UCHWAŁA NR .....
RADY MIEJSKIEJ W MIELCU

z dnia .... r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pn.: „Program profilaktyczny wczesnego wykrywania osteoporozy ZAMIAST ZŁAMANIA ZRÓB BADANIA"

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt. 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz. U. z 2023 r., poz. 40 ze zm.), art. 7 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 48 ust. 1 i 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2022 r. poz. 2561)

Rada Miejska w Mielcu
uchwala, co następuje:

§ 1.

Uchwala się i przyjmuje do realizacji **„Program profilaktyczny wczesnego wykrywania osteoporozy ZAMIAST ZŁAMANIA ZRÓB BADANIA"** stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Program finansowany będzie ze środków budżetu miasta Mielca określonych w uchwale budżetowej na każdy rok.

§ 3.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Mielca.

§ 4.

Nadzór nad wykonaniem uchwały sprawuje Komisja Ochrony Środowiska, Zdrowia i Spraw Społecznych.

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej

Bogdan Bieniek

Załącznik do uchwały Nr .....
Rady Miejskiej w Mielcu
z dnia 2023

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

Program profilaktyczny wczesnego wykrywania osteoporozy

ZAMIAST ZŁAMANIA ZRÓB BADANIA

Autor Programu: Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Mielcu

Kontynuacja/trwałość Programu:

Realizacja programu planowana jest na lata 2024-2025 (z możliwością kontynuacji w latach następnych)

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) oraz rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy

Spis treści

WSTĘP 4

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO 4

1.2. Epidemiologia na świecie i w Polsce 6

1.3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu 9

1.4. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 10

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 12

2. CELE PROGRAMU 12

2.1. Cel główny 12

2.2. Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu 12

2.3. Oczekiwane efekty 12

2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu 13

3. ADRESACI PROGRAMU 13

3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe 13

3.2. Tryb zapraszania do programu 15

4. ORGANIZACJA PROGRAMU 17

4.1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne 17

4.2. Planowane interwencje 18

4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu 20

4.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych 21

4.6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania 21

4.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji 22

4.8. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu 22

4.9.1. Opinie ekspertów klinicznych..... 24

4.9.2. Zalecenia, wytyczne, standardy 24

4.9.3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej: 26

4.9.4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego..... 26

5. KOSZT REALIZACJI 27

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA 30

6.1. Ocena zgłaszalności do programu 30

6.2. Ocena jakości świadczeń w programie..... 32

7.OKRES REALIZACJI PROGRAMU 33

WSTĘP

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań samorządów lokalnych wynikających z ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r., poz. 40). Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców - art. 7 ust. 1 pkt. 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561). Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej poprzez wdrażanie i realizację programów polityki zdrowotnej, które zawierałyby takie działania, jak: finansowanie usług zdrowotnych, działalność edukacyjno-informacyjną i inne.

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1. Problem zdrowotny

Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, która charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem złamań kości.[1] Następuje to w następstwie zmniejszania się ich odporności mechanicznej, która uwarunkowana jest gęstością mineralną oraz jakością tkanki kostnej. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zalicza osteoporozę do głównych chorób cywilizacyjnych. Jej znaczenie wobec starzenia się społeczeństw, nieustannie rośnie. Choroba rozwija się w sposób podstępny, niepostrzeżenie przez wiele lat, nie dając żadnych objawów, aż do złamania kości.

Osteoporozę można podzielić na:

a) pierwotną, która rozwija się u kobiet po menopauzie i rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku,
b) wtórną, jako następstwo stanów patologicznych lub wynik działania niektórych leków najczęściej glikokortykosteroidów (GKS).

[1] Głuszko P., Tłustochowicz W., & Korkosz, M. (2017). Choroby metaboliczne kości. W: Gajewski P (red.) Interna Szczeklika, 2070-2076.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10 (International Classification of Disease) wyróżnia zaburzenia mineralizacji i struktury kości (M80–M85):

- M80 – osteoporoza ze złamaniami patologicznymi,
- M81 – osteoporoza bez złamań patologicznych,
- M82 – osteoporoza w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej,
- M83 – osteomalacja dorosłych,
- M84 – zaburzenia ciągłości kości,
- M85 – inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organisation) i Międzynarodowej Fundacji Osteoporozy (IOF – International Osteoporosis Foundation) osteoporozę rozpoznaje się po zmniejszonej gęstości mineralnej kości (BMD – bone mineral density) wskaźnik T ≤-2,5 – na podstawie wyniku badania densytometrycznego. Kryterium dotyczy kobiet po menopauzie, a także mężczyzn ≥50 lat. W przypadku młodszych kobiet muszą być obecne dodatkowe czynniki ryzyka. Brak spełnienia kryterium densytometrycznego nie wyklucza ryzyka wystąpienia złamania niskoenergetycznego – najistotniejszego objawu klinicznego osteoporozy.

Czynniki ryzyka rozwoju osteoporozy pierwotnej:

a) genetyczne i demograficzne:
   - predyspozycje rodzinne,
   - płeć żeńska,
   - rasa biała i żółta, BMI <18 kg/m2;
b) stan prokreacyjny:
   - niedobór hormonów płciowych,
   - przedłużony brak miesiączki,
   - nierodzenie,
   - stan pomenopauzalny;
c) czynniki powiązane ze stylem życia i odżywianiem:
   - mała podaż wapnia,
   - niedobór witaminy D,
   - mała lub nadmierna podaż fosforu,
   - niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa,
   - palenie tytoniu,
   - alkoholizm,
   - nadmierne spożycie kawy,
   - siedzący tryb życia.

Czynniki ryzyka rozwoju osteoporozy wtórnej:

a) choroby:
- zaburzenia hormonalne,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby nerek,
- choroby reumatyczne,
- choroby układu oddechowego,
- choroby szpiku i krwi,
- hiperwitaminoza A,
- stan po przeszczepieniu,
- unieruchomienie,
- przebyte złamania,
- sarkopenia;

b) leki: ogólnoustrojowe leczenie GSK, obecnie lub w przeszłości (≥ 5 mg/d. prednizonu lub równoważna dawka innego GKS przez > 3 mies.)[2].

1.2. Epidemiologia na świecie i w Polsce

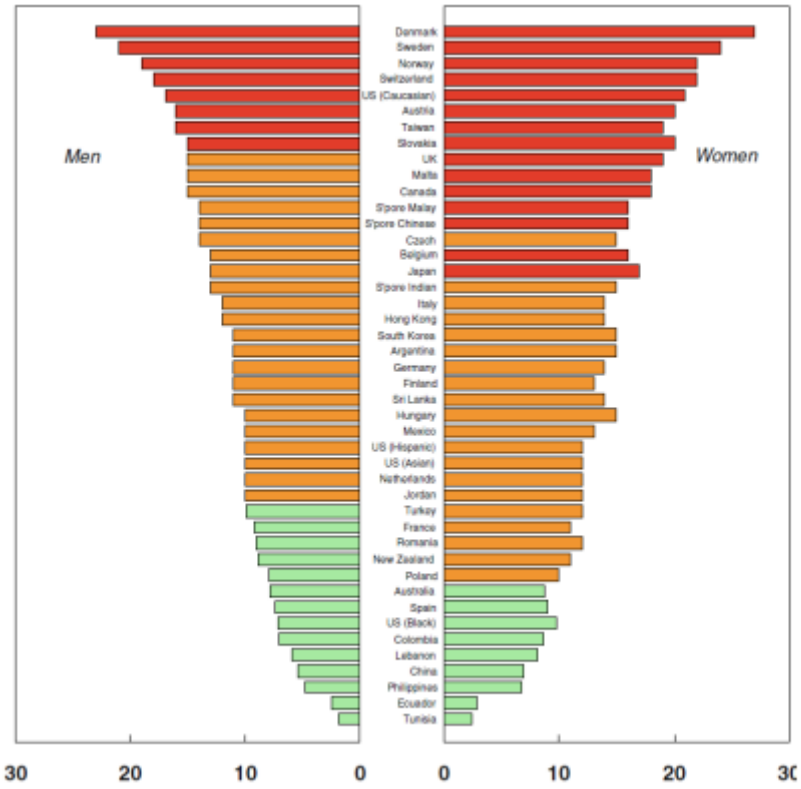
Z danych raportu Fundacji Osteoporozy i Chorób Mięśniowo-Szkieletowych oraz Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego wynika, że w 2000 roku na świecie odnotowano około 9 mln złamań osteoporotycznych, w tym 3,1 mln w Europie. Złamań bliższego końca kości udowej (b.k.k.u.) odnotowano 1,6 mln. Dane na rok 2010 w oparciu o kryteria diagnostyczne WHO ukazują, że około 22 mln kobiet, a także 5,5 mln mężczyzn w przedziale wieku od 50 do 84 lat w Unii Europejskiej cierpi na osteoporozę. Mając na uwadze zmiany demograficzne prognoza wskazuje, że do 2025 roku liczba chorych wzrośnie o 23% osób. W przypadku nowych złamań w roku 2010 zaobserwowano ich ok. 3,5 mln w populacji UE, z czego 2/3 dotyczyły kobiet.[3] Prognozy na rok 2050 przewidują ponad 6,2 mln takiego rodzaju złamań. We wspomnianym raporcie odniesiono się również do Polski. W roku 2009 stwierdzono 27 645 złamań b.k.k.u., a także 167 663 złamań niskoenergetycznych.

