wypełniającego uprzednio Ankietę Oceny Wstępnej.

1. Czy jestem zdolna/ y zdolny do samodzielnego funkcjonowania w domu i w środowisku zewnętrznym ? T / N
2. Czy mam poczucie łatwego dostępu do lekarza rodzinnego ? T / N
3. Czy przez uczestnictwo w programie ustalono u mnie nową diagnozę lub zmieniono już stosowane leczenie ? , T / N
4. Czy skorzystałam/em z rehabilitacji w programie ”3 i 4 wiek ”? T/ N
5. Czy w trakcie korzystania z programu zdrowotnego poprawiła się moja wiedza o sposobie ochrony własnego zdrowia ? T / N
6. Czy angażuję się w życie społeczne poza zainteresowaniem sprawami rodzinnymi ? T / N
7. Czy mogę powiedzieć że odczuwam pełną lub częściową satysfakcję z obecnego etapu życia ? T / N

Nazwisko i imię Data.....

Dane Realizatora.....Data.....

Zestawienie porównawcze oceny sprawności psychofizycznej uczestników programu „3 i 4 wiek” za okres.....

Liczba ankiet oceny wstępnej

Liczba uzyskanych zwrotów ankiet oceny końcowej.....

W ankiecie wpisywana jest suma odpowiedzi na Tak i na Nie

Oceniany parametr	Tak Przed	Nie Przed	Tak Po	Nie Po
Samodzielne funkcjonowanie				
Dostęp do lekarza				
Nowa diagnoza /nowe leczenie				
Rehabilitacja / dostęp				
Edukacja / dostęp				
Zaangażowanie społeczne				
Satysfakcja z życia				

Podpis osoby wypełniającej

.....



Miasto Katowice

4. Profilaktyczna opieka nad uczniami 2021-2027

(kontynuacja programu realizowanego w latach 2014-2020)

Autorzy programu:

- prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz – konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej,
- prof. dr hab. n. med. Halina Woś – specjalista z zakresu pediatrii, były Kierownik Kliniki Pediatrii Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka i Matki im. Jana Pawła II,

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.).

Katowice 2021

I) Opis problemu zdrowotnego:

1) Problem zdrowotny: Zmiana sposobów, tempa i jakości życia w ostatnim ćwierćwieczu prowadzi do powstania zagrożeń prawidłowego rozwoju dzieci, co w konsekwencji będzie prowadzić do wcześniejszego i częstszego ujawniania się chorób cywilizacyjnych: miażdżycy, cukrzycy, chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób układu sercowo – naczyniowego i nadciśnienie tętnicze. Nadciśnienie tętnicze dotyczące ogółem do 30% populacji kraju jest głównym czynnikiem ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych, a podwyższone ciśnienie tętnicze w wieku dziecięcym i młodzieńczym jest związane z większym ryzykiem nadciśnienia tętniczego i choroby sercowo – naczyniowej w wieku dorosłym.

2) Epidemiologia: Liczne badania naukowe /wykaz wybranych publikacji w załączeniu/ wskazują na częste występowanie otyłości oraz wad postawy. Badania dzieci w wieku 10-ciu lat zaprogramowane i prowadzone pod kierunkiem i nadzorem autorów niniejszego programu obejmowały dzieci z miasta Katowic w latach 2007-2013. W 2012 r. różnego rodzaju nieprawidłowości wykryto u 1.166 dzieci, co stanowi 72 % badanych. Najczęstsze z nich to nadmierna masa ciała, którą stwierdzono u ok. 8 % badanych, i otyłość, którą stwierdzono u ok. 4 % badanych oraz wady postawy, które stwierdzono aż u 33,5% badanych.

3) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu: Dzieci klas III szkół podstawowych w mieście Katowice – w roku szkolnym 2020/2021 populacja liczy ok. 2.103 os. W każdym roku realizacji programem będą obejmowane dzieci uczęszczające do klas III szkół podstawowych.

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

Likwidacja opieki profilaktycznej prowadzonej przez lekarza szkolnego jak i wprowadzony w 1999 roku system opieki zdrowotnej zmienił zasady dotyczące dotychczasowego systemu opieki nad uczniami tak, że badania profilaktyczne w szkole praktycznie przestały być prowadzone. W trakcie kolejnych zmian w 2002 roku przyjęto zasadę mówiącą, że profilaktyczna opieka nad uczniami sprawowana będzie przez: pielęgniarkę lub higienistkę pracującą w szkole oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w zakładzie opieki zdrowotnej lub innym miejscu praktyki zawodowej lekarza.

5). Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu: Profilaktyczna opieka zdrowotna nad populacją w wieku szkolnym powinna być wg WHO, UNFPA i UNICEF jednym z najważniejszych komponentów polityki zdrowotnej wszystkich państw. Główne kierunki działań związanych z promocją zdrowia to: profilaktyka pierwotna /szczepienia ochronne, edukacja/ i profilaktyka wtórna /testy przesiewowe, badania profilaktyczne/. Zmiany w służbie zdrowia /opisane powyżej/ doprowadziły do załamania opieki profilaktycznej w szkołach. Obecnie system jest stopniowo odbudowywany i opiera się na schemacie: pielęgniarka szkolna + lekarz rodzinny lub pediatra w POZ na zasadzie „opieka w zdrowiu i w chorobie”. Wdrażanie nowego systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej będzie procesem wieloletnim. Dlatego stworzenie „uzupełniającego systemu”, szczególnie w zakresie badań profilaktycznych wydaje się być uzasadnione.

II) Cele programu:

1) Cel główny: Wczesne wykrycie chorób, nieprawidłowości i zagrożeń u dzieci w wieku przed okresem dojrzewania, kiedy właściwa interwencja zapobiegnie rozwojowi choroby pozwoli na właściwe ukierunkowanie dalszego życia dla uzyskania optymalnego rozwoju.

2) Cele szczegółowe:

- Zatrzymanie dalszego narastania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży poprzez działania edukacyjne skierowane do dzieci i rodziców.

- Wykrycie i skierowanie do leczenia chorób i wad „chirurgicznych” często pomijanych w standardowych badaniach dzieci.

- Ograniczenie powstawania wad postawy poprzez kompleksowe działanie diagnostyczne, korekcyjne i edukacyjne skierowane do dzieci i ich rodziców.

3) Oczekiwane efekty: Wykrycie zagrożeń u dzieci w wieku 10 lat, kiedy ich leczenie lub pełna korekcja są jeszcze możliwe do przeprowadzenia.

4) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu: Ewaluacja okresowa i końcowa uzyskanych wyników badań w oparciu o ankiety wypełniane przez zespół prowadzący badania. Indywidualna i zbiorcza ocena ankiet będzie prowadzona przez autorów programu, Informacje zostaną przekazane indywidualnie rodzicom dzieci i zbiorczo Komisji Polityki Społecznej Rady Miasta Katowice.

III) Adresaci programu (populacja programu)

1) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe: Wszystkie dzieci klas 3 szkół podstawowych miasta Katowic z wyłączeniem dzieci, których rodzice nie wyrażają zgody na badanie. Szacuje się, że w roku szkolnym 2020/2021 będzie to ok. 1472 uczniów (ok. 70% populacji).

2) Tryb zapraszania do programu: List do rodziców wyjaśniający cele i procedurę badania, zawierający jednocześnie zwrotną zgodę na przeprowadzenie badania. Listy te będą przekazywane przez dzieci, dodatkowo informacja o planowanych badaniach będzie przekazana na wywiadówkach. /wzór listu – zał. nr 1/.

IV) Organizacja programu

1) Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

a) Profilaktyka pierwszorzędowa – wykłady edukacyjne

- Zdrowy styl życia – zapobieganie otyłości, zagrożenia wynikające ze stosowania używek, właściwe odżywianie, wzrost aktywności fizycznej.

- Profilaktyka urazów, pierwsza pomoc.

b) Profilaktyka drugorzędowa – badania przesiewowe

Przeprowadzenie badań uczniów objętych programem w szkolnych gabinetach medycznych przez zespół złożony z lekarzy: pediatry i ortopedy oraz pielęgniarki.

2) Planowane interwencje:

- a) Wyłonienie realizatorów programu w drodze otwartego konkursu ofert, w tym dysponującymi wykładowcami dysponującymi odpowiednią wiedzą, umiejętnością przystępnego przedstawienia tematów i dysponujących niezbędnymi materiałami pomocniczymi: przezrocza, filmy itp. Organizacja wykładów jednocześnie z prowadzonym dla danej grupy uczniów badaniem przesiewowym. Zaproszenie na wykłady rodziców uczniów, którzy mogliby być równocześnie obecni przy badaniach, co jest obecnie zalecane. W miarę możliwości krótkie wykłady dla rodziców w trakcie wywiadówek.
 - b) Wyłonienie na drodze konkursu ofert zespołu trzech lekarzy: pediatra, chirurg dziecięcy, ortopeda, którzy we współpracy z pielęgniarką szkolną przeprowadzaliby kompleksowe badanie zaplanowanych grup dzieci.
- 3) Etapy działania wyłonionych w konkursach zespołów:
- a) Przygotowanie listów do rodziców z zaproszeniem na wykład edukacyjny i badanie dziecka z wyjaśnieniem na czym badanie będzie polegać oraz uzyskanie pisemnej zgody na przeprowadzenie badania.
 - b) Badanie w gabinecie lekarskim pojedynczo każdego dziecka, najlepiej w obecności rodzica. Szczegółową procedurę badania przedstawiono w załącznikach: pielęgniarka – załącznik nr 2, pediatra – załącznik nr 3, ortopeda – załącznik nr 4.
 - c) Wspólne omówienie przeprowadzonych badań zakończone listem do rodziców /epikryza/ z ewentualnymi zaleceniami.
 - d) Wypełnienie ankiety – protokołu badania, który posłuży autorom programu do opracowania zbiorczej analizy.
- 4) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników: Uczniowie klas III szkół podstawowych wszystkich szkół podstawowych miasta Katowice wg list przekazanych przez dyrekcje szkół – z wyłączeniem dzieci, na których badanie nie wyrazili zgody ich rodzice.
- 5) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu: Przeprowadzenie badań profilaktycznych ściśle z wymogami programu.
- 6) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych: Dzieci wymagające leczenia będą kierowane do zakładów publicznej służby zdrowia – poradnie specjalistyczne, szpitale, ośrodki rehabilitacyjne.
- 7) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania: Udział w programie kończy się w momencie przekazania rodzicom wyników badań i zaleceń. Wszystkie dzieci szkolne podlegają powszechnemu systemowi ubezpieczeń zdrowotnych i mogą być dalej leczone w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.
- 8) Bezpieczeństwo planowanych interwencji: Planowane badania nie mają charakteru inwazyjnego i prowadzone są w gabinecie lekarskim w czasie i miejscu przebywania na zajęciach lekcyjnych nie stwarzają tym samym żadnego zagrożenia dla badanych dzieci. Zalecana jest też obecność rodziców.
- 9) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu: Realizatorzy programu są specjalistami w swoich dziedzinach, przed rozpoczęciem programu odbywa się szkolenie

prorowadzone przez autorów programu, badania są prowadzone i raportowane ściśle wg przygotowanych programów. Autorzy programu kontrolują jego przebieg w trakcie realizacji.

10) Dowody skuteczności prowadzonych badań:

a) Autorzy programu są specjalistami z wieloletnim doświadczeniem w swoich dziedzinach. Programy przygotowano w oparciu o własne doświadczenie oraz zalecenia znajdujące się w poniżej przedstawionym piśmiennictwie.

b) Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek: Program opracowano zgodnie z zaleceniami przedstawionego poniżej piśmiennictwa.

c) Dowody skuteczności /efektywności klinicznej/ oraz efektywności kosztowej: Podobny program prowadzony był w mieście Katowice w latach 2007-2013. Uzyskane wyniki, przedstawione w publikacji /patrz wykaz piśmiennictwa/ uzasadniają dalsze prowadzenie badań. Realizacja programu badań nie wiąże się z koniecznością zakupu sprzętu, wynajmowania pomieszczeń itp. Koszty oceniane przez Komisję Polityki Społecznej i Komisję budżetową samorządu miasta Katowice uznawane są za satysfakcjonujące.

d) Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego: Proponowany program jest nieco zmienioną /uściślono przebieg badania/ wersją programu prowadzonego w latach 2007-2013 i przygotowanego przez tych samych autorów. Wg naszej wiedzy w 2007 roku był to pierwszy tego typu program prowadzony w Polsce. Obecnie bardzo wiele samorządów prowadzi badania profilaktyczne uczniów /informacja z prasy i kontaktów osobistych autorów programu/.

V) Koszty

1) Koszty jednostkowe – średni koszt objęcia programem zdrowotnym jednego ucznia wynosi ok. 98 zł/os.

2) Planowane koszty całkowite: przyjmując na podstawie doświadczeń lat ubiegłych, że zgłaszalność do programu będzie wynosiła ok. 70%, to koszty całkowite jego realizacji w 2021 r. będą następujące:

$$\text{ok. } 1472 \text{ uczniów} \times 98 \text{ zł} = 144.256 \text{ zł}$$

3) Źródła finansowania: Realizacja programu w latach 2021-2027 zostanie w całości sfinansowany z budżetu miasta Katowice – koszty na kolejne lata będą szacowane w oparciu o dane dotyczące wielkości populacji i średniego kosztu objęcia programem jednej osoby.

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację "Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027".

VI) Monitorowanie i ewaluacja

1) Ocena zgłaszalności do programu: W latach 2014-2020 zgłaszalność do prowadzonego programu Profilaktycznej opieki nad uczniami wynosiła średnio ok. 67%.

2) Ocena jakości świadczeń w programie: Badania prowadzone są przez lekarzy specjalistów, zgodnie z programem i kontrolowane przez autorów programu.

3) Ocena efektywności programu: W efekcie badań prowadzonych w latach 2014-2020 stwierdzono m.in. choroby układu kostno-stawowego u ok. 47% dzieci, nadwagę lub otyłość u ok. 15% dzieci, a skierowania do specjalistów w celu dalszej diagnostyki i leczenia otrzymało 37% dzieci.

VII) Okres realizacji programu: 2021-2027

VIII) Załączniki:

- 1) List do rodziców
- 2) Procedura postępowania pielęgniarki
- 3) Procedura badania pediatrycznego
- 4) Procedura badania ortopedycznego
- 5) Wzór informacji /epikryza/ dla rodziców
- 6) Wzór ankiety zbiorczej /miesięczne sprawozdania/.

IX) Piśmiennictwo:

- 1) Epidemiologia otyłości u dzieci, *Medycyna Praktyczna-Pediatrics*, 2003, 3, str. 83, z komentarzem Prof., Ewy Maleckiej-Tendery
- 2) Żywnienie dzieci i młodzieży. *Lekarz rodzinny*, 2004, str. 20
- 3) Ocena postawy ciała u młodzieży wybranych szkół licealnych aglomeracji łódzkiej z wykorzystaniem techniki komputerowej. *Kwart. Ortop.* 2003, 1, str. 47-59.
- 4) Zaburzenia postawy ciała w wieku rozwojowym. Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001.
- 5) Programy przesiewowe w monitoringu i profilaktyce patologicznych stanów zdrowotnych. *Polska Med. Rodzinna*, 2004, 6, str. 548-562.
- 6) Normy rozwojowe wysokości i masy ciała, wskaźniki masy ciała, obwodu talii i ciśnienia tętniczego dzieci i młodzieży w wieku 3–18 lat, przygotowane przez grupę badawczą OLAF i OLA, Kułaga Z. i współpracownicy, *Standardy Medyczne – Pediatrics* 2013, I-II
- 7) Wskaźniki rozwoju somatycznego dzieci i młodzieży warszawskiej / siatki do obliczenia BMI/ Palczewska I., Niedźwiecka Z., *Medycyna Wieków Rozwojowych* 2002, nr 2 /supl./
- 8) Profilaktyczna opieka nad uczniami – współczesne poglądy dotyczące potrzeb i rozwiązań. *Med. Wieków Rozw.* 2003, VII, str. 193-203.
- 9) Ocena stanu zdrowia dzieci 9- i 14-letnich z Katowic - Halina Woś, Janusz Bohosiewicz, Jan Duława, Jarosław Derejczyk. *Przegl.Pediatr.*2008; Vol.38, nr 2, s.161-162.
- 10) Body mass index cut off to define thickness in children and adolescents. *International Survey*. Cole T.J. , *BMJ*, 2007, 335

List do rodziców

Szanowni Państwo

Samorząd miasta Katowice w ramach Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia w całości finansuje **Program profilaktycznej opieki nad uczniami**. Zaplanowano program na lata 2021-2027. W każdym roku aktualni uczniowie klas III /lub IV po wakacjach/ szkół podstawowych zostaną kompleksowo przebadani przez pediatrę oraz ortopedę. Warunkiem przeprowadzenia badania jest zgoda Państwa. Zachęcamy do obecności przy badaniu, co pozwoli na wysłuchanie krótkiego wykładu na temat zdrowego trybu życia, profilaktyki urazów, pierwszej pomocy itp. Po badaniu otrzymacie Państwo dokładne sprawozdanie /epikryzę/ z ewentualnymi zaleceniami i skierowaniami do odpowiednich specjalistów. Organizatorem programu – na zlecenie Miasta Katowice – jest

Program ma na celu ocenę stanu zdrowia, rozwoju fizycznego dzieci oraz wczesne wykrycie wad postawy i innych chorób lub zagrożeń. Doświadczenia z programu prowadzonego w latach 2007-2020 wykazały jego dużą skuteczność i pozwoliły na rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia we wczesnym stadium wielu zaburzeń i chorób.