W projekcie SCORE (ScoreCard for OsteoPorosis in Europe – Karta Wyników Osteoporozy w Europie) w 27 państwach członkowskich Unii Europejskiej sprawdzano jakość opieki medycznej w zakresie diagnostyki osteoporozy. Stwierdzono, że 10 mln mieszkańców UE jest

[2] Sewerynek E., Stuss M., Obowiązujące wskazania do prewencji i leczenia osteoporozy pomenopauzalnej – Nchoroby miliona złamań Ginekologia i Perinatologia Praktyczna 2016, tom 1, nr 2, strony 45–55

[3] Hernlund E., Svedbom A., Ivergård M., Compston J., Cooper C., Stenmark J., ... & Kanis J. A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. Archives of osteoporosis, 8(1-2), 136

w grupie wysokiego ryzyka wystąpienia złamania osteoporotycznego, a także, że jedna na trzy kobiety oraz jeden na sześciu mężczyzn dozna takiego złamania. W świetle danych z 2010 roku osteoporoza oraz wynikające z niej złamania kształtują koszty opieki zdrowotnej w Europie na poziomie 39 mln euro rocznie. Dodatkowo złamania osteoporotyczne, głównie kręgosłupa i bioder, przyczyniają się do przedwczesnej śmierci Europejczyków, prowadząc do około 43 tysięcy zgonów rocznie.[4]



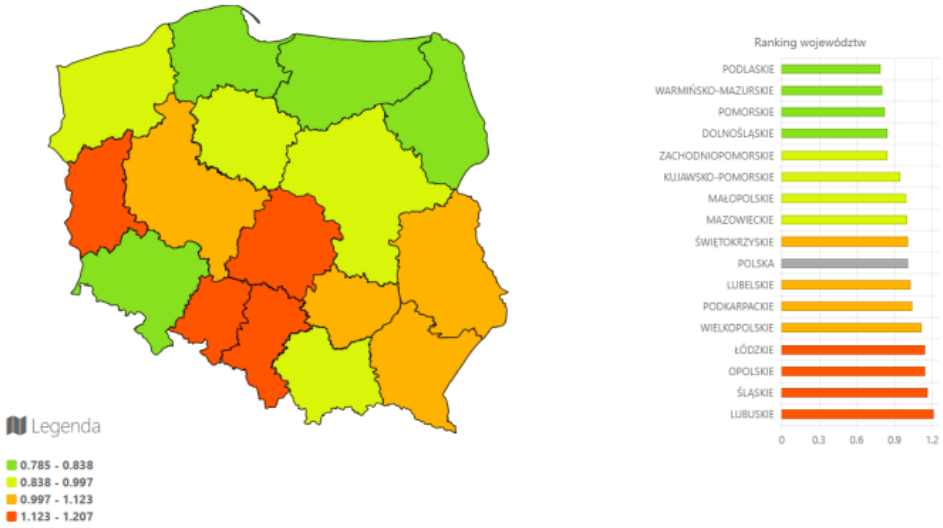
Rysunek 1 Ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania (%) wśród kobiet i mężczyzn w wieku 65 lat

Źródło: Kanis 2012

Szacowana liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w 2018 roku, oparta na wskaźnikach epidemiologicznych to 2,1 mln osób, z czego 1,7 mln to kobiety. Stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w Polsce w 2018 roku wyniósł 74%. Odpowiada to liczbie 1,56 mln niezdiagnozowanych osób (Jerzy Grylewicz, ekspert ds. ekonomiki zdrowia Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia). Ponad 80% chorych,

[4] Kanis J. A., Borgström F., Compston J., Dreinhöfer K., Nolte E., Jonsson L., ... & Stenmark J. (2013). SCOPE: a scorecard for osteoporosis in Europe. Archives of osteoporosis, 8(1-2), 144.

u których doszło do złamania nie ma rozpoznanej i właściwie leczonej osteoporozy. W 2018 roku odnotowano 120 000 złamań niskoenergetycznych związanych z osteoporozą. Dane o złamaniach z 2017 roku wskazują, że w ciągu 6 miesięcy od złamania jedynie u 2,5% pacjentów wykonano badanie densytometryczne, a niespełna 20% z nich otrzymuje odpowiednie leczenie farmakologiczne. Opierać się można jedynie na danych (wg kodów ICD 10) sprawozdawczych NFZ, co uwidoczniono w Mapach Potrzeb Zdrowotnych MZ. Po naturalnej menopauzie u ok. 25 % kobiet rozwija się osteoporoza, a ryzyko złamania w pozostałym okresie życia sięga u mieszkanek Europy ok. 40 %. U mężczyzn, którzy mają większą szczytową masę kostną i u których andropauza postępuje stopniowo, utrata masy kostnej jest wolniejsza, tak więc życiowe ryzyko złamania osteoporotycznego u mężczyzny po 50 roku życia wynosi kilkanaście procent w zależności od populacji



Rysunek 2 Standaryzowany współczynnik hospitalizacji z powodu złamań kości udowej wśród kobiet w okresie 2014-2016
Źródło: Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji programów

Wg danych WHO osteoporoza dotknie jedną na 4 kobiety oraz jednego na 8 mężczyzn. Wartość ta zależeć może od: miejsca zamieszkania (m.in. poziomu rozwoju kraju oraz nasłonecznienia), warunków życia (m.in. sposobu odżywiania się, aktywności fizycznej, spożycia alkoholu czy palenia), oraz uwarunkowań genetycznych. Poniższe zestawienie przedstawia liczbę chorych obserwowaną w 2016 roku (wiek powyżej 50 lat) z rozpoznaniem M.80 lub M.81, teoretyczną szacowaną liczbę chorych jako wskazany przez WHO procent populacji powyżej 50 lat, oraz stopniem wykrywalności osteoporozy, jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych.

Woj.	Obserwowana liczba chorych [tys.]	Teoretyczna liczba chorych [tys.]	Stopień wykrywalności [%]
lubuskie	10,56	56,53	18.7
łódzkie	43,38	151,82	28.6
małopolskie	44,93	179,20	25.1
mazowieckie	126,96	298,35	42.6
opolskie	10,18	58,49	17.4
podkarpackie	25,54	112,61	22.7
podlaskie	25,25	66,91	39.2
pomorskie	32,31	122,32	26.4
śląskie	76,81	270,41	28.4
świętokrzyskie	21,67	74,01	29.3
warmińsko-mazurskie	25,52	77,94	32.7
wielkopolskie	40,96	184,22	22.2
zachodniopomorskie	22,55	97,84	23.0
Polska	**606,38**	**2 158,19**	**28.1**

Rysunek 3 Stopień wykrywalności osteoporozy

Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego. Pozyskano z: http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-dla-30grup-chorob/, dostęp z 26.08.2019.