Z poważaniem autorzy programu,

Prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz – specjalista chirurg dziecięcy, emerytowany Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Konsultant krajowy ds. chirurgii dziecięcej.

Prof. dr hab. n. med. Halina Woś – specjalista pediatra, gastroenterolog dziecięcy, emerytowany Kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Profesor na Wydziale Nauk o Zdrowiu ATH w Bielsku-Białej

**Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka
programem „Profilaktyczna opieka nad uczniami”**

.....
/Imię i nazwisko dziecka/

.....
/klasa, szkoła/

Pesel dziecka:.....

.....
/data/

.....
/podpis rodzica/

Administratorem podanych powyżej danych osobowych jestnazwa i adres..... Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia oraz jego ewaluacji. Dane mogą być udostępnione Miastu Katowice w celu sprawozdawczym bądź kontrolnym i nie będą przekazywane osobom trzecim. Każdemu przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

-WZÓR-

Procedura postępowania pielęgniarki

1. We współpracy z dyrekcją szkoły przygotowuje listy dzieci z klas wybranych do badań.
2. Przygotowuje pomieszczenie do badań – dzieci muszą być badane indywidualnie, po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców, najlepiej w ich obecności.
3. Przeprowadza pomiar wzrostu i masy ciała dziecka, Badania antropometryczne będą prowadzone zgodnie z obowiązującą techniką pomiarową Martina – Sallera. Wysokość ciała mierzona stadiometrem SECA 214 z dokładnością do 1mm, masa ciała z dokładnością do 50g, przy użyciu wagi lekarskiej. BMI oznaczane wg. Cole TJ (nadwagę rozpoznajemy powyżej 85 centyla, otyłość powyżej 95 centyla, niedowagę poniżej 3 centyla. Dane wprowadza na otrzymane siatki centylowe i oblicza aktualne BMI.
4. Mierzy centymetrem krawieckim obwód pasa i bioder.
5. Dane wpisuje do protokołu badania.
6. Pomiar ciśnienia tętniczego

Procedura postępowania lekarza pediatry

1. Przeprowadza wywiad z rodzicami i/lub z dzieckiem. Należy odnotować:
 - a. sposób odżywiania dziecka,
 - b. aktywność fizyczną / dostęp do zajęć sportowych szkolnych i pozaszkolnych/,
 - c. aktualne dolegliwości, przebyte choroby oraz choroby w rodzinie dziecka,
 - d. zaburzenia w oddawaniu moczu,
 - e. dolegliwości bólowe charakterystyczne dla obecności przepuklin i żyłaków powróżka nasiennego.
2. Przeprowadza badanie pediatryczne. Należy odnotować:
 - a. skóra – wykwity, zmiany patologiczne,
 - b. obwodowe węzły chłonne – jeżeli badalne to gdzie i jakie,
 - c. badanie osłuchowe i opukowe klatki piersiowej,
 - d. badanie osłuchowe serca,
 - e. pomiar ciśnienia krwi w pozycji siedzącej /dwukrotnie: przed wywiadem i przed wyjściem z gabinetu/. Pomiaru należy dokonać aparatem rtęciowym po 5-10 minutach odpoczynku (ocena zgodnie z wytycznymi European Society of Hypertension). Wartości ciśnienia prawidłowe mieszczą się poniżej 90 centyla, ciśnienie wysokie normalne pomiędzy 90-95 centyla, nadciśnienie powyżej 95 centyla,
 - f. ogólny rozwój mięśni i napięcie mięśniowe,
 - g. wygląd klatki piersiowej – ew. deformacje,
 - h. badanie palpacyjne brzucha – ew. bolesność, opory patologiczne, wątroba, śledziona, objaw Goldflama,
 - i. badanie miejsc typowych dla obecności przepuklin: kresa biała, pępek, pachwiny,
 - j. u chłopców – badanie palpacyjne moszny i jąder – ze szczególnym zwróceniem uwagi na obecność żyłaków powróżka nasiennego oraz badanie prącia,
 - k. oglądnięcie okolicy odbytu.

Procedura postępowania lekarza ortopedy

1. Przeprowadza wywiad uzupełniający, Należy odnotować:
 - a. subiektywną ocenę wydolności fizycznej,
 - b. skargi na bóle mięśniowe spoczynkowe i wysiłkowe,
2. Przeprowadza badanie ortopedyczne. Należy odnotować:
 - a. Postawa
 - b. Ocena symetrii barków, łopatek, talii
 - c. Kręgosłup – skrzywienia, wygięcia
 - d. Kończyny – porównanie wymiarów, koślawość łokci i kolan, płaskostopie.

Informacja /epikryza/ dla rodziców

Nazwisko i imię dziecka
 Szkoła
 Pesel

Wartość RR skurczowego według tablicy per centylowej
 Wartość RR rozkurczowego według tablicy per centylowej
 Wskaźnik masy ciała BMI Waga Wzrost
 Obwód pasa cm Obwód bioder cm
 Mała aktywność fizyczna TAK NIE (podkreślamy)

Wywiad chorobowy.....

Skóra: prawidłowa, czysta, brudna, blada, sucha, wilgotna, obrzęki, blizny, żylaki, zmiany troficzne, wykwity

Węzły chłonne: nie – powiększone, nie – ruchome, nie – bolesne, w pakietach

Badanie osłuchowe serca i płuc: akcja serca nie – miarowa, tony serca szmery (+), (-) odgłos opukowy szmer oddechowy

Badanie palpacyjne brzucha (i zewnętrznych narządów płciowych u chłopców): powłoki wysklepione powyżej, poniżej poziomu klatki piersiowej, nie – symetryczny, napięcie prawidłowe, wzmożone, obrona mięśniowa (+), (-), wątroba nie – powiększona, śledziona nie – powiększona, stulejka, jadra w worku mosznowym (+), (-), przepuklina pachwinowa, pępkowa, żylaki powrózka nasiennego

Ocena postawy ciała: asymetria barków, asymetria łopatek, asymetria trójkątów talii, plecy okrągłe, plecy płaskie, plecy okrągło-wklęsłe, pogłębiona lordoza lędźwiowa, skolioza, koślawość kolan, szpotawość kolan, skrócenie kończyny dolnej, płaskostopie, inne wady stóp, deformacja klatki piersiowej, inne

Skierowania do specjalistów:

1)..... 2).....

Zalecenia:.....

Podpis osób przeprowadzających badania:

.....
 Pieczęć Wykonawcy

-WZÓR-

Ankieta zbiorcza /miesięczne sprawozdanie/

1. W okresie od do realizowanego przez
2. Sprawozdanie finansowe: liczba przebadanych dzieci X koszt jednostkowy = koszt całkowity
3. Ogólna ilość zbadanych dzieci Okres od do
4. Liczba i rodzaj wykrytych zmian patologicznych wg poniższej tabeli:

Oceniana sytuacja zdrowotna	Ilość uczniów	Uwagi
Nadwaga		
Otyłość		
Zagrożenie bezruchem		
Choroby skóry		
Nieprawidłowy wynik ciśnienia tętniczego		
Stwierdzone wady układu moczowo-płciowego		
Stwierdzone wady układu kostno-stawowego		
Stwierdzone wady układu nerwowego		
Stwierdzone wady układu sercowo-naczyniowego		
Nieprawidłowości w badaniu brzucha		
Skierowano do specjalisty		
Skierowano do szpitala		
Inne nieprawidłowości		

.....
Podpis Wykonawcy

-WZÓR-



Miasto Katowice

5. „Bezpieczna Szkoła”

Program edukacyjny w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia wśród młodzieży szkół podstawowych klas szóstych realizowany w mieście Katowice 2021-2027

Autorzy programu: prof. dr hab. n. med. Krystyn Sosada, dr n. med. Michał Starosolski, dr hab. n. med. Wojciech Żurawiński

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.)

Katowice 2021

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

W 2005 roku Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (American Heart Association – AHA) wraz z Amerykańskim Czerwonym Krzyżem (American Red Cross – ARC) stworzyło Narodową Naukową Grupę Doradczą ds. Pierwszej Pomocy (National First Aid Science Advisory Board), której celem była ocena wiedzy związanej z praktyką pierwszej pomocy oraz wydało Wytyczne pierwszej pomocy AHA i ARC 2005. Grupa doradcza stopniowo ulegała poszerzeniu poprzez włączanie przedstawicieli wielu międzynarodowych organizacji zajmujących się pierwszą pomocą, by w końcu stać się Międzynarodową Naukową Grupą Doradczą ds. Pierwszej Pomocy (International First Aid Science Advisory Board – IFASAB). IFASAB przeanalizowała publikacje naukowe na temat pierwszej pomocy i w 2010 roku opublikowała rekomendacje postępowania wraz z rekomendacjami Międzynarodowego Komitetu Łącznikowego ds. Resuscytacji (ILCOR)^{1,2,3,4}.

W 2012 roku ILCOR stworzył Zespół ds. Pierwszej Pomocy, który łączył reprezentantów wszystkich Narodowych Rad Resuscytacji i ARC. ILCOR na początku 2015 roku powołał zespół zadaniowy, który dokonał analizy 22 zagadnień, używając metodologii GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) w połączeniu z systemem oceny i przeglądu dowodów ILCOR (Scientific Evidence Evaluation and Review System – SEERS)^{3,4}. Wykazano, że edukacja i szkolenia z pierwszej pomocy zwiększają przeżywalność w urazach⁵ oraz ustępowanie objawów w grupie pacjentów, zaopatrywanych przez osoby przeszkolone w zakresie pierwszej pomocy⁶. Edukacja w postaci kampanii z zakresu zdrowia publicznego zwiększyła również umiejętność rozpoznawania zagrażających życiu chorób takich jak udar⁷ oraz zmniejszyła ilość oparzeń termicznych⁸.

Wytyczne dotyczące technik wykorzystywanych podczas wstępnej resuscytacji osób dorosłych, u których doszło do zatrzymania krążenia obejmują podstawowe zabiegi resuscytacyjne (Basic Life Support – BLS: udrożnienie dróg oddechowych, wentylację i uciskanie klatki piersiowej bez użycia dodatkowego sprzętu, z wyjątkiem środków ochronny własnej) oraz użycie automatycznego defibrylatora zewnętrznego (Automated External Defibrillator – AED)^{9,10}.

Aktualne wytyczne oparte są na dokumencie ILCOR 2015 Consensus on Science and Treatment Recommendations (CoSTR) dla BLS/AED¹¹. Przegląd aktualnych dowodów naukowych ILCOR dotyczył 23 kluczowych tematów, na podstawie których zostały stworzone 32 rekomendacje w zakresie wczesnego podjęcia leczenia (early access) i prewencji zatrzymania krążenia, wczesnego rozpoczęcia wysokiej jakości resuscytacji krążeniowo-oddechowej (RKO) oraz wczesnej defibrylacji.

Wytyczne 2015 zwracają szczególną uwagę na istotny związek pomiędzy działaniem dyspozytora medycznego, świadka zdarzenia wykonującego RKO oraz odpowiednio szybkim użyciem AED. Skuteczna, skoordynowana reakcja społeczeństwa, która łączy wszystkie

te elementy razem, jest kluczowa do poprawy przeżywalności pozaszpitalnego zatrzymania krążenia¹².

Operatorzy numerów ratunkowych 112 odgrywają ważną rolę we wczesnym rozpoznaniu zatrzymania krążenia oraz instruowaniu przez telefon świadka zdarzenia jak prowadzić RKO, tzw. „RKO z telefonicznym instruktążem” (telephone CPR), a także w lokalizowaniu i szybkim dostarczeniu na miejsce zdarzenia automatycznego defibrylatora zewnętrznego. Szybkie i skuteczne wezwanie zespołu ratownictwa medycznego, pozwoli na wczesne wdrożenie właściwego postępowania z poszkodowanym na wysokim poziomie. Wiedza, umiejętności i pewność siebie wykazana przez świadków zdarzenia będą się różniły w zależności od okoliczności, samego zatrzymania krążenia, poziomu wyszkolenia i wcześniejszych doświadczeń^{13,14}.

Wszystkie organizacje zajmujące się propagowaniem i tworzeniem wytycznych zalecają, aby świadkowie zdarzenia, którzy są odpowiednio wyszkoleni i potrafią to wykonać, jak najszybciej ocenili poszkodowanego, określili jego stan przytomności oraz oddech oraz najszybciej jak to możliwe wezwali Zespół Ratownictwa Medycznego. Zespół Ratownictwa Medycznego należy wezwać możliwie jak najszybciej pamiętając o tym, aby nie pozostawiać poszkodowanego bez opieki. Poszkodowany, który jest nieprzytomny i nie oddycha prawidłowo, ma zatrzymanie krążenia, wymaga rozpoczęcia Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej.

Rekomendacje ILCOR mówią, aby wszystkie osoby przeszkolone w zakresie RKO wykonywały uciśnięcia klatki piersiowej u każdego poszkodowanego z zatrzymaniem krążenia. Osoby wykonujące RKO, które zostały przeszkolone i potrafią wykonać oddechy ratownicze, powinny wykonywać je z uciśnięciami klatki piersiowej przy pomocy specjalnych maseczek do wentylacji poszkodowanego. Wysokiej jakości resuscytacja krążeniowo-oddechowa pozostaje najistotniejszym elementem wpływającym na poprawę przeżywalności. Wykonanie defibrylacji w ciągu 3–5 minut od utraty przytomności może skutkować przeżywalnością na poziomie 50–70%. Wczesna defibrylacja, wykonana przez osoby udzielające pomocy, jest możliwa dzięki użyciu AED, będącego elementem istniejącego programu powszechnego dostępu do defibrylacji lub znajdującego się na miejscu zdarzenia. Programy powszechnego dostępu do defibrylacji powinny być aktywnie wprowadzane w miejscach dużego zagęszczenia ludności, jak lotniska, stacje kolejowe, dworce autobusowe, centra sportowe, centra handlowe, biura czy kasyna. W tych miejscach do zatrzymania krążenia dochodzi zwykle w obecności świadków, a osoby przeszkolone w prowadzeniu RKO mogą szybko znaleźć się na miejscu zdarzenia. Rozmieszczanie AED w miejscach, gdzie spodziewane jest zatrzymanie krążenia, wydaje się finansowo uzasadnione, a koszt przekładający się na jeden rok zyskanego życia jest porównywalny do innych procedur medycznych. Analiza ilości zatrzymań krążenia w danej okolicy w przeszłości oraz charakterystyka sąsiedztwa tych miejsc mogą być pomocne we właściwym rozmieszczeniu AED. Rejestracja publicznych AED daje dyspozytorowi możliwość skierowania osoby wykonującej RKO do najbliższego urządzenia, co może pomóc w optymalizacji działań ratunkowych^{15,16,17}.

I.2. Dane epidemiologiczne

Nagłe Zatrzymanie Krążenia (NZK) jest jedną z głównych przyczyn śmierci w Europie. W zależności od definicji NZK, dotyczy w Europie 55–113/100 000 mieszkańców lub 350 000 – 700 000 osób rocznie^{18,19}. Podczas wstępnej oceny rytmu serca w około 25–50% przypadków NZK stwierdza się migotanie komór (ventricular fibrillation – VF). Odsetek ten uległ zmniejszeniu w ciągu ostatnich 20 lat^{20,21,22,23,24,25}.



Źródło: <https://stat.gov.pl/> Główne przyczyny zgonów w Polsce i województwie Śląskim w latach 2015-2018. Opracowane na podstawie danych dostępnych na stronie Głównego Urzędu Statystycznego.

Prawdopodobnie znacznie większa liczba osób z NZK w momencie utraty przytomności ma VF lub częstoskurcz komorowy (ventricular tachykardia – VT), ale do chwili wykonania przez personel ZRM pierwszej oceny rytmu zmienia się on w asystolię^{26,27,28}. Gdy ocena rytmu ma miejsce w krótkim czasie od utraty przytomności, szczególnie gdy dotyczy to użycia AED znajdującego się na miejscu zdarzenia, obecność VF stwierdza się, w aż do 76% przypadków^{29,30}. Większa liczba poszkodowanych z NZK przeżywa, jeśli świadkowie zdarzenia rozpoczną resuscytację natychmiast, gdy VF jest jeszcze obecne. Skuteczna resuscytacja jest mniej prawdopodobna, jeśli dojdzie do zmiany rytmu w asystolię.

Zalecanym postępowaniem w zatrzymaniu krążenia w VF jest natychmiastowe rozpoczęcie RKO przez świadków zdarzenia i wczesna defibrylacja. Większość zatrzymań krążenia pochodzenia niekardiogenne ma przyczynę oddechową, jak w przypadku tonięcia (wśród nich wiele dzieci)

czy asfiksji. W przypadku tych poszkodowanych oddechy ratownicze są równie ważne jak uciskanie klatki piersiowej.

Natychmiastowe rozpoczęcie RKO może podwoić, a nawet czterokrotnie zwiększyć przeżywalność w zatrzymaniu krążenia^{31,32,33}. Świadcowie zdarzenia wykonujący RKO, powinni – jeśli tylko potrafią – wykonywać uciśnięcia klatki piersiowej wraz z oddechami ratowniczymi. Jeśli wzywający pomocy świadek zdarzenia nie jest przeszkolony w zakresie RKO, dyspozytor medyczny powinien poinstruować go, jak wykonywać RKO polegającą wyłącznie na uciskaniu klatki piersiowej podczas oczekiwania na przyjazd zespołu ratownictwa medycznego^{34,35,36}.

Defibrylacja wykonana w ciągu 3–5 minut od utraty przytomności może zapewnić przeżywalność na poziomie 50–70%. Można to osiągnąć poprzez realizację programów powszechnego dostępu do defibrylacji oraz rozmieszczenie AED w miejscach publicznych. Każda minuta opóźnienia w wykonaniu defibrylacji zmniejsza prawdopodobieństwo przeżycia do wypisu ze szpitala o 10–12%. Ogniwa łańcucha przeżycia są ze sobą ściśle połączone: jeśli świadkowie zdarzenia prowadzą RKO, spadek przeżywalności będzie następować wolniej i wynosi około 3–4% na każdą minutę opóźnienia defibrylacji^{37,38,39,40,41}.



Źródło: <https://stat.gov.pl/> Główne przyczyny zgonów w Polsce i województwie Śląskim w latach 2015-2018. Opracowane na podstawie danych dostępnych na stronie Głównego Urzędu Statystycznego.

Według danych zamieszczony przez Główny Urząd Statystyczny choroby serca są pierwszym co do częstości powodem zgonów mieszkańców województwa Śląskiego (jest to problem Ogólnopolski). Na przestrzeni lat 2015-2018 liczba zgonów z powodów zatrzymania krążenia w

województwie Śląskim ma tendencje spadkową, jednak mimo tego dalej stanowi najczęstszą przyczynę zgonu.

Przyczyna zgonu	Polska 2018	Śląsk 2018	Polska 2017	Śląsk 2017	Polska 2016	Śląsk 2016	Polska 2015	Śląsk 2015
Zatrzymanie krążenia	69583	6672	68915	7999	78505	10099	91380	11353

Źródło: <https://stat.gov.pl/> Główne przyczyny zgonów w Polsce i województwie Śląskim w latach 2015-2018. Opracowane na podstawie danych dostępnych na stronie Głównego Urzędu Statystycznego.

ZGONY WEDŁUG NAJCZĘSTSZYCH PRZYCZYN

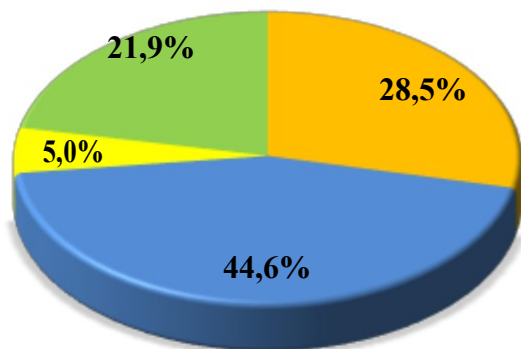
Wyszczególnienie	Ogółem (A00-R99), (V01-Y89)	w tym:			
		Nowotwory (C00-D48)	Choroby układu krążenia (I00-I99)	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y89)	
na 100 000 ludności					
Śląskie	2016	1072,6	306,0	478,2	53,5
	2017	1129,1	313,3	488,6	54,4
Katowice	2016	1170,2	350,5	496,6	54,5
	2017	1259,4	372,1	531,3	57,9

Źródło: Opracowano na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego przez Urząd Miasta Katowice. <https://www.katowice.eu>

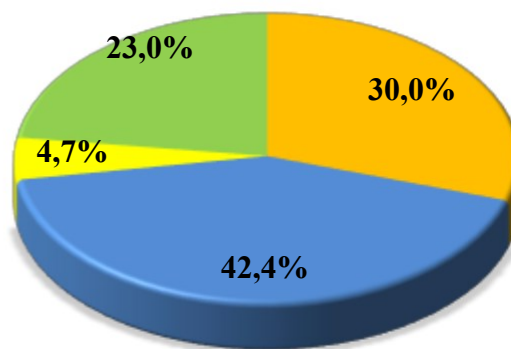
STRUKTURA GŁÓWNYCH PRZYCZYŃ ZGONÓW

2016

Województwo Śląskie



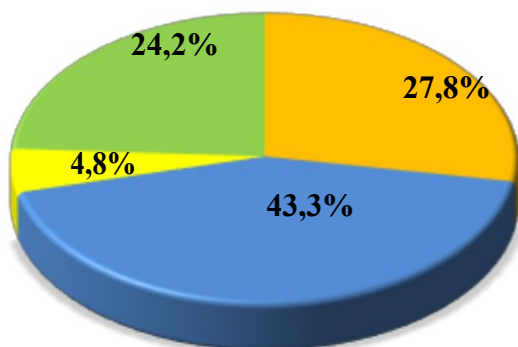
Katowice



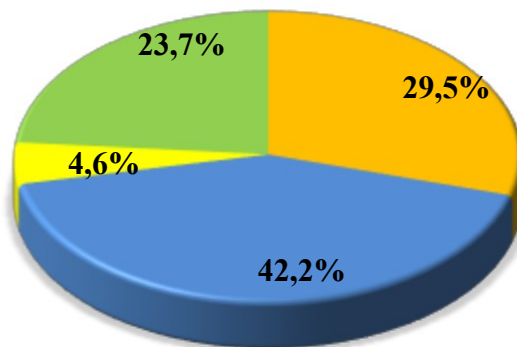
STRUKTURA GŁÓWNYCH PRZYCZYŃ ZGONÓW

2017

Województwo Śląskie



Katowice



Nowotwory (C00-D48)

Choroby układu krążenia
(I00-I99)



Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y89)

Pozostałe

Źródło: Opracowano na podstawie przyczyny zgonów według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, Rewizji X. <https://www.katowice.eu>

I.3. Opis obecnego postępowania

Nauczanie pierwszej pomocy w szkołach regulują przepisy Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz. U. poz. 356.). Na podstawie obowiązujących zapisów zajęcia z pierwszej pomocy są realizowane w ramach przedmiotu Edukacja dla bezpieczeństwa. Zadaniem Edukacji dla Bezpieczeństwa jest przygotować uczniów do właściwego zachowania oraz odpowiednich reakcji w sytuacjach stwarzających zagrożenie dla zdrowia i życia. Przedmiot obejmuje różnorodne treści kształcenia z zakresu bezpieczeństwa państwa, treści dotyczące organizacji działań ratowniczych, edukacji zdrowotnej i pierwszej pomocy. Kształcenie, w ramach przygotowania do działania w stanach nadzwyczajnych, ma charakter interdyscyplinarny, nastawiony na skuteczne działanie i radzenie sobie poszczególnych jednostek w sytuacjach określonych zagrożeń. Jedną z najważniejszych umiejętności zdobywanych w szkole jest umiejętność udzielania pierwszej pomocy. Edukacja zagadnienia związanego z ochroną zdrowia i życia powinny obejmować następujące elementy: ocenę bezpieczeństwa miejsca zdarzenia, rozpoznanie potencjalnego zagrożenia życia na podstawie prostych objawów, skuteczne wezwanie pomocy, podejmowanie wstępnych czynności ratujących życie z użyciem środków ochrony osobistej i wykorzystaniem ogólnodostępnych urządzeń, tj. AED – Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny.

Kursy z zakresu pierwszej pomocy powinny być prowadzone przez certyfikowanych instruktorów zgodnie z zaleceniami międzynarodowej organizacji ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation). Kurs jednodniowy powinien trwać ok. 8 godzin lekcyjnych (zajęcia teoretyczne i praktyczne) i obejmować następujące zagadnienia: łańcuch przeżycia, przyczyny i mechanizmy zatrzymania krążenia, wezwanie pomocy, ocena poszkodowanego, postępowanie z nieprzytomną osobą z zachowanym oddechem, metody bezprzyrządowego udrażniania dróg oddechowych, wentylację ratunkową z zachowaniem obowiązujących aspektów bezpieczeństwa, uciskanie klatki piersiowej w różnych grupach wiekowych, nagłe zachorowania, zatrucia, wstrząs, postępowanie podczas zdarzenia: wypadek komunikacyjny, uraz, tonięcie, działanie niskiej i wysokiej temperatury na człowieka, porażenie prądem, defibrylacja przy pomocy AED. Kurs powinien zakończyć się egzaminem.

W większości społeczności średni czas od wezwania Zespołu Ratownictwa Medycznego do jego dotarcia na miejsce zdarzenia (czas reakcji) wynosi 5–8 min lub 8–11 min do wykonania pierwszej defibrylacji. W tym czasie przeżywalność poszkodowanych zależy od podjęcia RKO i użycia automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) przez świadków zdarzenia^{37,38,39,40,41}. Poszkodowani, u których doszło do nagłego zatrzymania krążenia, wymagają natychmiastowego rozpoczęcia RKO. Resuscytacja zapewnia niewielki, ale bardzo istotny przepływ krwi przez serce i mózg. RKO zwiększa również prawdopodobieństwo, że serce odzyska efektywny rytm oraz

podejmie na nowo pracę jako „pompa”. Uciskanie klatki piersiowej jest szczególnie istotne, jeśli nie można wykonać defibrylacji w ciągu kilku minut od utraty przytomności⁴². Po defibrylacji, jeśli serce wciąż jest żywotne, układ bodźcotwórczo-przewodzący podejmie swoją aktywność, co wygeneruje zorganizowaną czynność elektryczną, z następowym skurczem mechanicznym. W trakcie pierwszych minut po zakończeniu VF czynność elektryczna może być wolna, a siła skurczu zbyt słaba, dlatego uciskanie klatki piersiowej należy kontynuować, dopóki nie powróci właściwa czynność serca.

Użycie AED przez wykonujących RKO świadków zatrzymania krążenia, będącymi osobami niemedycznymi, zwiększa przeżywalność w zatrzymaniu krążenia występującym w miejscach publicznych. Wzrasta również częstość użycia AED poza miejscami publicznymi⁴³. AED wydaje polecenia głosowe, wskazując jak prowadzić RKO, analizuje rytm, jak również instruuje ratownika, by wykonał defibrylację, jeśli wykryje VF lub szybki częstoskurcz komorowy (VT). AED są dokładne i dostarczają wyładowanie wyłącznie w przypadku stwierdzenia VF (lub szybkiego VT)^{44,45}.

Rozpoznanie zatrzymania krążenia może stanowić wyzwanie. Zarówno świadkowie zdarzenia, jak i dyspozytorzy medyczni muszą szybko zdiagnozować zatrzymanie krążenia, by aktywować łańcuch przeżycia. Sprawdzanie tętna na tętnicy szyjnej (czy w jakiegokolwiek innej okolicy) okazało się nieskuteczną metodą potwierdzania obecności czy braku krążenia^{44,45}. Oddechy agonalne to powolne i głębokie oddechy, często z towarzyszącym chrapaniem. Oddechy te wynikają z aktywności pnia mózgu, który funkcjonuje jeszcze przez kilka minut mimo niedotlenienia. Obecność oddechów agonalnych może być mylnie interpretowana jako oznaka zachowanego krążenia i brak potrzeby wdrożenia RKO. Oddechy agonalne mogą występować w ciągu pierwszych kilku minut zatrzymania krążenia nawet w 40% przypadków. Rozpoczęcie RKO na ich podstawie, jako oznaki zatrzymania krążenia, skutkuje wyższą przeżywalnością. Należy podkreślać znaczenie oddechów agonalnych podczas szkoleń z zakresu BLS. Świadkowie zdarzenia powinni podejrzewać zatrzymanie krążenia i rozpoczynać RKO, jeśli poszkodowany jest nieprzytomny i nie oddycha prawidłowo^{47,48}.

Dyspozytor medyczny odgrywa istotną rolę w rozpoznaniu zatrzymania krążenia oraz instruowaniu przez telefon świadka zdarzenia jak prowadzić RKO, tzw. „RKO z telefonicznym instruktążem” (telephone CPR), jak również w lokalizowaniu i szybkim dostarczeniu na miejsce zdarzenia automatycznego defibrylatora zewnętrznego, a także w wysłaniu na miejsce zdarzenia Zespołu Ratownictwa Medycznego w trybie priorytetowym. Im szybciej zostanie wezwany Zespół Ratownictwa Medycznego, tym wcześniej zostanie zainicjowane i wdrożone właściwe postępowanie. Wprowadzenie kursów dla osób niemedycznych poprawiło odsetek przeżyć po 30 dniach i po roku^{49,50}.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Wzrost wiedzy i umiejętności udzielania pierwszej pomocy u 75% dzieci uczęszczających do publicznych szkół podstawowych (uczniowie klas szóstych) na terenie Miasta Katowice w latach 2021-2027.