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

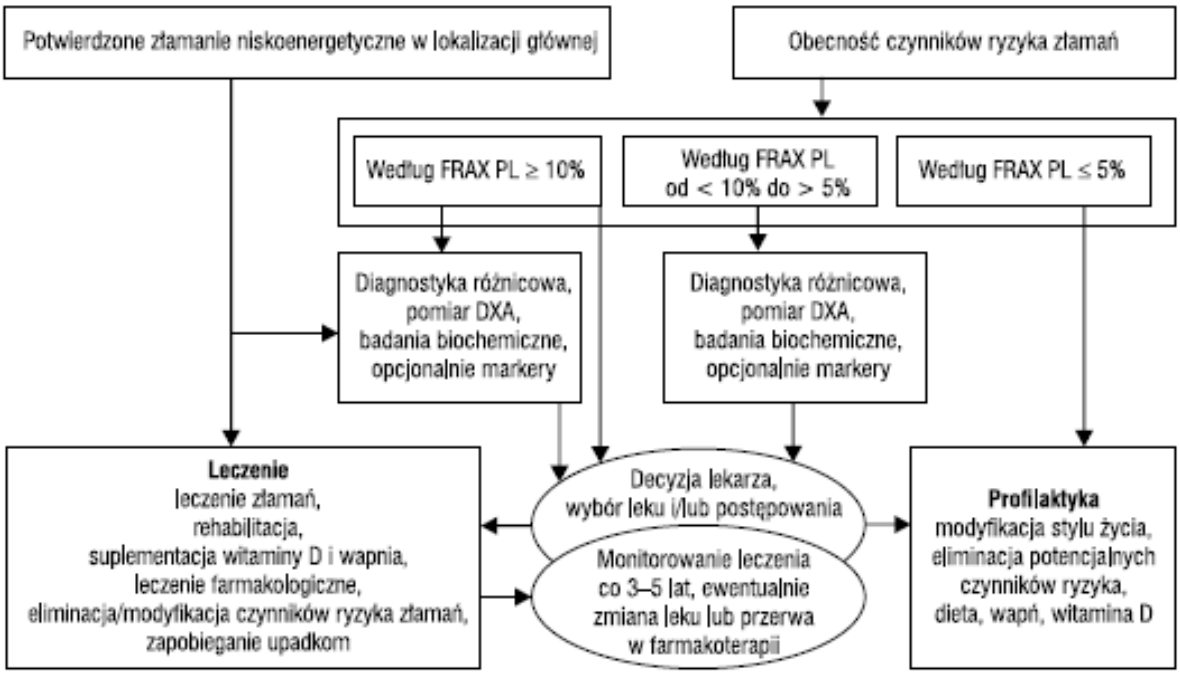
Gmina Miejska Mielec to gmina miejska, w której zamieszkuje 59 509 mieszkańców (dane z Ewidencji Ludności, stan na 2019 rok). Należy do województwa podkarpackiego, powiatu mieleckiego. Mieszkańcy Mielca stanowią 43, 8% ludności powiatu. Populacja powyżej 50 r. ż. to 23 405 tyś. Populacja 65+ to 13 195 tyś. Liczba kobiet w tym przedziale wiekowym to 7 846, a liczba mężczyzn wynosi 5 349. Stanowi to ok. 22,2 % całej populacji ludności Miasta Mielca.

Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego, do której adresowany jest program tj. około 7846 kobiet zamieszkujących Gminę Miejską Mielec w wieku 65+. W okresie dwóch lat, oszacowano, że łącznie z badań w programie skorzysta 1610 kobiet, co stanowi 20,5% szacowanej populacji. W roku do programu przystąpi około 805 kobiet. Około 40% zakładanej populacji na podstawie wywiadu lekarskiego i narzędzia FRAX zostanie skierowane do badania diagnostycznego.

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

Osteoporozę jako jednostkę chorobową można rozpoznać (wg WHO i IOF) po stwierdzeniu zmniejszonej BMD – wskaźnik T ≤ –2,5 u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ≥50 lat. Natomiast u osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka (zwykle jest to osteoporoza wtórna). Niespełnienie kryterium densytometrycznego nie wyklucza jednak ryzyka złamania niskoenergetycznego, które jest najistotniejszym objawem klinicznym osteoporozy. Rozpoznanie osteoporozy ustala się więc przede wszystkim u osób z dokonanym złamaniem niskoenergetycznym, po wykluczeniu innych przyczyn. Według ekspertów National Bone Health „Nie daj się osteoporozie – profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla mieszkańców Miasta Szczecinek w roku 2022" osteoporozę należy rozpoznać także u osób z osteopenią i złamaniem niskoenergetycznym (kręgu, bliższego końca kości ramiennej, miednicy, a w niektórych przypadkach także dalszego końca kości promieniowej), a nawet u osób bez złamań, ale z dużym ryzykiem obliczonym za pomocą kalkulatora FRAX™ (Fracture Risk Assessment Tool). W diagnostyce osteoporozy wskazana jest więc ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u Pacjenta czynników ryzyka złamań. Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej w wieku od 40 (w polskich zaleceniach 45) do 90 lat można zastosować kalkulator FRAX™ (w wersji dla Polski)

https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40.



Rysunek 4 Ogólny algorytm postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w osteoporozie pomenopauzalnej i starczej

Źródło: Endokrynologia Polska 2017

W Polsce funkcjonuje 74 poradnie osteoporozy i 8 endokrynologicznych poradni osteoporozy, które podpisały z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń w tym zakresie. W województwie podkarpackim są tylko 3 poradnie leczenia osteoporozy.

Województwo	Liczba porad (tys.)	Liczba poradni	Liczba porad na poradnię (tys.)
dolnośląskie	5,84	3	1,95
kujawsko-pomorskie	11,61	7	1,66
lubelskie	6,15	3	2,05
lubuskie	2,85	1	2,85
łódzkie	14,10	5	2,82
małopolskie	3,76	1	3,76
mazowieckie	82,79	20	4,14
opolskie	1,29	1	1,29
podkarpackie	6,17	3	2,06
podlaskie	19,33	5	3,87
śląskie	8,56	4	2,14
świętokrzyskie	2,04	3	0,68
warmińsko-mazurskie	12,21	5	2,44
wielkopolskie	4,50	2	2,25

Rysunek 5 Poradnie osteoporozy – liczba poradni w Polsce oraz podstawowe dane statystyczne Źródło: Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego

Zgodnie z „Wykazem świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunków ich realizacji" zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczenia gwarantowanego pn. „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy" w tym zakresie mogą udzielać lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych. Ponadto w ww. rozporządzeniu wskazano konieczność zapewnienia wyposażenia w densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej oraz zapewnienia dostępu do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, USG oraz RT.

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Uzasadnieniem wprowadzenia programu są priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego, w szczególności priorytet II Zmiana organizacji zasobów ochrony zdrowia cel 5 - Zwiększenie skuteczności realizowanych programów profilaktycznych. Program jest również zgodny z wojewódzkim planem transformacji dla województwa podkarpackiego na lata 2022-2026, gdzie jednym z głównych obszarów działań rekomendowanych jest zwiększenie świadomości w zakresie konieczności uczestnictwa w badaniach profilaktycznych. Ponadto tematyka programu wpisuje się w jeden z celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 tj. celu operacyjnego „Wyzwania demograficzne". *Z uwagi na wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie* niezwykle ważna jest pomoc w utrzymaniu jak najdłuższej aktywności społecznej, zawodowej i rodzinnej, poprzez m.in. promowanie zachowań prozdrowotnych, edukację o zdrowym odżywianiu i diecie, dostosowanie sytemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych, wczesne wykrywania chorób charakterystycznych dla tej grupy. Mając na uwadze możliwości budżetowe samorządu miasta Mielca, za optymalną pod względem kosztowo-efektywnym należy uznać profilaktykę osteoporozy wśród kobiet 65+.

2. CELE PROGRAMU

2.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 5% uczestników programu.

2.2. Cele szczegółowe: operacyjne i zdrowotne programu

2.2.1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
2.2.2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 55% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi.

2.3. Oczekiwane efekty

1. Zwiększenie wykrywalności osób narażonych na wysokie ryzyko złamań w celu objęcia ich kompleksową terapią i działaniami prewencyjnymi.