II.2. Cele szczegółowe

- zwiększenie u co najmniej 75% uczestników programu wiedzy teoretycznej na temat udzielania pierwszej pomocy w porównaniu z wiedzą przed rozpoczęciem udziału w programie;
- zwiększenie u co najmniej 75% uczestników programu wiedzy na temat skutecznego rozpoznawania utraty przytomności, oddechów określanych jako gasping lub oddechów agonalnych u osób niereagujących na bodźce, udrożnienie dróg oddechowych i ocenę oddychania w celu potwierdzenia zatrzymania krążenia;
- zwiększenie u co najmniej 75% uczestników programu wiedzy na temat dobrej jakości uciśnień klatki piersiowej (pod względem częstotliwości, głębokości, pełnego powrotu do wyjściowego kształtu oraz minimalizowania przerw w uciśnięciach) i oddechy ratownicze (czas wykonywania i objętości).
- zwiększenie o 25% liczby dzieci, uczęszczających do publicznych szkół podstawowych na terenie Miasta Katowice, deklarujących gotowość do podjęcia interwencji z zakresu pierwszej pomocy dzięki nabytym umiejętnościom.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Ocena poziomu wiedzy uczniów na podstawie testu praktycznego i teoretycznego po odbytym szkoleniu.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

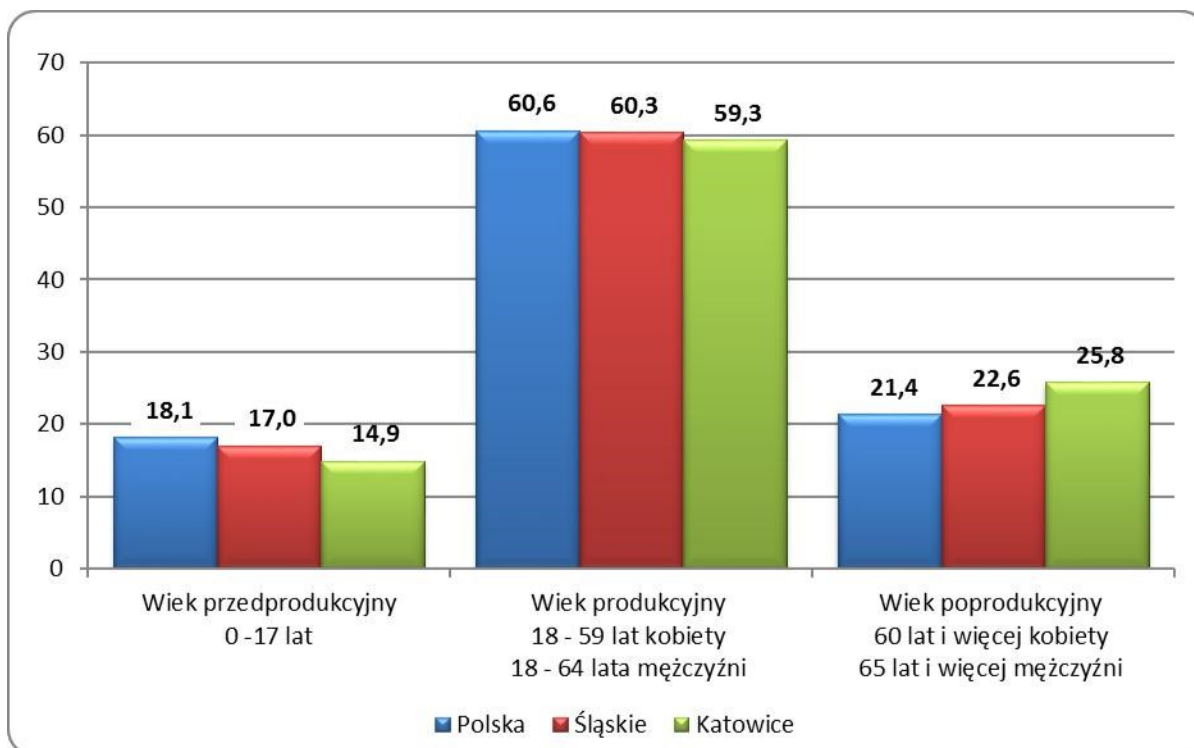
Liczbę ludności zamieszkującej Miasto Katowice przedstawia tabela.

Wyszczególnienie	2017	2018
Powierzchnia w km ²	165	165
Ludność - ogółem	296262	294510

Mężczyźni	140871	140083
Kobiety	155391	154427
Wiek przedprodukcyjny	43521	43900
Wiek produkcyjny	178156	174719
Wiek poprodukcyjny	74585	75891

Źródło: Opracowano na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego przez Urząd Miasta Katowice. <https://www.katowice.eu>

LUDNOŚĆ WEDŁUG GRUP EKONOMICZNYCH W 2018 ROKU



Źródło: Opracowano na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego przez Urząd Miasta Katowice. <https://www.katowice.eu>

III.1. Populacja docelowa

Program będzie realizowany corocznie począwszy od 2022 wśród populacji uczniów klas szóstych szkół podstawowych na terenie miasta Katowice:

Rok	Liczba uczniów w klasach 6 w szkołach podstawowych na terenie miasta Katowice	Szacowane objęcie (zakładana minimalna liczba uczestników)	Minimalna liczba uczestników
2022	2780	75%	715
2023	3073	75%	1488
2024	953	75%	1577
2025	1984	75%	1847
2026	2103	75%	b.d.
2027	2463	75%	b.d.

Poziom zakresu edukacyjnego wśród populacji młodzieży szkolnej biorącej udział w programie powinien osiągnąć co najmniej 75%.

III.2. Kryterium kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Program edukacyjny w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia obejmie młodzież szkolną uczęszczającą do szkół podstawowych na terenie miasta Katowice, których rodzice wyrażą zgodę na udział w programie.

III.3. Planowane interwencje

W ramach realizacji programu edukacyjnego będzie realizowana kampania edukacyjna wśród rodziców i nauczycieli palcówek dydaktycznych na terenie Miasta Katowice. We wszystkich szkołach podstawowych działających na terenie miasta Katowice zostaną zorganizowane spotkania z przedstawicielem podmiotu realizujące szkolenie (ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu), podczas którego zebrani rodzice, opiekunowie prawni, nauczyciele zostaną zapoznani z zasadami pierwszej pomocy oraz zasadami udziału w programie.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia będą udzielane przez podmiot wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert zgodnie z art. 48 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.).

Szkolenie będzie realizowane zgodnie z cyklem szkoleniowym trwającym 8 godzin lekcyjnych zakończonych egzaminem:

- 1) Pierwsza Pomoc – poszkodowany nieprzytomny, aspekty prawne i bezpieczeństwo (wykład)
- 2) Pierwsza Pomoc – postępowanie z osobą nieprzytomną z zachowanym oddechem, zabezpieczenie miejsca zdarzenia, środki ochrony osobistej, łańcuch przeżycia, wezwanie pomocy (ćwiczenia)
- 3) Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa z wykorzystaniem Automatycznego Defibrylatora Zewnętrzny – AED w różnych grupach wiekowych (wykład)
- 4) Resuscytacja Krążeniowo-Oddechowa z wykorzystaniem AED w różnych grupach wiekowych i sytuacjach szczególnych: kobieta ciężarna, tonący, osoba ze wszczepionym rozrusznikiem serca.
- 5) Pierwsza Pomoc – działanie w sytuacjach szczególnych tj. uraz, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, porażenie prądem, oparzenie, napad drgawek, cukrzyca (wykład)
- 6) Pierwsza Pomoc – działanie w sytuacjach szczególnych tj. uraz, zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, porażenie prądem, oparzenie, napad drgawek, cukrzyca (ćwiczenia)
- 7) Sesja egzaminacyjna – test praktyczny (scenariusz w oparciu o arkusz oceny) i test teoretyczny (zestaw 30 pytań jednokrotnego wyboru obejmujący zagadnienia poruszone podczas szkolenia).

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w programie edukacyjnym w zakresie udzielania pierwszej pomocy w stanach zagrożenia życia jest możliwe na każdym etapie trwania programu na życzenie rodzica lub opiekuna prawnego dziecka.

Po zakończonym procesie szkolenia następuje rozpoczęcie sesji egzaminacyjnej, w której każdy uczestnik samodzielnie odpowiada na pytania testowe oraz indywidualnie jest sprawdzany z nabytych umiejętności praktycznych. Pełne uczestnictwo w programie polega na zrealizowaniu zatwierdzonego schematu szkolenia zakończonego egzaminem. Po odbyciu szkolenia i uzyskaniu pozytywnego wyniku z części teoretycznej i praktycznej uczestnik otrzymuje zaświadczenie potwierdzające udział w programie zakończony pozytywnym wynikiem.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

- 1) Przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych celem wyboru realizatora programu na terenie miasta-powiatu Katowice.
- 2) Prowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej na stronie Urzędu Miasta Katowice oraz jednostek podległych. Przekazywanie informacji o programie do lokalnych i regionalnych mediów (radio, prasa, telewizja, media społecznościowe, publikacje miejskie). Bezpośrednie spotkania z dyrektorami szkół, nauczycielami oraz rodzicami w trakcie „zebrań z rodzicami w szkołach”.
- 3) Realizacja programu przez podmiot wyłoniony w drodze konkursu ofert i zgodnie z zawartymi założeniami, które zawiera szkolenie w wymiarze 8 godzin lekcyjnych wraz z egzaminem:
 - Zagadnienia, które obejmuje kurs:
 - obowiązki ratownika (aspekty prawne, łańcuch przeżycia, wezwanie Zespołu Ratownictwa Medycznego)
 - resuscytacja krążeniowo-oddechowa z użyciem automatycznego defibrylatora zewnętrznego (RKO AED) u dorosłych i dzieci
 - Przypadki medyczne:

<ul style="list-style-type: none"> * bezpieczeństwo ratownika i poszkodowanego * zdejmowanie rękawiczek jednorazowych * zawał mięśnia sercowego * omdlenie * cukrzyca * udar mózgu * ugryzienie, użądlenie * nagłe przypadki związane z upałem * nagłe przypadki związane z wyiębieniem * reakcje anafilaktyczne 	<ul style="list-style-type: none"> * napady drgawkowe * wstrząs * rany i krwotoki * urazy szyi, głowy i kręgosłupa * złamania, skręcenia * unieruchomienie * zatrucia * zadławienie * problemy z oddychaniem
--	---
- 4) Przygotowanie konspektu zajęć przypominających, które będą przekazane placówkom oświatowym dla cyklicznego przeprowadzenia przez wychowawców klas zawierające co najmniej 3 gotowe scenariusze lekcyjne każdy po 45 minut do przeprowadzenia w kolejnym roku szkolnym.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

- 1) Personel prowadzący szkolenia musi spełniać wymagania zgodne z art. 8 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.): posiadać tytuł lekarza systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, pielęgniarki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub ratownika medycznego oraz uprawnienia instruktora Pierwszej Pomocy (Basic Life

Support organizacji zatwierdzonej w systemie międzynarodowym zgodnym z ILCOR – American Heart Association, European Resuscitation Council lub równorzędne). Kurs musi być realizowany według ogólnie przyjętych zasad, że na jednego instruktora (prowadzącego zajęcia praktyczne) może przypadać 10-15 uczniów.

- 2) Część wykładową będzie prowadzić lekarz ze specjalizacją medycyny ratunkowej. Część praktyczną będzie prowadzić ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.
- 3) Wyposażenie (jedno stanowisko szkoleniowe musi posiadać wyposażenie a-g w stosunku 1:1:10-15 – wyposażenie z danego rodzaju: instruktor: kursanci):
 - a) Manekin osoby dorosłej do nauki resuscytacji posiadający cechy:
 - naturalna blokada dróg oddechowych (odpowiednie odchylenie głowy konieczne do udrożnienia),
 - realistyczne rysy twarzy oraz ruchoma żuchwa,
 - klatka piersiowa unosząca się podczas sztucznego oddychania,
 - wentylacja bezprzyrządowa metodą usta-usta lub usta-nos realistyczne wskaźniki (żebra, mostek) umożliwiające zlokalizowanie
 - miejsca prawidłowego przyłożenia dłoni do ucisku, dźwiękowe potwierdzenie prawidłowości wykonywanych ucisków („klik – klak”),
 - realistyczny opór klatki piersiowej przy ucisku,
 - technologie, która pozwala uzyskać natychmiastową informację zwrotną o poprawności wykonywanych ucisków oraz wentylacji,
 - podsumowanie rezultatu treningu ogólnym wynikiem oraz propozycjami poprawy efektu,
 - b) Manekin dziecka do nauki resuscytacji posiadający cechy:
 - naturalna blokada dróg oddechowych (odpowiednie odchylenie głowy konieczne do udrożnienia),
 - realistyczne rysy twarzy oraz ruchoma żuchwa,
 - klatka piersiowa unosząca się podczas sztucznego oddychania,
 - wentylacja bezprzyrządowa metodą usta-usta lub usta-nos realistyczne wskaźniki (żebra, mostek) umożliwiające zlokalizowanie
 - miejsca prawidłowego przyłożenia dłoni do ucisku, dźwiękowe potwierdzenie prawidłowości wykonywanych ucisków („klik – klak”),
 - realistyczny opór klatki piersiowej przy ucisku,
 - technologie, która pozwala uzyskać natychmiastową informację zwrotną o poprawności wykonywanych ucisków oraz wentylacji,
 - podsumowanie rezultatu treningu ogólnym wynikiem oraz propozycjami poprawy efektu,
 - c) Manekin niemowlęcia do nauki resuscytacji posiadający cechy:
 - naturalna blokada dróg oddechowych (do ich udrożnienia konieczne jest odpowiednie odchylenie głowy),
 - realistyczne rysy twarzy,

- klatka piersiowa unosząca się podczas sztucznego oddychania,
 - realistyczne odczucie ucisku klatki piersiowej
 - funkcja nauki usuwania ciała obcego blokującego drogi oddechowe niemowlęcia
 - d) Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny AED – szkoleniowy umożliwiający wykonanie bezpiecznej defibrylacji na manekinie szkoleniowym i wyposażony w:
 - wskaźniki wizualne i dźwiękowe
 - 2 przyciski: uruchomienia urządzenia i wykonania wstrząsu
 - elektrody samoprzylepne z oznaczeniem ich lokalizacji na klatce piersiowej poszkodowanego
 - możliwość rejestracji danych takich jak: wykrycie ruchu, wykonanie wstrząsu
 - e) Torba medyczna wraz z wyposażeniem umożliwiającym przeprowadzenie szkolenia w zakresie tamowania krwotoków, unieruchamianie złamań, opatrywania oparzeń
 - f) Zestaw pozoracji ran i złamań.
 - g) Kamizelka umożliwiająca przeprowadzenie treningu udrożnienia dróg oddechowych w przypadku zadławienia metodą tłoczni brzusznej oraz uderzeń między łopatki
 - h) Indywidualna jednokierunkowa zastawka – filtr – do maseczki ratowniczej do resuscytacji typu „Pocket Mask” – 1 sztuka dla uczestnika
 - i) Maseczka ratownicza do resuscytacji krążeniowo-oddechowej typu „Pocket Mask” – min. 3 sztuki na stanowisko
 - j) Rzutnik multimedialny umożliwiający projekcje przeźroczy – min. 1 sztuka.
- 4) Planuje się realizację programu w pomieszczeniach udostępnionych przez szkoły podstawowe na terenie miasta Katowice.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie realizacji programu będzie odbywało się na bieżąco poprzez:

- test wiedzy i umiejętności przed i po kursie;
- planowana liczba uczniów biorących udział w szkoleniach w poszczególnych szkołach w danym roku kalendarzowym;
- liczba faktycznie przeszkolonych uczniów w poszczególnych szkołach w danym roku kalendarzowym;
- liczba uczniów, którzy ukończyli szkolenie z wynikiem pozytywnym - test 25 pytań min. 65%, część praktyczna ukończona z wynikiem pozytywnym;
- ponowna ocena wiedzy uczniów w kolejnym roku po odbyciu szkolenia - test pytań o porównywalnym stopniu trudności co test kończący szkolenie;

- nadzór merytoryczny nad szkoleniami sprawowany przez Jednostkę Akademicką posiadającą doświadczenie w kształceniu w obszarze medycyny ratunkowej i wskazaną przez Zespół Konsultacyjny ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Katowicach przy Urzędzie Miasta Katowice;
- analizę wyników egzaminu końcowego;
- po zakończeniu programu zostanie przeprowadzona ankieta satysfakcji uczestników.

Za organizację Egzaminu końcowego będzie odpowiedzialny wykonawca programu wyłoniony w drodze otwartego konkursu ofert.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu będzie opierać się na porównaniu wyników egzaminów uczniów klas 6 biorących udział w szkoleniach w kolejnych latach oraz przeprowadzenie testu sprawdzającego wiedzę przed i bezpośrednio po zakończeniu programu wśród uczniów.