2. W dalszej perspektywie zmniejszenie częstotliwości występowania złamań niskoenergetycznych w tej grupie chorych i powiązanych ze złamaniami powikłań.
3. Redukcja kosztów bezpośrednich i pośrednich leczenia złamań poprzez profilaktykę złamań w docelowej grupie Pacjentek.
4. Zwiększenie wiedzy na temat osteoporozy, czynników jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutków choroby wśród grupy docelowej objętej programem.
5. Zwiększenie wiedzy o osteoporozie wśród pracowników ochrony zdrowia biorących udział w projekcie (z uwzględnieniem pielęgniarek, lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej – POZ i lekarzy rodzinnych, koordynatorów szpitalnych) oraz wśród innych profesjonalistów zdrowia w okresie i w obszarze realizacji programu.

2.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Wartości mierników powinny być określone według stanu przed realizacją programu i po jego realizacji.

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
6.2.2.1.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test
6.2.2.2.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

3. ADRESACI PROGRAMU

3.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program polityki zdrowotnej ma charakter otwarty. Uczestnikami pośrednimi programu są mieszkańcy Mielca. Według danych z GUS liczba mieszkańców powyżej 50 r. ż. wynosi 23 405 osób.

Natomiast bezpośrednimi uczestnikami będą zaproszone kobiety w wieku 65+ zamieszkałe na terenie miasta Mielca. Program zakłada 20,5% udział mieszkańców tj. **1610** osób w ww. grupie wiekowej, ze względu na czas realizacji tj. nie wcześniej niż od stycznia 2024 r. Liczbę ludności zamieszkującą miasto Mielec oszacowano na podstawie danych z Ewidencji Ludno-

ści Urzędu Miejskiego w Mielcu (stan na dzień 31 grudnia 2022 r.), populacja osób 65+ w Mielcu wynosi **13 195 osób.**

Ogólna liczba mieszkańców 65+	liczba kobiet 65+	liczba mężczyzn 65+
13 195	7 846	5 349

Tabela 1 Liczba ludności 65+ zamieszkująca na terenie miasta Mielca
Źródło: Ewidencji Ludności Urzędu Miejskiego

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	**Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności:** **• osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne** **• lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.**
Działania informacyjno-edukacyjne	**Populacja ogólna osób dorosłych.**
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	**Kobiety w wieku ≥65 lat, lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, lub mężczyźni w wieku ≥75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet).**
Pomiar BMD za pomocą DXA	**Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło ≥5%.**
Lekarska wizyta podsumowująca	**Każdy świadczeniobiorca, który w ramach programu uzyskał wynik pomiaru BMD za pomocą DXA.**

Kryteria zakwalifikowania do programu:
Do programu zostaną zaproszone kobiety w wieku 65+ zamieszkałe na terenie miasta Mielca, które:

a) podpisały druk świadomej zgody na udział w programie (przykładowy druk zgody znajduje się w załączniku 2),
b) zamieszkują na terenie miasta Mielca (na podstawie stosownego oświadczenia w załączniku nr 2),

c) nie mają stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie badania gęstości kości; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin wizyty (załącznik nr 3).

Kryteria wyłączenia z programu:

a) wiek poniżej 65 lat,
b) brak pisemnej zgody na udział w programie,
c) brak potwierdzenia zamieszkania na terenie Mielca,
d) materiał obcy (np. proteza biodra) w miejscu badania,
e) osoby z już zdiagnozowaną i/lub leczoną osteoporozą.

Co roku interwencje będą przeprowadzane wśród grupy osób w tym samym przedziale wiekowym.

Uczestnicy programu:

a) Działania edukacyjne
- kurs dla personelu medycznego – 48 osób,
- wykłady na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla Mieszkańców miasta Mielca – mieszkańcy miasta Mielca,
- edukacja indywidualna Pacjentów - 1610 osób

b) Badania diagnostyczne
- badania kwalifikacyjne (wywiad lekarski + FRAX) - 1610 osób,
- badania diagnostyczne (DXA – dwie okolice: kręgosłup L1-L4 + BKKU)- 644 osoby,
- lekarska wizyta podsumowująca – 644 osoby.

W przypadku braku chętnych w populacji kobiet w wieku 65+, bądź jej przebadania obniżymy, wiek kobiet 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego. W przypadku objęcia działaniami całej populacji kobiet, włączymy również mężczyzn w wieku powyżej 75 roku życia.

3.2. Tryb zapraszania do programu

Celem jest zapewnienie wysokiej frekwencji w programie, której podstawą jest odpowiedni dostęp do pełnej informacji o jego realizacji.
Dlatego też organizator oraz Realizator/Realizatorzy programu przeprowadzą kampanię informacyjno-edukacyjną motywującą do aktywnego udziału w programie.

1. Organizator programu (Urząd Miejski w Mielcu):

a) informacja o programie na stronie internetowej, tablicy ogłoszeń Urzędu Miejskiego w Mielcu,

b) artykuły poświęcone programowi badań w mediach lokalnych,
c) rozesłanie imiennych zaproszeń do udziału w programie do mieszkańców miasta Mielca,
d) plakaty, ulotki w placówkach służby zdrowia, aptekach, autobusach, ogłoszenia parafialne.

2. Realizator/Realizatorzy programu (podmiot/podmioty lecznicze wyłonione w drodze konkursu ofert):
   a) informacje na stronie internetowej oraz siedzibie Realizatora,
   b) potwierdzanie telefoniczne udziału w programie.

O przystąpieniu do programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Uczestniczki będą przyjmowane do momentu osiągnięcia limitu osób łącznie **1610** mieszkańców miasta Mielca, jaki wynika z programu i w złożonej do konkursu oferty. Program obejmie wszystkie kobiety z populacji docelowej spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

4. ORGANIZACJA PROGRAMU

4.1. Części składowe programu, etapy i działania organizacyjne

Wybór podmiotu leczniczego realizującego program w drodze postępowania konkursowego prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

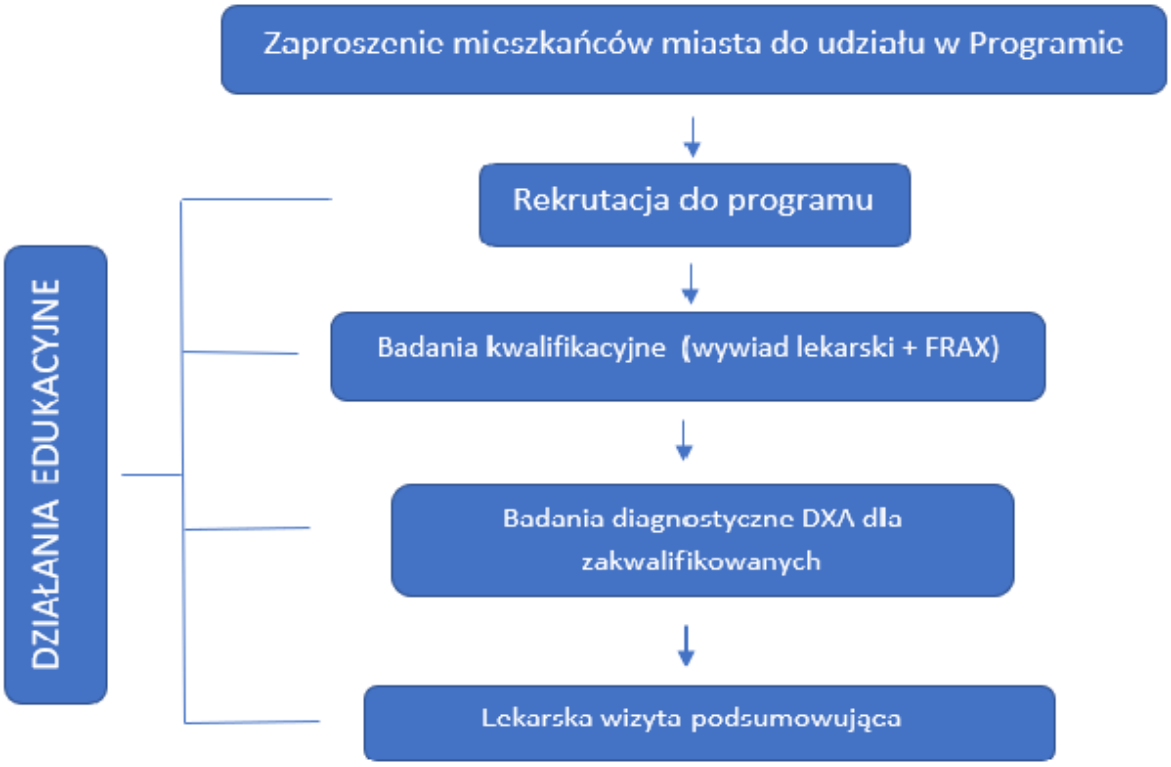
Etap przygotowawczy

1. Wybór w drodze procedury konkursowej Realizatora/ Realizatorów programu (szczegóły dotyczące ilości Realizatorów oraz organizacji przeprowadzonych procedur konkursowych zostaną uszczegółowione na etapie opracowania dokumentacji konkursowej).
2. Promocja programu (informacja o programie na stronach internetowych, lokalnych mediach itd.)
3. Rozesłanie imiennych zaproszeń do udziału w programie do mieszkańców miasta Mielca.
4. Przygotowanie materiałów edukacyjnych dla kadry medycznej oraz Pacjentów.
5. Szkolenie dla Realizatora/Realizatorów programu:
   a) ustalenie zasady komunikacji z Pacjentem,
   b) przedstawienie zasad rekrutacji i edukacji Pacjentów w zakresie korzyści wynikających z udziału w programie,
   c) przygotowanie kadry do udzielania odpowiedzi na ewentualne pytania i wątpliwości Pacjentów,
   d) zasady motywowania Pacjentów do uznania badań jako programu dbania o własne zdrowie zapoznanie z materiałami edukacyjnymi,
   e) omówienie schematu obiegu dokumentów w programie,
   f) prezentację założeń oraz budowę programu.

Etap realizacji

1. Rekrutacja pacjentów
   a) uzyskanie zgody na badania (załącznik nr 2)
2. Przeprowadzenie badań:
   a) wykonanie badania kwalifikacyjnego lekarskiego wraz z o oceną FRAX (załącznik nr 3),
   b) wykonanie badania DXA u zakwalifikowanych Pacjentek (dwie okolice: kręgosłup L1-L4 + BKKU),
   c) lekarska wizyta podsumowująca.

3. Działania edukacyjne
   a) edukacja bezpośrednia:
      - kurs dla personelu medycznego,
      - działania edukacyjne na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla Pacjentów,
      - indywidualna edukacja podczas całej realizacji programu,
   b) edukacja pośrednia poprzez plakaty, ulotki, informacje na stronie,
   c) test wiedzy dla kadry medycznej (załącznik nr 4),
   d) test wiedzy dla mieszkańców miasta Mielca (załącznik nr 5).
4. Systematyczny monitoring i ewaluacja realizacji programu (załącznik nr 1, 6 oraz 7).



Rysunek 6 Schemat etapów realizacji

4.2. Planowane interwencje

W ramach programu zaplanowane są następujące rodzaje interwencji:

1. Działania edukacyjne:
   c) kurs dla personelu medycznego,
   d) wykłady na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla Mieszkańców miasta Mielca,
   e) edukacja indywidualna Pacjentów.

<u>Działania edukacyjne</u>

Działania edukacyjne skierowane będą do osób zamieszkujących miasto Mielec, w szczególności osób 65+. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać

przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, domach kultury, Uniwersytecie Trzeciego Wieku, klubach seniora, Domach Dziennego Pobytu itp. Szacuje się 1% populacji powyżej 50 r. ż, która skorzysta z działań edukacyjnych podczas wykładów dla mieszkańców miasta Mielca. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące kryteriów rozpoznania osteoporozy, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wcześnie podjętej profilaktyki i leczenia oraz unikania bagatelizowania objawów chorobowych. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie. Ponadto w programie zaplanowano edukację indywidualną Pacjentów podczas pierwszej wizyty lekarskiej. W ramach działań edukacyjnych przewidziany jest również kurs dla personelu medycznego nt. profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

2. Działania interwencyjne
   a) badania kwalifikacyjne (wywiad lekarski + FRAX),
   b) badania diagnostyczne (DXA – dwie okolice: kręgosłup L1-L4 + BKKU),
   c) lekarska wizyta podsumowująca.

Badania kwalifikacyjne

Badania kwalifikacyjne zostaną wykonane w populacji kobiet 65+, z grup ryzyka, włączonych na podstawie wskazań epidemiologicznych i medycznych. Przy okazji badania lekarskiego związanego z diagnostyką wstępną i wywiadem lekarskim personel biorący udział w interwencji przeprowadzi działania z zakresu promocji zdrowia. Wizyta lekarska będzie rozpoczynała się konsultacją (w celu wykluczenia przeciwwskazań) i zakwalifikowaniem Pacjentki do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań związanych np. z chorobą lub stosowaniem leków zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty. Dodatkowym kryterium formalnym będzie podpisanie zgody na udział w programie. Podpisane oświadczenia zostaną dołączone do dokumentacji medycznej Pacjentki. W ramach badania wykonana zostanie m.in. ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u Pacjentki czynników ryzyka złamań. Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej (według polskich zaleceń od 45 r.ż.) wykorzystany zostanie kalkulator FRAX™.

Badania diagnostyczne

Pacjentki, u których lekarz w trakcie badania kwalifikacyjnego stwierdzi wysokie ryzyko wystąpienia osteoporozy, np. na podstawie wysokiego ryzyka wystąpienia złamania (wynik FRAX≥5%) zostanie wykonana densytometria kręgosłupa L1-L4 + BKKU. Uczestniczkom programu zostaną przedstawione informacje na temat objawów, powikłań oraz przede wszystkim profilaktyki czynników ryzyka osteoporozy. Szczególną uwagę Realizator/Realizatorzy programu zwrócą na edukację w zakresie takich zagadnień jak:

odpowiednie odżywianie, ekspozycja na promieniowanie słoneczne, wskazana aktywność fizyczna.

4.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Świadczenie w postaci kwalifikacji lekarskiej i badań otrzyma każda kobieta 65+, która spełnia kryteria programu i zostanie zakwalifikowana do programu. Uczestnicy programu będą poinformowani przez lekarza o ewentualnych działań niepożądanych.
Uczestnicy programu rekrutowani będą w sposób ciągły przez cały okres trwania programu aż do momentu wyczerpania środków finansowych. W celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć. Po zgłoszeniu się do programu polityki zdrowotnej osoba wyznaczona spośród personelu uczestniczącego w projekcie przeprowadzi pre test dotyczący oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy (Załącznik nr 5). Następnie dokona wstępnej oceny 10-letniego ryzyka złamań przy zastosowaniu metody FRAX. Każda osoba, która zgłosi się do udziału w programie otrzyma broszurę edukacyjną w zakresie czynników ryzyka osteoporozy, eliminacji pozakostnych czynników złamań, stosowania odpowiedniej diety (bogatej w wapń i witaminę D), unikania używek (papierosy, alkohol, kofeina), prowadzenia aktywności fizycznej. Osoby, u których ryzyko złamań zostanie ocenione na >5 % i <10% kierowane będą do dalszej diagnostyki do lekarza specjalisty właściwego ze względu na określone schorzenie, który podejmie decyzję co do zasadności badania densytometrycznego. Osoby, u których ryzyko złamań zostanie ocenione na ≥ 10% lub u których w wywiadzie zostanie stwierdzone złamanie niskoenergetyczne, zostaną skierowane na badanie densytometryczne. Każda osoba, u której wykonana zostanie densytometria skierowana zostanie na konsultację do lekarza specjalisty, który dokona opisu badania i w razie potrzeby przekaże zalecenia dotyczące leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Po zakończonych badaniach oraz konsultacjach lekarskich poprosimy uczestników o wypełnienie ankiety oceny satysfakcji z udziału w programie (Załącznik nr 6) W ramach realizacji programu zorganizowane zostaną warsztaty/spotkania z lekarzem, fizjoterapeutą na temat czynników ryzyka, właściwej diety, aktywności fizycznej i unikania upadków oraz organizacji bezpiecznego środowiska funkcjonowania osób starszych (w mieszkaniu, w domu), które będą skierowane do mieszkańców miasta Mielca. W pierwszym roku trwania programu warsztaty przeprowadzone zostaną czterokrotnie. Łącznie w czasie trwania programu zaplanowanych zostało 8 warsztatów. Przed rozpoczęciem spotkania edukacyjnego uczestnicy wypełnią pre test (Załącznik nr 5) dotyczącą wiedzy z zakresu osteoporozy, natomiast po wysłuchaniu wykładu każdy z uczestników zostanie poproszony o wypełnienie ankiety post test. Pozwoli to na sprawdzenie poziomu wzrostu wiedzy nt. choroby. Ponadto zaplanowane zostały 4 kursy dla personelu medycznego (m. in. lekarze POZ, pielęgniarki środowiskowe, kadry DDP itp.). Ścieżka oceniająca wiedzę uczestników kursu dla kadry medycznej na temat osteoporo-