Analizowana będzie zgłaszalność do programu, która zakłada się na poziomie 75%.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy przeprowadzonego szkolenia wraz z materiałami dydaktycznymi, środkami ochrony osobistej i wystawienia zaświadczenia o zakończonym szkoleniu wynosi 95 zł. Koszt oszacowano na podstawie stawek przedstawionych w otwartym konkursie ofert na 2020 roku dla realizacji 8-godz. cyklu szkoleń.

VI.2. Koszty całkowite

Rok	Liczba uczniów w klasach 6 w szkołach podstawowych na terenie Miasta Katowice	Szacowane objęcie (zakładana minimalna liczba uczestników)	Prognozowana liczba uczestników	Szacunkowy koszt całkowity (zł)
2022	2780	75%	715	67 925,00
2023	3073	75%	1488	141 360,00
2024	953	75%	1577	149 815,00
2025	1984	75%	1847	175 465,00
2026	2103	75%	b.d.	b.d.
2027	2463	75%	b.d.	b.d.

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację „Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027”.

VII. Bibliografia

1. 2005 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* 2005;112:IV1-203.
2. Markenson D, Ferguson JD, Chameides L, et al. Part 17: first aid: 2010 American Heart Association and American Red Cross Guidelines for First Aid. *Circulation* 2010;122:S934-46.
3. Zideman D, Singletary EM, De Buck E, et al. Part 9: First aid: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2015.
4. Perkins GD, Handley AJ, Koster KW, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 2 Adult basic life support and auto- mated external defibrillation. *Resuscitation* 2015.
5. Murad MK, Husum H. Trained lay first responders reduce trauma mortality: a controlled study of rural trauma in Iraq. *Prehosp Disaster Med* 2010;25:533-9.
6. Sunder S, Bharat R. Industrial burns in Jamshedpur, India: epidemiology, prevention and first aid. *Burns : journal of the International Society for Burn Injuries* 1998;24:444-7.
7. Wall HK, Beagan BM, O'Neill J, Foell KM, Boddie-Willis CL. Addressing stroke signs and symptoms through public education: the Stroke Heroes Act FAST campaign. *Prev Chronic Dis* 2008;5:A49.
8. Skinner AM, Brown TLH, Peat BG, Muller MJ. Reduced Hospitalisation of burns patients following a multi-media campaign that increased adequacy of first aid treatment. *Burns: journal of the International Society for Burn Injuries* 2004;30:82-5
9. Soar J, Nolan JP, Bottiger BW, et al. European Resuscitation Council Guide- lines for Resuscitation 2015 Section 3 Adult Advanced Life Support. *Resuscitation* 2015.
10. Zideman DA, De Buck EDJ, Singletary EM, et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015 Section 9 First Aid. *Resuscitation* 2015.
11. Perkins GD, Travers AH, Considine J, et al. Part 3: Adult basic life support and automated external defibrillation: 2015 International Consensus on Cardio- pulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2015.
12. Zijlstra JA, Stieglis R, Riedijk F, Smeekes M, van der Worp WE, Koster RW. Local lay rescuers with AEDs, alerted by text messages, contribute to early de- fibrillation in a Dutch out-of- hospital cardiac arrest dispatch system. *Resuscitation* 2014;85:1444-9
13. Hallstrom AP, Cobb LA, Johnson E, Copass MK. Dispatcher assisted CPR: implementation and potential benefit. A 12-year study. *Resuscitation* 2003;57:123-9.

14. Dami F, Fuchs V, Praz L, Vader JP. Introducing systematic dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation (telephone-CPR) in a non-Advanced Medical Priority Dispatch System (AMPDS): implementation process and costs. *Resuscitation* 2010;81:848-52.
15. Kerber RE, Becker LB, Bourland JD, et al. Automatic external defibrillators for public access defibrillation: recommendations for specifying and reporting arrhythmia analysis algorithm performance, incorporating new waveforms, and enhancing safety. A statement for health professionals from the American Heart Association Task Force on Automatic External Defibrillation, Subcommittee on AED Safety and Efficacy. *Circulation* 1997;95:1677-82.
16. Calle PA, Mpotos N, Calle SP, Monsieurs KG. Inaccurate treatment decisions of automated external defibrillators used by emergency medical services personnel: incidence, cause and impact on outcome. *Resuscitation* 2015;88:68-74.
17. Bahr J, Klingler H, Panzer W, Rode H, Kettler D. Skills of lay people in checking the carotid pulse. *Resuscitation* 1997;35:23-6.
18. Berdowski J, Berg RA, Tijssen JG, Koster RW. Global incidences of out-of-hospital cardiac arrest and survival rates: Systematic review of 67 prospective studies. *Resuscitation* 2010;81:1479-87.
19. Grasner JT, Herlitz J, Koster RW, Rosell-Ortiz F, Stamatakis L, Bossaert L. Quality management in resuscitation-towards a European cardiac arrest registry (EuReCa). *Resuscitation* 2011;82:989-94.
20. Cobb LA, Fahrenbruch CE, Olsufka M, Copass MK. Changing incidence of out-of-hospital ventricular fibrillation, 1980-2000. *Jama* 2002;288:3008-13.
21. Rea TD, Pearce RM, Raghunathan TE, et al. Incidence of out-of-hospital cardiac arrest. *The American journal of cardiology* 2004;93:1455-60.
22. Vaillancourt C, Verma A, Trickett J, et al. Evaluating the effectiveness of dispatch-assisted cardiopulmonary resuscitation instructions. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2007;14:877-83.
23. Agarwal DA, Hess EP, Atkinson EJ, White RD. Ventricular fibrillation in Rochester, Minnesota: experience over 18 years. *Resuscitation* 2009;80:1253-8.
24. Ringh M, Herlitz J, Hollenberg J, Rosenqvist M, Svensson L. Out of hospital cardiac arrest outside home in Sweden, change in characteristics, outcome and availability for public access defibrillation. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine* 2009;17:18.
25. Hulleman M, Berdowski J, de Groot JR, et al. Implantable cardioverter-defibrillators have reduced the incidence of resuscitation for out-of-hospital cardiac arrest caused by lethal arrhythmias. *Circulation* 2012;126:815-21.
26. Blom MT, Beesems SG, Homma PC, et al. Improved survival after out-of-hospital cardiac arrest and use of automated external defibrillators. *Circulation* 2014;130:1868-75.
27. Cummins R, Thies W. Automated external defibrillators and the Advanced Cardiac Life Support Program: a new initiative from the American Heart Association. *Amer J Emerg Med* 1991;9:91-3.

28. Waalewijn RA, Nijpels MA, Tijssen JG, Koster RW. Prevention of deterioration of ventricular fibrillation by basic life support during out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation* 2002;54:31-6.
29. Weisfeldt ML, Sitlani CM, Ornato JP, et al. Survival after application of automatic external defibrillators before arrival of the emergency medical system: evaluation in the resuscitation outcomes consortium population of 21 million. *J Am Coll Cardiol* 2010;55:1713-20.
30. Berdowski J, Blom MT, Bardai A, Tan HL, Tijssen JG, Koster RW. Impact of onsite or dispatched automated external defibrillator use on survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Circulation* 2011;124:2225-32.
31. Waalewijn RA, Tijssen JG, Koster RW. Bystander initiated actions in out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: results from the Amsterdam Resuscitation Study (ARRESUST). *Resuscitation* 2001;50:273-9.
32. Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, Spaite DW, Larsen MP. Estimating effectiveness of cardiac arrest interventions: a logistic regression survival model. *Circulation* 1997;96:3308-13.
33. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J, Gardelov B. Survival after cardiac arrest outside hospital in Sweden. Swedish Cardiac Arrest Registry. *Resuscitation* 1998;36:29-36.
34. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J. Factors modifying the effect of bystander cardiopulmonary resuscitation on survival in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *European heart journal* 2001;22:511-9.
35. Wissenberg M, Lippert FK, Folke F, et al. Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *Jama* 2013;310:1377-84.
36. Hasselqvist-Ax I, Riva G, Herlitz J, et al. Early cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. *The New England journal of medicine* 2015;372:2307-15.
37. Anders, J.: Wytyczne resuscytacji. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych oraz automatyczna defibrylacja zewnętrzna, Polska Rada Resuscytacji, Kraków (2015).
38. Monografia Zachorowalność i umieralność na choroby układu krążenia a sytuacja demograficzna Polski wydana przez Rządową Radę Ludnościową w grudniu 2015 roku pod redakcją naukową prof. Zbigniewa Strzeleckiego oraz prof. Janusza Szymborskiego.
39. dr n. med. Sławomir Pilip, mgr Anita Wójcik, dr n. med. Grzegorz Michalak, dr n. med. Robert Gałązkowski, Wiedza w zakresie resuscytacji krążeniowo-oddechowej u osób zatrudnionych w wybranych jednostkach współpracujących z systemem państwowego ratownictwa medycznego, *Ratownictwo medyczne i medycyna katastrof*, t. 38, nr 2, 2015, s. 133–141,
40. Polska Rada Resuscytacji, Informacja Prasowa 2013: Gdyby więcej ludzi umiało udzielać pierwszej pomocy w nagłym zatrzymaniu krążenia, 100,000 osób rocznie w Europie mogłoby żyć – twierdzi Europejska Rada Resuscytacji.
41. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006 Nr 191 poz. 1410).
42. Weisfeldt ML, Becker LB. Resuscitation after cardiac arrest: a 3-phase time-sensitive model. *Jama* 2002;288:3035-8.

43. Zijlstra JA, Stieglis R, Riedijk F, Smeekes M, van der Worp WE, Koster RW. Local lay rescuers with AEDs, alerted by text messages, contribute to early defibrillation in a Dutch out-of-hospital cardiac arrest dispatch system. *Resuscitation* 2014;85:1444-9.
44. Kerber RE, Becker LB, Bourland JD, et al. Automatic external defibrillators for public access defibrillation: recommendations for specifying and reporting arrhythmia analysis algorithm performance, incorporating new waveforms, and enhancing safety. A statement for health professionals from the American Heart Association Task Force on Automatic External Defibrillation, Subcommittee on AED Safety and Efficacy. *Circulation* 1997;95:1677-82.
45. Calle PA, Mpotos N, Calle SP, Monsieurs KG. Inaccurate treatment decisions of automated external defibrillators used by emergency medical services personnel: incidence, cause and impact on outcome. *Resuscitation* 2015;88:68-74.
46. Bahr J, Klingler H, Panzer W, Rode H, Kettler D. Skills of lay people in checking the carotid pulse. *Resuscitation* 1997;35:23-6.
47. Bobrow BJ, Zuercher M, Ewy GA, et al. Gasping during cardiac arrest in humans is frequent and associated with improved survival. *Circulation* 2008;118:2550-4.
48. Perkins GD, Walker G, Christensen K, Hulme J, Monsieurs KG. Teaching recognition of agonal breathing improves accuracy of diagnosing cardiac arrest. *Resuscitation* 2006;70:432-7.
49. Breckwoldt J, Schloesser S, Arntz HR. Perceptions of collapse and assessment of cardiac arrest by bystanders of out-of-hospital cardiac arrest (OOHCA). *Resuscitation* 2009;80:1108-13.
50. Stecker EC, Reinier K, Uy-Evanado A, et al. Relationship between seizure episode and sudden cardiac arrest in patients with epilepsy: a community-based study. *Circulation Arrhythmia and electrophysiology* 2013;6:912-6.



Miasto Katowice

**6. Program profilaktyczny zapobiegania próchnicy
u dzieci w Katowicach
2021-2027**

Autor programu: lek. dent. Karolina Kolarczyk

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.).

Katowice 2021

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Próchnica zębów pozostaje jedną z najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych. Choć elementy umożliwiające skuteczne zwalczanie choroby próchnicowej są łatwo dostępne, brak odpowiednio ukierunkowanych informacji utrudnia jej ograniczenie. Problem ten dotyczy także Polski. Jednym z celów związanych ze zdrowiem jamy ustnej wyznaczonych przez Światową Organizację Zdrowia jest ograniczenie występowania próchnicy wśród dzieci pięcioletnich do 10% do roku 2025. Zgodnie z aktualnymi informacjami pozyskanymi między innymi z programu „Monitorowanie stanu zdrowia jamy ustnej populacji polskiej” prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia wiadomo już, że w Polsce trudno będzie taki stan osiągnąć.

Według aktualnych, światowych strategii walki z chorobami jamy ustnej zapobieganie próchnicy powinno opierać się przede wszystkim na edukacji oraz propagowaniu prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych. Wskaźniki próchnicy w Polsce sugerują, iż poziom wiedzy na temat zapobiegania tej chorobie jest w społeczeństwie niewystarczający. Dzieci zwykle zgłaszają się do gabinetu dentystycznego zbyt późno, kiedy zmiany próchnicowe w zębach doprowadzają już do bolesnych powikłań zapalnych. W takim momencie można jedynie zwalczać skutki choroby, co wiąże się z nieprzyjemnymi odczuciami dla pacjenta, a w konsekwencji nierzadko z dentofobią, pogarszającą jeszcze stan uzębienia. W skali państwa problem ten jest również powiązany z wysokimi kosztami leczenia. WHO klasyfikuje próchnicę na czwartym miejscu wśród najbardziej kosztochłonnych współczesnych chorób.

Oprócz odpowiednio ukierunkowanych działań edukacyjnych istotne jest uchwycenie wystąpienia próchnicy tuż przed pojawieniem się choroby lub na jej wczesnym etapie. Badania wskazują, iż obecność ubytków próchnicowych na co najmniej dwóch powierzchniach zęba drugiego trzonowego mlecznego stanowi czynnik prognostyczny wystąpienia próchnicy w pierwszym stałym zębie trzonowym w przeciągu 5 lat. Zatem odpowiednio wcześnie wdrożona diagnostyka i leczenie zmniejszają ryzyko wystąpienia choroby w przyszłości.

Jednym ze skutecznych sposobów zapobiegania próchnicy w zębach trzonowych stałych jest lakowanie ich bruzd i szczelin. Badania wskazują, że u dzieci, u których wykonano zabieg lakowania bruzd w zębach bocznych, następuje obniżenie wskaźnika próchnicy PUW(Z) o ponad 1 jednostkę (1 ząb) w porównaniu z dziećmi niepoddanymi lakowaniu. Warunkiem powodzenia tego zabiegu jest lakowanie zęba tuż po jego wyrznięciu. Zwykle zęby szóste zaczynają wyrzynać się między 5,5 – 7 r.ż., choć zdarzają się przypadki wyrzynania tych zębów nawet u młodszych dzieci. W praktyce rodzice zgłaszają się do gabinetu dentystycznego zbyt późno, kiedy w zębach szóstych znajdują się już ubytki próchnicowe.

I.2. Dane epidemiologiczne

Od roku 1997 w Polsce przeprowadzane są badania uzębienia dzieci w ramach Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej. Dane uzyskiwane z ostatnich lat są bardzo niepokojące; odsetek dzieci z chorobą próchnicową wzrasta wraz z wiekiem. W roku 2017 badanie wykazało, iż 41% trzylatków ma próchnicę. W roku 2016 zbadano dzieci pięcioletnie, 76,8% było dotkniętych próchnicą. U sześciolatków odsetek ten wyniósł już 81,6% (2018 r.), u siedmiolatków 89,4% (2016r.), aż wreszcie wśród osiemnastolatków 93,2% badanych miało próchnicę.

Warto nadmienić, że jednym z celów zdrowia WHO na 2020 rok było stworzenie takich warunków profilaktyczno-leczniczych, aby 80% populacji dzieci europejskich było wolnych od próchnicy. W Polsce do tej pory nie udaje się tego celu zrealizować. Szczególnie niepokojący wskaźnik dotyczy dzieci trzyletnich: prawie połowa trzylatków w Polsce ma próchnicę.

Według danych z Monitoringu w województwie śląskim jedynie u 14,2% siedmiolatków uzębienie było wolne od próchnicy. Uważa się, iż wskaźniki z województwa śląskiego pokrywają się ze wskaźnikami ogólnopolskimi zaprezentowanymi powyżej.

I.3. Opis obecnego postępowania

Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami zakłada, iż każdy uczeń szkoły podstawowej lub średniej będzie znajdować się pod opieką lekarza dentystry. Ustawa nie obejmuje jednak dzieci młodszych, uczęszczających do przedszkoli i żłobków. To właśnie ta grupa dzieci stanowi środowisko, w którym można jeszcze zapobiec wystąpieniu choroby próchnicowej, lub znacząco ograniczyć jej rozwój we wczesnym stadium.