zy odbędzie się również na podstawie pre i post testów. Ankieta zawierać będzie specjalistyczne pytania (Załącznik nr 4).
Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa. Uczestnicy rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa. Oprócz powyższych zasad, interwencje podejmowane w ramach programu będą spełniały następujące warunki:

a) działania edukacyjne programu mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie,
b) świadczenia opieki zdrowotnej będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania zgodne z obowiązującymi przepisami,
c) świadczeń w ramach programu będzie udzielała kadra posiadająca odpowiednie kwalifikacje,
d) dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.

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

Udzielanie świadczeń przez Realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ. W odniesieniu do omawianej interwencji świadczeniem alternatywnym jest brak indywidualnego badania w ramach NFZ. W świetle obowiązujących przepisów badanie densytometryczne nie jest kontraktowane indywidualnie przez NFZ, ale w ramach porad oferowanych przez poradnie specjalistyczne: leczenia osteoporozy, reumatologii, chorób metabolicznych, endokrynologii, geriatrii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu (tylko w przypadku, jeśli te poradnie mają podpisane umowy na realizację tego typu świadczeń z NFZ). Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń dofinansowanych z budżetu państwa. Świadczenia będą udzielane nieodpłatnie.

4.6. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych, jeżeli istnieją wskazania

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu diagnostyki lub zakończenia programu. Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się z przekazaniem uczestniczkom zaleceń dalszego postępowania. Po uzyskaniu wyników badań i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz zobowiązany jest do przekazania wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek niepra-

widłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych kobiety będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które są już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem osteoporozy. Zakończenie udziału w programie jest możliwe na każdym etapie realizacji programu na życzenie Uczestnika programu. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu. Może nastąpić także obligatoryjne usunięcie uczestnika z programu w przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie wystąpienia takich zdarzeń na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.
Całkowite zakończenie realizacji programu nastąpi po wyczerpaniu liczby uczestników i środków finansowych zabezpieczonych na realizację programu w umowie.

4.7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Program będzie realizowany przez podmiot leczniczy/podmioty lecznicze, który/e będzie/będą wyłonione w drodze konkursu ofert. Badania będą przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków ostrożności. Samo badanie densytometryczne jest bezpieczne, nieinwazyjne, zarówno dla Pacjenta jak i dla osoby obsługującej urządzenie. Dawka promieniowania RTG pochłaniana w czasie badania jest równa około 0,005 mSV (stanowi to około 1/10 dawki pochłanianej w czasie zdjęcia RTG klatki piersiowej). Badanie jest wykonywane w ciągu kilku minut i nie wymaga szczególnego przygotowania ze strony Pacjenta. Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należeć będzie do Realizatora programu, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem informacji oraz będzie pełnił rolę Administratora Bezpieczeństwa swoich Systemów Informatycznych. Realizator zobowiązany będzie do przestrzegania praw Pacjenta oraz do wykonywania usług z należytą starannością zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej oraz zachowaniem poufności danych osobowych.

4.8. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Organizatorem programu będzie Miasto Mielec. Realizator, z którym Miasto Mielec podpisze umowę, zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert. Może nim zostać podmiot leczniczy zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności, wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Badania prowadzone będą w gabinecie/gabinetach wskazanych przez Realizatora. Podmiot realizujący badania i profilaktykę z zakresu osteoporozy będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, a także do zbierania pre testów, post-testów oraz ankiet satysfakcji uczestników. Realizator będzie przekazywał organizatorowi raporty i sprawozdania po danym okresie

realizacji programu: okresowe, roczne i końcowe. Działania prowadzone będą na terenie miasta Mielca w miejscu/miejscach wskazanych przez Realizatora/Realizatorów. Informacje o placówce/placówkach i terminach, w których będą realizowane działania w ramach programu zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu. Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu, dane dotyczące frekwencji z lat ubiegłych) zostaną zabezpieczone konieczne wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). Realizator/Realizatorzy powinni dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w programie które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Ponadto zobowiązani są do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Od Realizatora/Realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych. Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator zapewni pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób z niepełnosprawnościami, oraz kadrę i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji. Konieczne jest pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić wywiad lekarski, badanie fizykalne, pomiar wzrostu i masy ciała Pacjentek.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń:

1. Lekarzem specjalistą w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii, albo lekarzem specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalistą medycyny rodzinnej.
2. Technikiem z certyfikatem RTG lub obsługi densytometru.
3. Co najmniej 1 osoba posiadająca kwalifikacje fizjoterapeuty.

Podmioty realizujące program będą dysponowały sprzętem:

1. Densytometr DXA w lokalizacji do badania kręgosłupa i kości udowej.
2. Komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej.

W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.
Działania edukacyjne dotyczące tematyki programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Wymagane jest, aby osoby prowadzące działania edukacyjne, miały przygotowanie merytoryczne (np. lekarze medycyny, fizjoterapeuci, pielęgniarki, specjaliści zdrowia publicznego). Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grupy odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i stanu psychicznego odbiorców. Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań edukacyjnych – sprzętu pomocniczego, zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

4.9. Dowody skuteczności planowanych działań

Program oparty jest na wytycznych i zaleceniach postępowania opublikowanych przez polskich i międzynarodowych ekspertów.

4.9.1. Opinie ekspertów klinicznych

Wczesna profilaktyka i leczenie osteoporozy, które są ze sobą nierozerwalne z punktu widzenia medycznego, prowadzi do zmniejszenia ryzyka pierwszego i kolejnych złamań niskoenergetycznych kości, a za tym zdecydowanie poprawia to jakość życia, wpływa na jego wydłużenie i zapobiega wczesnemu zgonowi z powodu wtórnych trudno leczących się powikłań związanych ze złamaniami (opinia prof. nadzw. dr. hab. n. med. Piotra Leszczyńskiego – ekspert w dz. reumatologii).

4.9.2. Zalecenia, wytyczne, standardy

Zarówno polskie jak i międzynarodowe rekomendacje zalecają prowadzenie działań przesiewowych poprzez ocenę ryzyka złamań w grupach osób narażonych na rozwój osteoporozy (głównie kobiety po menopauzie i mężczyźni w wieku 65 lat i więcej). Diagnostyka osteoporozy polega przede wszystkim na wstępnym zidentyfikowaniu Pacjentów, u których ryzyko wystąpienia złamań w perspektywie 10 lat jest zwiększone. W tym celu wykonuje się ocenę za pomocą kalkulatora FRAX, który pozwala oszacować 10-letnie ryzyko złamań kości. Identyfikacja dokonanego złamania niskoenergetycznego lub wykazanie podwyższonego ryzyka złamań metodą FRAX winno skutkować przejściem pogłębionej diagnostyki różnicowej, densytometrii, ewentualnie badań biochemicznych i w konsekwencji pojęcia stosownej terapii. Metoda FRAX została opracowana przez University of Sheffield dla potrzeb WHO w celu oce-

ny u osób badanych ryzyka złamania. Na tarczy kalkulatora w pierwszej kolejności odnajdujemy przedział wiekowy Pacjenta, następnie tak przesuwamy mniejszą tarczą kalkulatora, aby w górnym okienku ukazał się wynik BMI (obliczony na podstawie wzrostu i wagi ciała) właściwy dla Pacjenta. Następnie wybieramy liczbę klinicznych czynników ryzyka złamania (wymienione są na kalkulatorze), którą stwierdzamy u Pacjenta na podstawie wywiadu i odczytujemy odpowiedni wynik 10 letniego ryzyka złamania. Kolorowe diagramy naniesione na tarczach kalkulatora pozwalają na zakwalifikowanie Pacjenta do jednej z 3 grup:

- wysokie ryzyko złamania - Pacjent wymaga od razu leczenia – powyżej 10% w ciągu 10 lat,
- pośrednie ryzyko złamania – 5-10%,
- niskie ryzyko złamania - mniej niż 5% - Pacjent nie wymaga leczenia ani dalszej diagnostyki.

Kalkulator jest stosunkowo prostym narzędziem pozwalającym na szybką ocenę ryzyka złamania. Dalsze etapy diagnostyki osteoporozy obejmują konsultację specjalistyczną i wykonanie badań diagnostycznych. Najważniejszym z nich jest ocena densytometryczna BMD. Wiadomo, że średnie wartości BMD zmniejszają się wraz z wiekiem u obu płci, a zmniejszeniu BMD towarzyszy wzrost ilości złamań. Osteoporoza jest diagnozowana wg kryteriów WHO na podstawie wartości BMD. Densytometria umożliwia rozpoznanie osteoporozy u Pacjentów bezobjawowych i może służyć do monitorowania zmian BMD w czasie. Aparat densytometryczny zbudowany jest w ten sposób, że pod stołem, na którym leży Pacjent umieszczona jest mikro lampka rentgenowska, a nad Pacjentem znajduje się ramię aparatu z czujnikiem promieniowania. Miniaturowa lampa RTG wysyła promieniowanie do czujnika, a ten mierzy jego natężenie po przejściu przez ciało Pacjenta. Promieniowanie przechodząc przez ciało Pacjenta ulega osłabieniu. Na podstawie różnicy pomiędzy dawką wysyłaną, a dawką odebraną po przejściu przez ciało Pacjenta, obliczana jest BMD. Badanie jest całkowicie bezpieczne. Dawka promieniowania jest całkowicie nieszkodliwa i wynosi –2.0 µSv (dawka równoważna promieniowaniu kosmicznemu, w ciągu 4 godzin przebywania na wolnym powietrzu). Jedynym przeciwwskazaniem do badania jest ciąża. Wynik badania densytometrycznego jest drukowany natychmiast po jego zakończeniu. Aparat podaje obliczoną BMD Pacjenta oraz jej porównanie do grupy kontrolnej w wieku 20-30 lat oraz do grupy kontrolnej w wieku badanego. Porównania określa się liczbą odchyleń standardowych, jaką dany wynik, różni się od grupy kontrolnej. Porównanie do grupy w wieku 20-30 lat, tzw. wskaźnik – T (T-score) określa, ile dany Pacjent utracił masy kostnej w stosunku do masy szczytowej kości, którą osiągamy w tym okresie życia. Porównanie wyniku danego Pacjenta do grupy kontrolnej w jego wieku oznaczamy wskaźnikiem – Z (Z-score). Według WHO można określić wartość BMD stosując wskaźnik T jako:

- norma: +1.0 do -1.0
- Osteopenia: -1.0 do -2.4

- Osteoporoza: -2.5 i mniej
- Ciężka osteoporoza: -2.5 i jedno lub więcej złamań w wywiadzie.

Badanie densytometryczne przeprowadza się w następujących lokalizacjach centralnych, zgodnie z zaleceniami międzynarodowymi (ISCD):

- kręgosłup w projekcja AP (pomiar L1-L4),
- b.k.k.u. (pole „total" lub szyjka kości udowej),
- przedramię, gdy kręgosłup i b.k.k.u. nie mogą być zmierzone lub nie nadają się do interpretacji (pole „33% radius", kończyna niedominująca).

Wskazania do wykonania badania BMD metodą DXA obejmują:

- kobiety - 65 rok życia i powyżej, kobiety po menopauzie, przed 65 rokiem życia z czynnikami ryzyka,
- mężczyzn - 70 rok życia i powyżej,
- dorosłych ze złamaniami niskoenergetycznymi,
- dorosłych, u których występują choroby lub stany mogące prowadzić do małej masy kostnej lub nasilonej jej utraty,
- dorosłych przyjmujących leki związane z małą masą kostną lub nasiloną jej utratą,
- osoby, co do których istnieją wątpliwości, czy wdrożyć postępowanie farmakologiczne,
- osoby leczone w celu monitorowania terapii,
- kobiety, które przerywają hormonalną terapię zastępczą (HTZ).

Ustalenie podwyższonego ryzyka złamań lub też istnienia chorób lub innych stanów powiązanych z występowaniem osteoporoz wtórnych wymaga, zgodnie z aktualnym polskimi zaleceniami, skierowania chorego do leczenia specjalistycznego.

4.9.3. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej:

Program oparty jest na wytycznych i zaleceniach postępowania opublikowanych przez polskich i międzynarodowych ekspertów (Lorenc R. i wsp. Med. Prakt 2013, Kanis JA i wsp. Osteoporosis Int. 2013, Lems W.F. i wsp. Ann. Rheum. Dis. 2016) oraz Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy.

4.9.4. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w gminie zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego

Gmina Miejska Mielec jest organizatorem "*Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dzieci zamieszkałych na terenie miasta Mielca na lata 2016 - 2017*", od 2018 r. realizowała Program *„Profilaktyczne badania kolonoskopowe dla mieszkańców miasta*

Mielca na lata 2018-2019". Obecnie od 2020 r realizowany jest program *„Program profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla osób 65 + zamieszkałych na terenie miasta Mielca".*

5. KOSZT REALIZACJI

5.1. Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe.

Rok realizacji PPZ	**Koszt całkowity**
2024 r.	286 940,00
2025 r.	219 650,00
Koszt całkowity	**506 590,00**

Koszty organizacyjne i administracyjne

Na koszty organizacyjne i administracyjne mogą się składać takie działania jak:

- organizacja kampanii informacyjnej, zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu,
- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi kurierskie, transport materiałów,
- koszty obsługi organizacyjnej, księgowej, kadrowej, prawnej, informatycznej, sprzątania, ochrony, utylizacji śmieci, materiałów, środków czystości oraz mediów

Koszty interwencji

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie Realizatora to:

- działania edukacyjne (koszty przeznaczone na wynagrodzenia prelegentów, przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań),
- wykonanie badania kwalifikacyjnego lekarskiego wraz o oceną FRAX,
- wykonanie badania DXA u zakwalifikowanych Pacjentek (dwie okolice: kręgosłup L1-L4 + BKKU),

- lekarska wizyta podsumowująca

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru Realizatora.

5.2 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy zawiera wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,
- koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego,
- koszt przygotowania materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- koszt prowadzenia działań edukacyjnych dla świadczeniobiorców,
- koszt obsługi narzędzia FRAX,
- koszt pomiaru BMD za pomocą DXA,
- koszt wizyty, na której pacjent otrzyma wyniki przeprowadzonych badań,
- koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją. W poniższej tabeli przedstawiono przykładowe zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych [3 × 4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie				
1.	Ewaluacja i monitorowanie do 10% całkowitego budżetu PPZ	1 usługa	9 000,00	9 000,00
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	2 lata	5 250,00	10 500,00
3.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym ta dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	2 lata	3 220,00	6 440,00
4.	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.)	8313 osób	11,44	95 130,00
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	48 osób	250,00	12 000,00
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców	1610 osób	20,00	32 200,00
3.	Koszt obsługi narzędzia FRAX	1610 osób	15,00	24 150,00
4.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej	1610 osób	105,00	169 050,00
5.	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA	644 osoby	110,00	70 840,00
6.	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej	644 osoby	120,00	77 280,00
SUMA				**506 590,00**

Jak wynika z obliczeń w powyższej tabeli, samorząd powinien zabezpieczyć **286 940,00 zł** na realizację programu w 2024 roku oraz **219 650,00 zł** w latach następnych, aby zapewnić możliwość skorzystania z bezpłatnego badania.