Załącznik nr 10 do rozporządzenia ministra zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego, określa wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci. Dzieci czteroletnie i sześcioletnie powinny być objęte między innymi poniższymi świadczeniami profilaktycznymi:

Termin badania (wiek dziecka)	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń
5 rok życia	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 5 roku życia	1. Wizyta adaptacyjna – przysługuje w przypadku pierwszej wizyty dziecka (jeżeli nie wykorzystano świadczenia wcześniej). 2. Kontrola higieny jamy ustnej (badanie kontrolne wraz z instruktażem higieny jamy ustnej i oceną stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych). 3. Ocena stanu morfologicznego i funkcji żucia oraz wyrzynania zębów obejmuje: 1) sprawdzenie liczby zębów; 2)

		<p>sposób zwierania się siekaczy oraz przebieg linii pośrodkowej i linii za tylnymi powierzchniami drugich zębów trzonowych mlecznych; 3) występowanie nawyków; 4) starcie powierzchni żujących mlecznych trzonowców; 5) sposób kontaktu kłów. 4. Zastosowanie działań zapobiegających wadom zgryzu – profilaktyka ortodontyczna. Nauczenie sposobów działań prowadzących do eliminacji nawyków ssania smoczków i oddychania z otwartymi ustami. Zalecenie podawania pokarmów o stałej konsystencji. 5. Profilaktyka profesjonalna próchnicy, w tym profilaktyka fluorkowa przy braku przeciwwskazań. Dotyczy zębów mlecznych i stałych.</p>
7 rok życia	Profilaktyczne świadczenie stomatologiczne dla dziecka w 7 roku życia	<p>1. Ocena stanu uzębienia za pomocą wskaźnika intensywności próchnicy puw* dla zębów mlecznych i PUW* dla zębów stałych. 2. Oddzielne podanie poszczególnych składowych wskaźnika PUW* dla zębów stałych i wskaźnika puw* dla zębów mlecznych. 3. Kwalifikacja do szczególnej opieki stomatologicznej w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego. 4. Wykrywanie nieprawidłowości (wad) zgryzu według wskaźnika IOTN: 1) wyraźnego zniekształcenia lub 2) wyraźnego ograniczenia funkcji żucia lub gryzienia oraz wyrzynania zębów. 5. Profesjonalna profilaktyka fluorkowa. Dotyczy zębów mlecznych i stałych.</p>

Przewidziane jest również świadczenie „Wizyta adaptacyjna bez połączenia z innymi świadczeniami (dotyczy pierwszej wizyty małych dzieci do ukończenia 6 roku życia)”, „Badanie lekarskie stomatologiczne, które obejmuje również instruktaż higieny jamy ustnej” 1 raz w ciągu roku kalendarzowego oraz „Badanie lekarskie kontrolne” 3 razy w ciągu roku.

Podstawowym problemem związanym z wykrywaniem próchnicy w zębach mlecznych jest niskie zainteresowanie rodziców badaniem uzębienia dziecka przez dentystę. Panuje przekonanie, że zęby mleczne nie wymagają kontroli i leczenia, gdyż i tak zostaną wymienione na zęby stałe. Według badań ankietowych prowadzonych w ramach Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej ponad 60% rodziców trzylatków nie odwiedziło jeszcze z dzieckiem gabinetu dentystycznego.

NFZ refunduje świadczenie: „zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym - dotyczy bruzd pierwszych trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 8 roku życia oraz bruzd drugich trzonowców stałych i jest udzielane 1 raz do ukończenia 14 roku życia

(od 1 stycznia 2018)”. Specyfika wyrzynania zębów szóstych, a także moment pojawienia się ich w jamie ustnej dziecka powoduje, że pacjent często zgłasza się do gabinetu dentystycznego, kiedy zęby te są już zajęte przez próchnicę. Zęby szóste mogą pojawić się w jamie ustnej już u dziecka 5, 5,5-letniego. W profilaktyce próchnicy istotne jest zabezpieczenie tych zębów lakiem szczelinowym tuż po wyrznięciu. Dzieci 4-letnie i 6-letnie uczęszczające do przedszkoli, zgodnie z ustawą, nie są jeszcze objęte obowiązkową opieką stomatologa, jak dzieci w szkole, a rodzice często nie mają świadomości tak wczesnego wyrzynania się zębów stałych bocznych.

Zgodnie z informacją z Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 25.03.2020 r. w Katowicach jedynie trzech świadczeniodawców posiada umowy na świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18r.ż. Świadczenia te mogą być wykonywane także w ramach kontraktu ogólnostomatologicznego, należy jednak pamiętać, że dzieci w wieku przedszkolnym często wymagają szczególnego podejścia psychologicznego i łatwiej jest im poddawać się procedurom stomatologicznym w gabinetach specjalnie do tego przygotowanych.

Zaproponowane w programie działania edukacyjne z etapu I mają stanowić uzupełnienie dla świadczeń gwarantowanych. Badanie oraz profilaktyka przewidziane w II etapie programu dublują się z procedurami gwarantowanymi przez NFZ, gdyż świadczenia te, z powodu braku zainteresowania, nie są należycie wykorzystywane. Etap II mógłby być zatem dofinansowany ze środków NFZ.

W latach 2014-2020 realizowano w Katowicach „Program profilaktyki próchnicy dla dzieci miasta Katowice”, w którym dokonywano m.in. lakowania zębów szóstych oraz siódmych. Na podstawie danych z lat 2014-2019 można stwierdzić, iż lakowanie zębów było możliwe u 92% dzieci 8-letnich, natomiast w przypadku dzieci 11-letnich u znacznie mniejszej liczby, bo tylko 74% - co w dużej mierze spowodowane było postępującą z biegiem lat u dzieci próchnicą (ale również czasami brakiem wyrznięcia się zębów siódmych do dnia objęcia badaniami w ramach Programu). Reasumując zabieg lakowania zębów był możliwy średnio u 83 % dzieci objętych programem.

Na podstawie jednej z analiz efektywności tego programu profilaktycznego wykazano, iż w grupie 144 pacjentów skuteczność zabiegu lakowania po upływie trzech lat (czyli brak próchnicy w zębie z lakiem) wynosiła 77,59%.

Analizę przebiegu programu przedstawia poniższa tabela.

	Dzieci 8-letnie				Dzieci 11-letnie			
	Populacja	Edukacja	Badania	Lakowanie	Populacja	Edukacja	Badania	Lakowanie
2014	1982	1614 81%	1487 75%	1343 68% / 90%*	2099	1630 78%	1412 67%	1082 52% / 77%*
2015	2085	1643	1525	1456	2024	1557	1394	1109

		79%	73%	70% / 95%*		77%	69%	55% / 80%*
2016	2888	2437 84%	2414 84%	2213 77% / 92%*	2038	1600 79%	1435 70%	1068 52% / 74%*
2017	3133	2540 81%	2300 73%	2118 68% / 92%*	1906	1437 75%	1233 65%	891 47% / 72%*
2018	989	725 73%	658 67%	612 62% / 93%*	2032	1485 73%	1361 67%	1023 50% / 75%*
2019	1986	1470 74%	1385 70%	1268 64% / 92%*	2807	1937 69%	1786 64%	1220 43% / 68%*
SUMA	13063	10429 80%	9769 75%	9010 69% / 92%*	12906	9646 75%	8621 67%	6393 50% / 74%*

* % całkowitej populacji uczniów w danym roczniku / % uczniów objętych badaniami stanu zdrowia jamy ustnej

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Obniżenie wartości wskaźników puw(z) i PUW(z) o 15% u dzieci objętych opieką w przedszkolach w Katowicach oraz poszerzenie wiedzy dzieci przedszkolnych, ich rodziców i nauczycieli na temat profilaktyki oraz zwalczania choroby próchnicowej. Działanie to powinno w konsekwencji obniżyć intensywność próchnicy u dzieci i młodzieży szkolnej, zwiększyć odsetek dzieci wolnych od próchnicy, a także obniżyć nakłady na leczenie choroby próchnicowej. Przyjęta wartość docelowa wskaźnika wynika z analizy doświadczeń z programu profilaktyki próchnicy prowadzonego w Katowicach w latach 2014-2020.

II.2. Cele szczegółowe

- 1) poszerzenie wiedzy u dzieci, ich opiekunów/rodziców, personelu przedszkoli na temat profilaktyki próchnicy oraz leczenia próchnicy – zakłada się poszerzenie wiedzy u co najmniej 80% uczestników programu;
- 2) wzrost o 20% prawidłowych odpowiedzi wskazanych w teście przeprowadzonym po szkoleniu rodziców i opiekunów, w stosunku do wyników uzyskanych w pre-teście;
- 3) rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i dietetycznych sprzyjających przeciwdziałaniu próchnicy;

- 4) rozwijanie nawyku zgłaszania się do badań kontrolnych uzębienia;
- 5) dążenie do wczesnego wykrycia zmian próchnicowych u co najmniej 80% dzieci poddanych badaniu, co w przyszłości umożliwi wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego ograniczającego rozwój choroby;
- 6) ograniczenie występowania próchnicy w zębach stałych szóstych co najmniej u 70% dzieci uczestniczących w programie przez zabezpieczenie tych zębów lakami szczelinowymi niedługo po wyrżnięciu.

Wszystkie powyższe wartości docelowe zostały ustalone na podstawie doświadczeń z programu profilaktyki próchnicy prowadzonego w Katowicach w latach 2014-2020.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu profilaktyki zdrowotnej

Ocena realizacji celów zostanie dokonana po zakończeniu każdego z etapów programu u danej grupy wiekowej:

- 1) określenie liczby przebadanych dzieci 4-letnich i 6-letnich w stosunku do populacji docelowej,
- 2) określenie wskaźników puw(z) i jego składowych w ww. grupach,
- 3) określenie wskaźników PUW(Z) i jego składowych w grupie dzieci sześciolletnich,
- 4) określenie liczby i odsetka dzieci z dobrą i złą higieną w ww. Grupach,
- 5) określenie średniej liczby zębów szóstych zabezpieczonych lakiem u jednego 6 latka,
- 6) określenie odsetka dzieci spożywających słodczyce i słodzone napoje częściej niż raz dziennie,
- 7) określenie liczby i odsetka dzieci 4-letnich i 6 - letnich szczotkujących zęby minimum 2 razy dziennie pastą z fluorem,
- 8) badanie ankietowe dotyczące wzrostu świadomości zdrowotnej i wiedzy rodziców, opiekunów oraz personelu przedszkoli na temat profilaktyki próchnicy i wdrażania zdrowych nawyków, przeprowadzane przed przystąpieniem do programu i po zakończeniu uczestnictwa w nim.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.

III.1. Populacja docelowa

W pierwszym etapie programu przewidziane są działania w zakresie profilaktyki pierwotnej:

- 1) warsztaty edukacyjne dla rodziców i opiekunów dzieci uczęszczających do katowickich przedszkoli oraz nauczycieli tych placówek,
- 2) warsztaty edukacyjne dla dzieci 4-letnich i 6-letnich przygotowane w sposób zrozumiały dla danej grupy wiekowej.

W drugim etapie planowane są działania z zakresu profilaktyki wtórnej, pokrywające się ze świadczeniami gwarantowanymi przez NFZ (świadczeniami nie wykorzystywanymi w pełni

ze względu na brak chęci zgłaszania się rodziców z dziećmi do poradni stomatologicznych oraz niewystarczającym dostępem dzieci do specjalistycznych poradni):

- 1) badanie stomatologiczne u dzieci 4-letnich i 6-letnich z uwzględnieniem instruktażu higieny jamy ustnej adekwatnego do wieku i możliwości dziecka wraz z przygotowaniem pisemnej informacji dla rodziców lub opiekunów na temat wyniku badania,
- 2) lakowanie zębów szóstych wśród dzieci 6-letnich możliwie najszybciej po wyrżnięciu tych zębów.

Poniższa tabela została przygotowana w oparciu o dane Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30.06.2019. Przedstawia ona prognozę dotyczącą ilości 4 i 6-latków zameldowanych w Katowicach w kolejnych latach na podstawie populacji katowickich dzieci w roku 2019. Liczba ta może ulec zmianie.

Rok realizacji programu	Liczebność populacji 4-latków	Liczebność populacji 6-latków
2022	2756	2587
2023	2600	2730

Brak danych dot. lat 2024-2027. Szacuje się zbliżone wartości do wcześniejszych.

Działania edukacyjne będą dotyczyły także nauczycieli przedszkoli, a także rodziców lub opiekunów prawnych dzieci: w wykładzie będzie uczestniczyło jedno z rodziców/opiekunów. Szacuje się corocznie udział ok. 260 nauczycieli przedszkolnych w spotkaniach.

W drugim etapie programu będą uczestniczyć już wyłącznie dzieci 4- i 6-letnie, u których zostanie przeprowadzone badanie stomatologiczne (ok. 5500 dzieci w danym roku). Ewentualne lakowanie zębów szóstych będzie dotyczyć dzieci 6-letnich (ok. 2500 dzieci w danym roku).

III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

W zakresie edukacji na temat profilaktyki próchnicy w etapie pierwszym: rodzice i opiekunowie dzieci z katowickich przedszkoli (zakłada się uczestnictwo co najmniej jednego z rodziców), a także nauczyciele z tych placówek.

W zakresie badania stomatologicznego oraz edukacji (oba etapy programu): dzieci w wieku 4 i 6 lat uczęszczające do katowickich publicznych i niepublicznych przedszkoli, których rodzice wyrażą pisemną zgodę na przeprowadzenie badania oraz działań profilaktycznych.

W zakresie lakowania zębów szóstych w etapie drugim: dzieci, u których wyrżnęły się zęby szóste, z wyłączeniem zębów, w których znajduje się próchnica lub uprzednio założony lak szczelinowy.

Kryterium kwalifikacji będzie: data urodzenia dziecka, uczestnictwo w systemie opieki przedszkolnej, pisemna zgoda rodziców lub opiekunów.

Kryteria wyłączenia z udziału w programie:

- brak zgody rodzica lub opiekuna prawnego dziecka na jego udział w Programie,
- brak uczęszczania do przedszkola w Katowicach,
- wykonywane uprzednio lakowania bruzd zębów szóstych,
- przeciwwskazania do lakowania bruzd zębów szóstych stwierdzone podczas badania stomatologicznego.

III.3. Planowane interwencje

Etap I (profilaktyka pierwotna)

Dla grupy dzieci 4-letnich: wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;

- 1) materiał będzie przygotowany w oparciu o publikacje wyszczególnione w załączniku nr 5;
- 2) zajęcia będą odbywały się w przedszkolu w ramach grup, do których dzieci należą;
- 3) wykład powinien trwać 1 godzinę lekcyjną (45minut) i odbyć się 1 raz w ciągu roku szkolnego;
- 4) forma zajęć będzie dostosowana do wieku dzieci;
- 5) zajęcia edukacyjne powinny zostać zakończone wręczeniem pamiątkowych gadżetów: szczoteczek, past, dyplomów – dobór gadżetów pozostaje do decyzji realizatora wykładów.

Dla rodziców, opiekunów oraz nauczycieli dzieci 4-letnich:

- 1) wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;
- 2) materiał będzie przygotowany w oparciu o publikacje wyszczególnione w załączniku nr 5;
- 3) zajęcia będą odbywały się w formie warsztatów lub prelekcji w wymiarze 1 godziny zegarowej 1 raz w ciągu roku szkolnego;
- 4) dopuszcza się zgromadzenie wszystkich chętnych rodziców dzieci z danej placówki oraz ich nauczycieli bez ograniczenia liczebności grupy;
- 5) miejsce wykładu ustala dyrektor placówki;
- 6) celem oceny przeprowadzonych działań zajęcia dla rodziców rozpoczną się oraz zakończą wypełnieniem ankiety na temat wiedzy o przeciwdziałaniu chorobie próchnicowej (wzór ankiety załącznik nr 4).

Dla grupy dzieci 6-letnich:

- 1) wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;
- 2) materiał będzie przygotowany w oparciu o publikacje wyszczególnione w załączniku nr 5;

- 3) zajęcia będą odbywały się w przedszkolu w ramach grup, do których dzieci należą;
- 4) wykład powinien trwać 1 godzinę lekcyjną (45minut) i odbyć się 1 raz w ciągu roku szkolnego;
- 5) forma zajęć będzie dostosowana do wieku dzieci;
- 6) zajęcia edukacyjne powinny zostać zakończone wręczeniem pamiątkowych gadżetów: szczoteczek, past, dyplomów – dobór gadżetów pozostaje do decyzji realizatora wykładów.

Dla rodziców, opiekunów oraz nauczycieli dzieci 6-letnich:

- 1) wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;
- 2) materiał będzie przygotowany w oparciu o publikacje wyszczególnione w załączniku nr 5;
- 3) zajęcia będą odbywały się w formie warsztatów lub prelekcji w wymiarze 1 godziny zegarowej 1 raz w ciągu roku szkolnego;
- 4) dopuszcza się zgromadzenie wszystkich chętnych rodziców dzieci z danej placówki oraz ich nauczycieli bez ograniczenia liczebności grupy;
- 5) miejsce wykładu ustala dyrektor placówki;
- 6) celem oceny przeprowadzonych działań zajęcia dla rodziców rozpoczną się oraz zakończą wypełnieniem ankiety na temat wiedzy o przeciwdziałaniu chorobie próchnicowej (wzór ankiety załącznik nr 4).

Powyższe działania nie mieszczą się w katalogu świadczeń gwarantowanych przez NFZ.

Etap II (profilaktyka wtórna):

Dla grupy dzieci 4 -letnich:

- 1) badanie przeglądowe jamy ustnej: oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy puw(z) oraz jego składowych, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu;
- 2) wywiad dotyczący codziennej higieny jamy ustnej oraz nawyków żywieniowych;
- 3) indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania przystosowany do wieku dziecka i jego możliwości;
- 4) wypełnienie karty badania (załącznik nr 2)
- 5) przekazanie na piśmie informacji dla rodziców o stanie uzębienia dziecka z zaleceniem dalszego postępowania profilaktyczno-leczniczego (załącznik nr 3)
- 6) badanie powinno zostać przeprowadzone w gabinecie dentystycznym, zgodnie z obowiązującymi procedurami
- 7) badania dzieci powinny odbywać się w obecności rodziców lub opiekunów prawnych.
- 8) preferowane byłyby godziny popołudniowe/wieczorne lub możliwość realizacji badania również w soboty.

Dla grupy dzieci 6 -letnich:

- 1) badanie przeglądowe jamy ustnej: oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy puw(z) i PUW(Z) oraz jego składowych, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu;
- 2) wywiad dotyczący codziennej higieny jamy ustnej oraz nawyków żywieniowych;
- 3) indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania przystosowany do wieku dziecka i jego możliwości;
- 4) wypełnienie karty badania (załącznik nr 2);
- 5) przekazanie na piśmie informacji dla rodziców o stanie uzębienia z zaleceniem dalszego postępowania profilaktyczno-leczniczego (załącznik nr 3);
- 6) lakowanie bruzd powierzchni żujących zębów pierwszych trzonowych, jeśli nie zachodzą kryteria wykluczające (bruzdy już lakowane, próchnica w bruzdach).
- 7) badanie oraz lakowanie zębów powinno zostać przeprowadzone w gabinecie dentystycznym, zgodnie z obowiązującymi procedurami;
- 8) badania dzieci powinny odbywać się w obecności rodziców lub opiekunów prawnych.
- 9) preferowane byłyby godziny popołudniowe/wieczorne lub możliwość realizacji również w soboty.

Badanie stomatologiczne oraz lakowanie zębów szóstych znajduje się w katalogu świadczeń refundowanych przez NFZ. Jak jednak wspomniano w poprzednich punktach, świadczenia te nie są wystarczająco realizowane.

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu profilaktyki zdrowotnej

Wykłady edukacyjne będą prowadzone przez lekarza dentystę lub higienistkę stomatologiczną w wyznaczonym przez dyrektora danej placówki miejscu i czasie.

Badanie stomatologiczne oraz, jeśli będzie taka możliwość, lakowanie zębów szóstych przeprowadzone zostanie w miejscu udzielania świadczeń – gabinecie w przychodni stomatologicznej wybranej w drodze otwartego konkursu ofert ogłoszonego przez miasto Katowice na wybór realizatora niniejszego programu polityki zdrowotnej. Świadczenia opieki zdrowotnej zostaną udzielone przez lekarza dentystę lub dyplomowaną higienistkę stomatologiczną pod nadzorem lekarza.

Badania dzieci oraz zabieg lakowania zębów szóstych będą realizowane wyłącznie w obecności rodziców lub opiekunów prawnych.

Wynik badania stomatologicznego oraz przeprowadzona procedura lakowania pierwszych zębów trzonowych stałych będą rejestrowane w Karcie Badania Stomatologicznego, której wzór stanowi załącznik do niniejszego programu (załącznik nr 2).

Lekarz dentysta zobowiązany będzie także przedstawić pisemną informację dla rodziców/opiekunów o stanie zdrowia jamy ustnej dziecka oraz o zaleceniach dotyczących konieczności leczenia zachowawczego, chirurgicznego i (lub) ortodontycznego w ramach NFZ

(załącznik nr 3). Fakt przekazania pisemnej informacji dla rodziców/opiekunów musi być odnotowany w Karcie Badania Stomatologicznego.

Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert, spełniających wymagania określone w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

Planowane w programie interwencje stomatologiczne są w pełni bezpieczne dla uczestników.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnictwo w programie będzie wymagało pisemnej zgody rodziców/opiekunów dziecka, rezygnacja - również w formie pisemnej - będzie możliwa na każdym etapie programu.

W etapie I zakończenie udziału będzie miało miejsce po wysłuchaniu wykładu. Dla rodziców, opiekunów i nauczycieli będzie wiązało się także z wypełnieniem ankiety kontrolnej (załącznik nr 4).

Wychowawcy poszczególnych grup przedszkolnych przeprowadzą rozmowy z dziećmi, na podstawie których sporządzą raport dotyczący nowych informacji zdobytych po przeprowadzonych wykładach.

W obu etapach zakończenie udziału w programie będzie związane z osiągnięciem przez dziecko wieku 7 lat, bądź z przejściem dziecka do szkoły. Celem oceny efektów realizacji programu zostanie dokonana analiza wyników badania stomatologicznego grupy kontrolnej 1000 dzieci 6-letnich, które uczestniczyły w programie przez 2 lata, począwszy od 4 roku życia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.

Informacja o programie: Urząd Miasta Katowice szczegółowo poinformuje dyrektorów przedszkoli o planowanych działaniach. Na stronie UM Katowice zostanie umieszczona informacja o programie. Wszelkie dodatkowe informacje zostaną przedstawione rodzicom i opiekunom w przedszkolach podczas zebrań rodziców.

Rejestracja uczestników programu: będzie dokonywana w przedszkolach na podstawie uzyskanych pisemnych zgód.

Etap I (profilaktyka pierwotna)

Dla grupy dzieci 4-letnich: wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentyzę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;

Dla rodziców, opiekunów oraz nauczycieli dzieci 4-letnich: wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;

Dla grupy dzieci 6-letnich: wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną;

Dla rodziców, opiekunów oraz nauczycieli dzieci 6-letnich: wykłady edukacyjne na temat choroby próchnicowej, jej powikłań i wpływu na stan zdrowia ogólnego oraz metod zapobiegania przeprowadzone przez lekarza dentystę (stomatologa) lub higienistkę dentystyczną.

Etap II (profilaktyka wtórna)

Dla grupy dzieci 4 -letnich:

- 1) badanie przeglądowe jamy ustnej: oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy puw(z) oraz jego składowych, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu;
- 2) wywiad dotyczący codziennej higieny jamy ustnej oraz nawyków żywieniowych;
- 3) indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania przystosowany do wieku dziecka i jego możliwości;
- 4) wypełnienie karty badania (załącznik nr 2);
- 5) przekazanie na piśmie informacji dla rodziców o stanie uzębienia dziecka z zaleceniem dalszego postępowania profilaktyczno-leczniczego (załącznik nr 3);
- 6) przekazanie pisemnej informacji dla rodziców na temat aktualnych i możliwych do przeprowadzenia u dziecka gwarantowanych w ramach NFZ świadczeń profilaktycznych i leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem fluoryzacji.

Dla grupy dzieci 6 -letnich:

- 1) badanie przeglądowe jamy ustnej: oznaczenie wskaźnika intensywności próchnicy puw(z) i PUW(Z) oraz jego składowych, ocena poziomu higieny jamy ustnej, ocena stanu przyzębia, ocena zgryzu;
- 2) wywiad dotyczący codziennej higieny jamy ustnej oraz nawyków żywieniowych;
- 3) indywidualny instruktaż w zakresie higieny jamy ustnej i zasad prawidłowego odżywiania przystosowany do wieku dziecka i jego możliwości;
- 4) wypełnienie karty badania (załącznik nr 2);
- 5) przekazanie na piśmie informacji dla rodziców o stanie uzębienia z zaleceniem dalszego postępowania profilaktyczno-leczniczego (załącznik nr 3);
- 6) lakowanie bruzd powierzchni żujących zębów pierwszych trzonowych, jeśli nie zachodzą kryteria wykluczające (bruzdy już lakowane, próchnica w bruzdach);
- 7) przekazanie pisemnej informacji dla rodziców na temat aktualnych i możliwych do

przeprowadzenia u dziecka gwarantowanych w ramach NFZ świadczeń profilaktycznych i leczniczych, ze szczególnym uwzględnieniem fluoryzacji.

IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizatorzy programu zostaną wybrani w konkursie ofert przeprowadzonym na zasadach określonych w obowiązujących w tym zakresie przepisach. Osobą przeprowadzającą wykłady, jak i działania kontrolne oraz profilaktyczne będzie lekarz dentysta (stomatolog) lub higienistka stomatologiczna pod nadzorem lekarza.

Wykłady będą przeprowadzane w przedszkolu lub w innym miejscu wskazanym przez dyrektora danej placówki.

Planuje się, aby oferenci do oferty składanej w odpowiedzi na ogłoszenie konkursowe zobowiązani zostali do przedstawienia szczegółowego autorskiego konspektu zajęć edukacji zdrowotnej dostosowanego do wieku dzieci wraz z materiałami edukacyjnymi oraz szczegółowym opisem metod i narzędzi stosowanych w zajęciach.

Badanie stomatologiczne oraz lakowanie bruzd zostanie przeprowadzone w miejscu udzielania świadczeń, gabinecie dentystycznym wybranym w drodze otwartego konkursu ofert ogłoszonego przez miasto Katowice na wybór realizatora niniejszego programu polityki zdrowotnej. Zadaniem realizatora będzie stworzenie odpowiednich warunków lokalowych do przeprowadzenia tych czynności. Realizator będzie zobowiązany do przedstawienia aktualnej polisy OC. Gabinet stomatologiczny musi spełniać pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.

Konieczne będzie uzyskanie od rodziców zgody na udział dziecka w badaniu, stanowiącej załącznik do umowy (załącznik nr 1). Realizator jest zobowiązany do przygotowania pisemnej informacji dla rodziców na temat aktualnego stanu zdrowia jamy ustnej dziecka oraz możliwych działań leczniczych (załącznik nr 3).

Realizatorzy programu, z którymi zostaną zawarte umowy będą zobowiązani do przestrzegania zasady, aby świadczenia nie były podwójnie finansowane. W przypadku stwierdzenia podwójnego wykazywania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem profilaktycznym o podobnym zakresie finansowanym w ramach powszechnego ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia, w sytuacji jednokrotnego przeprowadzenia badania, realizatorzy programu otrzymają kary umowne, a umowy zostaną rozwiązane ze skutkiem natychmiastowym

V. Monitorowanie i ewaluacja

V.1. Monitorowanie

Ocena przeprowadzanych działań będzie dokonywana na każdym etapie programu. Monitorowane na bieżąco będą:

- określenie liczby zgód na udział w programie w stosunku do populacji docelowej,
- odsetek zgłaszalności dzieci 4-letnich do udziału w I etapie programu w stosunku do całej populacji,
- odsetek zgłaszalności dzieci 6-letnich do udziału w I etapie programu w stosunku do całej populacji,
- odsetek zgłaszalności dzieci 4-letnich do udziału w II etapie programu w stosunku do całej populacji,
- odsetek zgłaszalności dzieci 6-letnich do udziału w II etapie programu w stosunku do całej populacji,
- odsetek rodziców, opiekunów prawnych i nauczycieli objętych spotkaniami edukacyjnymi,
- ocena przekazanej wiedzy w spotkaniach edukacyjnych na podstawie ankiet,
- odsetek dzieci ze zdiagnozowaną próchnicą w stosunku do wszystkich dzieci objętych II etapem programu,
- liczba zębów szóstych, w których wykonano lakowanie,
- odsetek rodziców, którzy zrezygnowali z uczestnictwa w programie, co wskaże, czy program jest interesujący dla rodziców/opiekunów i czy spełnia ich oczekiwania.

V.2. Ewaluacja

Zostanie dokonana analiza mierników efektywności:

- liczba zgód na udział w programie (w stosunku do zakładanej populacji docelowej)
- kontrola wskaźników PUW(Z) i puw(z) u dzieci 6-letnich, które dwukrotnie uczestniczyły w obu etapach programu: jako dzieci 4-letnie i 6-letnie; planuje się wyłonienie grupy kontrolnej 1000 dzieci (co stanowi ok. 1/4 docelowej grupy badanej), u których wskaźniki zostaną przeanalizowane i porównane z najbardziej aktualnymi wskaźnikami ogólnopolskimi dla danej grupy wiekowej, uzyskanymi w trakcie prowadzenia Ogólnopolskiego Monitoringu Stanu Zdrowia Jamy Ustnej – zakłada się obniżenie wskaźników u dzieci objętych programem o co najmniej 15% w stosunku do wyników ogólnopolskich
- liczba dzieci, u których dokonano przeglądu uzębienia (w stosunku do zakładanej populacji docelowej)
- liczba dzieci, u których dokonano lakowania zębów szóstych (w stosunku do zakładanej populacji dzieci 6-letnich)
- liczba rodziców/opiekunów, nauczycieli uczestniczących w programie (w stosunku do zakładanej populacji docelowej)
- ocena jakości udzielonych świadczeń poprzez ocenę raportów dokonywanych przez nauczycieli przedszkolnych po przeprowadzeniu wykładów edukacyjnych
- ankiet wypełnianych przez rodziców/opiekunów oraz nauczycieli przed i po realizacji I etapu programu.

VI. Koszty

VI.1. Koszty jednostkowe

W planowaniu kosztów programu wykorzystano dane z Programu Profilaktyki Próchnicy przeprowadzonym w Katowicach w latach 2014-2020.

Koszt objęcia 1 grupy dzieci I etapem programu (tj. edukacją) oszacowano na ok. 150 zł za 1 spotkanie.

Koszt objęcia 1 dziecka II etapem programu wynosi ok. 19 zł za badanie oraz ok. 18 zł za lakowanie 1 zęba (przy czym u jednego dziecka szacuje się lakowanie średnio 2,5 zęba; $18 \times 2,5 = 45$ zł).

Koszt zorganizowania akcji informacyjno-edukacyjnej dla rodziców oszacowano na ok. 150 zł za 1 spotkanie.

Ponadto koszt administracyjno-techniczny, w tym koszt materiałów edukacyjnych, oszacowano na ok. 10 zł za 1 ucznia.

VI.2. Koszty całkowite

Przy założeniu objęcia I oraz II etapem programu ok. 80% dzieci roczne koszty całkowite realizacji programu mogą wynieść ok. 260 000,00 zł.

Na ww. kwotę składają się następujące koszty:

Rodzaj kosztu	Koszt jednostkowy	Szacunkowy koszt całkowity
objęcie edukacją ok. 80% populacji dzieci 4- i 6-letnich, tj. ok. 4140 dzieci, tj. ok. 207 spotkań	150 zł/spotkanie	31 050,00 zł
zorganizowanie akcji informacyjno-edukacyjnej dla ok. 4140 rodziców, tj. ok. 207 spotkań	150 zł/spotkanie	31 050,00 zł
badania stanu zdrowia jamy ustnej ok. 4140 dzieci	19 zł	78 660,00 zł
Lakowanie zębów szóstych u ok. 70% populacji dzieci i 6-letnich, tj. ok. 1711 dzieci (średnio 2,5 zęba / dziecko)	18 zł/zęb 45 zł/dziecko (średnio 2,5 zęba / dziecko)	76 995,00 zł
Koszty administracyjno-techniczne, w tym koszty materiałów edukacyjnych	10 zł/dziecko	41 400,00 zł
SUMA:	---	259 155,00 zł

Koszty monitorowania oraz ewaluacji zostaną zrealizowane w ramach bieżących działań podejmowanych przez Wydział Polityki Społecznej Urzędu Miasta Katowice

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany do wysokości środków finansowych zaplanowanych w budżecie miasta Katowice na dany rok na realizację "Programu profilaktyki i promocji zdrowia dla miasta Katowice na lata 2021-2027".

VII. Bibliografia:

- Guideline: sugars intake for adults and children.* World Health Organization, Geneva 2015.
- Hobdell M., Petersen P.E., Clarkson J., Johnson N.: *Global goals for oral health 2020.* International Dental Journal 2003, 53: 285-288.
- No Health without Oral Health: How the dental community can leverage the NCD agenda to deliver on the 2030 Sustainable Development Goals,* Proceedings of the FDI-NCD Alliance joint session, 30 August 2017, Madrid, Spain
- Peres M.A., Macpherson L.M.D, Weyant R.J., Daly B., Venturelli R., Mathur M.R., Listl S., Celeste R.K., Guarnizo-Herreño C.C., Kearns C., Benzian H., Allison P., Watt R.G.: *Oral diseases: a global public health challenge,* Lancet 2019; 394: 249–60.
- Birch S., Listl S.: *The economics of oral health and health care.* Max Planck Institute for Social Law and Social Policy discussion paper no 07-2015. May 2018.
- Skorus M., Fischer M.: *Analiza efektywności programu profilaktycznego u dzieci z Katowic.* Twój Przegląd Stomatologiczny, wydanie nr 5/2016
- Jodkowska E.: *Publiczny program zapobiegania próchnicy w Polsce u dzieci i młodzieży.* Dental Medical Problems 2010, 47, 2: 137-143.
- Siudmak B.: *Efektywność lakowania bruzd pierwszych i drugich zębów trzonowych u dzieci i młodzieży. Obserwacje dziesięcioletnie.* Magazyn Stomatol. 2009, 19: 132-138.
- Olczak-Kowalczyk D., Szczepańska J., Kaczmarek U.: *Współczesna stomatologia wieku rozwojowego,* Med Tour Press, Otwock 2017

Załącznik nr 1

Szanowni Państwo,

Miasto Katowice w ramach „Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia” corocznie organizuje i w całości finansuje **Program profilaktyczny zapobiegania próchnicy u dzieci**, który skierowany jest do dzieci w wieku 4 i 6 lat w katowickich przedszkolach. Po wyrażeniu przez Państwa zgody, dzieci zostaną

objęte edukacją zdrowotną z zakresu zasad higieny jamy ustnej, będą miały wykonane badanie stomatologiczne stanu zdrowia jamy ustnej – zębów, przyzębia i ocena zgryzu oraz w zależności od stanu zdrowia zębów u dzieci 6-letnich w zdrowych zębach stałych „szóstkach” zostanie założony lak w bruzdach na powierzchni żującej w celu ochrony przed próchnicą.

Ww. świadczenia są całkowicie bezpieczne i mogą być stosowane z innymi formami profilaktyki próchnicy, takimi jak szczotkowanie zębów pastami lub żelem zawierającym fluor czy też lakierowanie zębów.

Z poważaniem autor programu:

lek. dent. Karolina Kolarczyk

Realizatorem programu na zlecenie miasta Katowice jest:

.....

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka Programem profilaktyki próchnicy:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(nazwa i adres przedszkola)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pesel dziecka

.....

(data)

.....

(podpis rodzica/opiekuna)

Administratorem podanych powyżej danych osobowych jestnazwa i adres..... Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia oraz jego ewaluacji. Dane mogą być udostępnione Miastu Katowice w celu sprawozdawczym bądź kontrolnym i nie będą przekazywane osobom trzecim. Każdemu przysługuje prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w Programie.

-WZÓR-

Załącznik nr 2

.....

(pieczęć świadczeniodawcy)

.....

(miejsce badania i data)

Karta badania stomatologicznego

Program profilaktyczny zapobiegania próchnicy u dzieci w Katowicach

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(PESEL)

.....

(przedszkole, do którego uczęszcza dziecko)

Diagram

16 55 54 53 52 51 61 62 63 64 65 26

46 85 84 83 82 81 **|** 71 72 73 74 75 36

P – ząb z próchnicą

U – ząb usunięty

W – ząb wypełniony

X – brak zęba

p = puw = PUW =
u = w = P = U = W =

(zaznaczyć właściwe)

higiena:	DOBRA	NIEWYSTARCZAJĄCA
stan przyzębia:	DOBRY	WYMAGANE LECZENIE

zgryz:	W NORMIE	ZALECANA KONSULTACJA ORTODONTYCZNA
--------	----------	--

Informacje z wywiadu

szczotkowanie zębów	TAK		NIE	
częstotliwość szczotkowania	1x dziennie	2x dziennie	więcej niż 2x dziennie	

spożywanie słodczy	TAK		NIE	
częstotliwość spożywania słodczy	1x dziennie	więcej niż 1x dziennie	1x w tygodniu	więcej niż 1x w tygodniu

spożywanie słodzonych napojów (w tym soków owocowych)	TAK		NIE	
częstotliwość spożywania słodzonych napojów	1x dziennie	więcej niż 1x dziennie	1x w tygodniu	więcej niż 1x w tygodniu

Uwagi do badania:

.....

.....
Zalecenia:

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

.....
podpis lekarza wykonującego badanie

-WZÓR-

Załącznik nr 3

.....
(pieczęć świadczeniodawcy)

.....
(miejsce badania i data)

Informacja dla rodziców/opiekunów

Program profilaktyczny zapobiegania próchnicy u dzieci w Katowicach

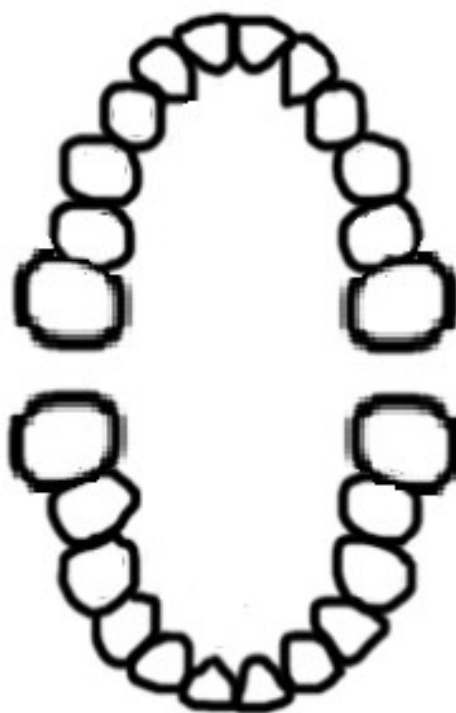
.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(PESEL)

szczęka



żuchwa

P – ząb do leczenia

U – ząb do usunięcia

X – brak zęba

Konieczne leczenie zębów:

Konieczna konsultacja ortodontyczna:

Konieczna zmiana nawyków higienicznych:

.....

Konieczna zmiana nawyków dietetycznych:

.....

.....
podpis lekarza wykonującego badanie

-WZÓR-

Załącznik nr 4

ANKIETA
Program profilaktyczny zapobiegania próchnicy u dzieci
w Katowicach

Proszę zaznaczyć odpowiedź, która Pani/Pana zdaniem jest właściwa:

1. Jak często dziecko powinno szczotkować zęby?

- A. 1 raz dziennie
- B. 2 razy dziennie
- C. zęby mleczne nie wymagają szczotkowania

2. Do którego roku życia rodzice powinni szczotkować zęby dziecku?

- A. dziecko powinno szczotkować zęby samodzielnie
- B. do 3 r.ż.
- C. do 8 r.ż.

3. Czy gotowe przekąski (w tym biszkopty, gotowe jogurty owocowe i serki, herbatniki, chrupki) mogą Pana/Pani zdaniem wywołać próchnicę?

- A. Tak
- B. Nie

4. Jaki napój pity między posiłkami może spowodować próchnicę (można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź)?

- A. woda
- B. woda smakowa
- C. sok owocowy
- D. herbata słodzona miodem
- E. napój gazowany napój typu cola, fanta, sprite

5. Jak często dziecko może spożywać słodzone napoje (w tym soki owocowe)?

- A. 1x dziennie
- B. więcej niż 1x dziennie
- C. 1x w tygodniu
- D. więcej niż 1x w tygodniu

6. Który z poniższych napojów spożywany przez dziecko w nocy może wywołać próchnicę? (można zaznaczyć więcej niż 1 odpowiedź)

- A. woda
- B. woda smakowa
- C. sok owocowy
- D. słodzony napój gazowany typu cola, fanta, sprite
- E. słodzona herbata
- F. mleko

7. Czy uważa Pan/Pani, że spożywanie soków owocowych może powodować próchnicę?

- Tak
- Nie

8. Kiedy Pani/Pana zdaniem dziecko powinno odbyć pierwszą wizytę w gabinecie dentystycznym?

- A. między 6 miesiącem a 1 rokiem życia
- B. między 1 r.ż. a 2 r.ż.
- C. między 2 r.ż. a 3 r.ż.
- D. między 3 r.ż. a 4 r.ż.

E. kiedy w jamie ustnej pojawią się zęby wymagające leczenia

9. Czy uważa Pan/Pani, iż obecność ubytków próchnicowych w jamie ustnej rodziców ma wpływ na powstanie próchnicy u dzieci?

- A. Tak
- B. Nie

10. Czy znane jest Pani/Panu przeciwpróchnicowe działanie ksylitolu?

- A. TAK
- B. NIE

11. Kiedy dziecku wyrzyna się pierwszy ząb stały?

- A. 3 - 4 r.ż.
- B. 5, 5 – 7 r.ż.
- C. 8 – 10 r.ż.

12. Uwagi do programu

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

-WZÓR-

Załącznik nr 5

Wykaz publikacji do przeprowadzenia spotkań edukacyjnych

1. *Stanowisko polskich ekspertów dotyczące zasad żywienia dzieci i młodzieży w aspekcie zapobiegania chorobie próchnicowej* dr hab. n. med. Dorota Olczak-Kowalczyk, prof. nadzw., prof. dr hab. n. med. Teresa Jackowska, prof. dr hab. n. med. Mieczysława Czerwionka-Szaflarska,

prof. dr hab. n. med. Janusz Książyk, dr hab. Dorota Szostak-Węgierek, prof. dr. hab. Urszula Kaczmarek, *Nowa Stomatologia*, 2015; 20 (2): 81–91

2. *Zalecenia w zakresie higieny jamy ustnej dla dzieci i młodzieży w kolejnych grupach wiekowych.* Joanna Szczepańska, Aleksandra Hilt, Małgorzata Daszkowska, Grażyna Marczuk-Kolada

3. *Program edukacyjny – wiek przedszkolny i wczesnoszkolny.* prof. dr hab. Maria Mielnik-Błaszczak

4. *Stanowisko polskich ekspertów dotyczące indywidualnej profilaktyki fluorkowej u dzieci i młodzieży* opracowanie pod redakcją prof. dr hab. Doroty Olczak - Kowalczyk i prof. dr hab. Urszuli Kaczmarek, Warszawa 2015

5. *Instrukcja ICCMS™ dla stomatologów i osób prowadzących szkolenia*

6. *Zalecenia w zakresie zapobiegania próchnicy u dzieci niepełnosprawnych.* prof. dr hab. Maria Borysewicz-Lewicka, dr n. med. Karolina Gerreth

* *Wszystkie publikacje są dostępne na stronie Polskiego Towarzystwa Stomatologii Dziecięcej.*

Podsumowanie

Przedstawione w niniejszym opracowaniu propozycje działań na rzecz poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców miasta Katowice będą realizowane przez miasto Katowice w perspektywie wieloletniej, tj. w latach 2021-2027. Taka długofalowość działań w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia daje gwarancję uzyskania większych efektów zdrowotnych.

Dzięki podjętej współpracy z wybitnymi specjalistami z poszczególnych dziedzin medycyny stworzono kompleksowy Program, uwzględniający sytuację zdrowotną, demograficzną, epidemiologiczną, społeczną i środowiskową mieszkańców Katowic.

W związku ze specyfiką sytuacji demograficznej Katowic, tj. postępującym starzeniem się społeczeństwa, Program przewiduje szereg działań prewencyjnych skierowanych właśnie do osób starszych. Programy profilaktyczne skierowane do tej grupy wiekowej mają na celu poprawę jakości życia osób starszych oraz ich kondycji zdrowotnej, ułatwienie dostępu do badań przesiewowych i w konsekwencji złagodzenie skutków starzenia się. Wczesne wykrycie nieprawidłowości u osób starszych wraz z podjęciem stosownych działań leczniczych, rehabilitacyjnych i terapeutycznych przyniesie korzyści w postaci zmniejszenia nakładów na leczenie zaawansowanych stanów chorobowych w tej grupie wiekowej.

Ponadto zaplanowano program szczepień przeciwko wirusowi HPV, które są aktualnie w katalogu szczepień zalecanych, dlatego działania miasta uzupełniają zakres świadczeń profilaktycznych oferowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego skierowanych do dzieci i młodzieży.

W związku z ogłoszeniem stanu epidemii wywołanego zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 zaplanowano kontynuację programu „Profilaktyczna opieka nad uczniami” w ramach którego uczniowie klas III szkół podstawowych zostaną objęci badaniami przez lekarzy specjalistów w kierunku wczesnego wykrycia nieprawidłowości rozwojowych. Jest to szczególnie uzasadnione faktem ograniczenia przez dzieci aktywności fizycznej z powodu wprowadzenia edukacji zdalnej.

Od 2022 roku do Programu włączono przygotowane wcześniej dwa programy – dot. edukacji z zakresu pierwszej pomocy wśród uczniów klas VI szkół podstawowych oraz dot. profilaktyki próchnicy u dzieci przedszkolnych.

Ostatnie lata pokazują, że działania profilaktyczne oparte na najnowszej wiedzy medycznej wymagają bardzo szerokiej promocji. W dobie powszechnego dostępu do Internetu wiele osób czuje się zagubionych w poszukiwaniu właściwych informacji na temat zdrowego stylu życia. Szczególnie ważnym zadaniem jest dotarcie do rodziców, tak aby zapobiec szkodliwym nawykom ich dzieci, przez które będą się one borykały z różnymi problemami zdrowotnymi w późniejszym, dorosłym życiu.

Jak wskazano we wstępie, Program stanowi kontynuację koncepcji realizowanej od 2007 r., która zakłada realizację działań z zakresu promocji zdrowia poprzez szeroko pojętą edukację zdrowotną skierowaną do różnych grup odbiorców, poczynając od najmłodszych mieszkańców Katowic. Prowadzenie edukacji zdrowotnej wśród dzieci obejmującej m.in. zasady zdrowego stylu życia, racjonalnego odżywiania, naukę aktywnego spędzania wolnego czasu, udzielania pierwszej

pomocy, szeroko pojętej higieny od najmłodszych lat przyniesie w przyszłości wymierne efekty w postaci zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, nowotwory i przyczyni się do poprawy ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa Katowic.

Zakres rzeczowy i finansowy realizowanych zadań na każdy rok obowiązywania Programu będzie zatwierdzał Prezydent Miasta Katowice stosownie do wielkości zaplanowanych środków budżetowych.

Kwoty na poszczególne lata realizacji Programu będą określone każdorazowo w budżecie miasta Katowice na dany rok.