Budżet na realizację programu na dany rok będzie ustalany z końcem każdego roku kalendarzowego, poprzedzającego rok, w którym realizowane mają być badania, zgodnie z aktualnymi danymi, dotyczącymi liczby osób zamieszkałych na terenie miasta Mielca.

Koszty koordynacji, monitoringu i ewaluacji będą po stronie organizatora (Miasto Mielec, Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia) i składają się na nie m.in. opracowanie dokumentacji do programu, monitoring i sprawozdawczość.

5.2. Źródła finansowania, partnerstwo

Niniejszy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Mielca współfinansowany zostanie ze środków budżetu Miasta Mielca w ramach funduszu przeznaczonego na realizację programów polityki zdrowotnej (Dział 851, rozdział 85149). Organizator zakłada udział finansowy Gminy Miejskiej Mielec oraz Ministerstwa Zdrowia. Poniżej informacja nt. procentowego i wartościowego udziału w realizacji programu polityki zdrowotnej przez Gminy Miejskiej Mielec i Ministerstwa Zdrowia.

Źródła finansowania kosztów realizacji programu	Kwota	Udział procentowy
Ministerstwo Zdrowia	405 272,00 zł	80%
Gmina Miejska Mielec	101 318,00 zł	20%
SUMA	**506 590,00 zł**	**100%**

6. MONITOROWANIE I EWALUACJA

6.1. Ocena zgłaszalności do programu

Realizator programu zobowiązany będzie do składania raz w miesiącu sprawozdania z realizacji programu zawierającego następujące dane:

1. Liczba kobiet w wieku 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca, zgłoszonych do programu (dane pozyskane od Realizatora Programu) w odniesieniu do prognozowanej liczby.
2. Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5% i ≥5%.
3. Liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score

4. Liczba kobiet biorących udział w programie z populacji kwalifikującej się do włączenia do programu, wśród populacji kobiet w wieku 65+, zamieszkałych w Mielcu, ustalona na podstawie zgód przekazanych przez realizatora/realizatorów programu.
5. Liczba osób, które po przeprowadzonej ocenie ryzyka złamania zakwalifikowano do grupy niskiego, umiarkowanego i wysokiego ryzyka złamania osteoporotycznego (zgodnie z algorytmem narzędzia FRAX).
6. Liczba kobiet z populacji 65+, zamieszkałych w Mielcu, u których we wczesnym stadium wykryto ryzyko zachorowalności z powodu osteoporozy.
7. Liczba kobiet w wieku 65+, zamieszkałych w Mielcu, u których stwierdzono podczas badań kwalifikacyjnych chorobowość z powodu osteoporozy.
8. Liczba kobiet w wieku 65+, którym wykonano DXA.
9. Liczba kobiet, u których wykryto powikłania zdrowotne z powodu zbyt późno zdiagnozowanej osteoporozy, wśród populacji kobiet w wieku 65+ uczestniczących w badaniu, zamieszkałych w Mielcu, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez realizatora/realizatorów programu.
10. Liczba kobiet z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX, wśród populacji kobiet 65+ uczestniczących w badaniu, zamieszkałych w Mielcu, ustalona na podstawie raportów miesięcznych przekazanych od realizatora/realizatorów badania, którym zalecono dalsze leczenie.
11. Liczba osób, które skorzystały z lekarskiej wizyty podsumowującej.
12. Liczba kobiet w wieku 65+ zamieszkałych w Mielcu biorących udział w indywidualnej edukacji.
13. Liczba przeprowadzonych wykładów na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla mieszkańców miasta Mielca;
14. Liczba przeprowadzonych kursów dla kadry medycznej.
15. Liczba osób spośród personelu medycznego biorących udział w kursie (z podziałem na wykonywany zawód medyczny).
16. Liczba wypełnionych przez uczestników programu i przekazanych ankiet satysfakcji Pacjenta.
17. Liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich.
18. Liczba osób skierowanych do leczenia w NFZ celem dalszej diagnostyki leczenia.
19. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji.
20. Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym.

Informacja o wysokości frekwencji będzie oszacowana w trakcie trwania programu oraz po zakończeniu programu na podstawie list uczestnictwa. Wysłanie imiennych zaproszeń oraz podjęcie szerokiej akcji informacyjnej wpłynie na podniesienie frekwencji.

6.2. Ocena jakości świadczeń w programie

Organizator programu wyznaczy osobę odpowiedzialną za stały monitoring jakości świadczeń w programie. Wszystkie świadczenia medyczne realizowane przez podmioty medyczne wyłonione w postępowaniach konkursowych podlegać będą standardowej ocenie ze strony zarówno jednostek samorządu terytorialnego finansujących poszczególne etapy programu jak i ze strony uczestników/beneficjentów programu. Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Każdy z uczestników programu będzie proszony o wyrażenie swojej opinii na temat programu, jego prowadzenia oraz promocji w formie anonimowej ankiety, wypełnianej w trakcie trwania interwencji.

6.3. Ocena efektywności programu

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany organizator programu na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora. Ocena efektywności oraz trwałości rezultatów programu dokonana zostanie na podstawie:

a) poziomu frekwencji (efektywność programu zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej),
b) analiz statystycznych zapadalności problemu zdrowotnego objętego programem.

Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Te działania mają charakter długofalowy. Należy jednak zaznaczyć, że rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania interwencji.
W związku z powyższym ewaluację rozpoczniemy po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opierać się będzie na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji zamieszczone w raporcie końcowym z realizacji całego PPZ. W ramach ewaluacji należy odniesiemy się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej w Gminie Miejskiej Mielec PPZ, wyrażonej w:
• liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
• liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
• odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX ≥5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX;

• odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score ≤–2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu;
Dodatkowo, jeśli dostępne dane epidemiologiczne pozwalają w raporcie przedstawione zostaną następujące dane:
• porównanie współczynnika chorobowości w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia,
• porównanie współczynnika zapadalności w przeliczeniu na 100 tys. osób w populacji uczestników oraz analogicznego współczynnika dla całej populacji spełniającej kryteria włączenia.

7.OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Program jest zaplanowany na lata 2024-2025, z możliwością kontynuacji w zależności od posiadanych zasobów finansowych

Opracowanie:

Wydział Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Miejskiego w Mielcu, ul. Żeromskiego 26, 39-300 Mielec

LITERATURA:

1. Głuszko P., Tłustochowicz W., & Korkosz, M. (2017). *Choroby metaboliczne kości*. W: Gajewski P (red.) Interna Szczeklika
2. Sewerynek E., Stuss M., *Obowiązujące wskazania do prewencji i leczenia osteoporozy pomenopauzalnej – Nchoroby miliona złamań Ginekologia i Perinatologia Praktyczna* 2016, tom 1,
3. Hernlund E., Svedbom A., Ivergård M., Compston J., Cooper C., Stenmark J., ... & Kanis J. A. (2013). *Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. Archives of osteoporosis*,
4. Kanis J. A., Borgström F., Compston J., Dreinhöfer K., Nolte E., Jonsson L., ... & Stenmark J. (2013). SCOPE: a scorecard for osteoporosis in Europe. Archives of osteoporosis,
5. Kanis J. A., Oden A., McCloskey E. V., Johansson H., Wahl D. A., & Cooper C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. Osteoporosis International
6. Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego.
7. Osteoporoza. To choroba, a nie starość - rozmowa z prof. Piotrem Leszczyńskim (wyborcza.pl)
8. Rekomendacje AOTMiT

Załącznik nr 1 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

INFORMACJA REALIZATORA PROGRAMU

za miesiąc ..... w roku …….

L.p.	Nazwy mierników	Liczba osób	Uwagi
1.	Liczba kobiet, u których wykryto powikłania zdrowotne z powodu zbyt późno zdiagnozowanej osteoporozy, wśród populacji kobiet w wieku 65+ uczestniczących w badaniu, zamieszkałych w Mielcu, ustalona na podstawie raportów okresowych przekazanych przez realizatora/realizatorów programu		
2.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki <5% i ≥5%		
3.	Liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-SCORE		
4.	Liczba kobiet z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX, wśród populacji kobiet 65+ uczestniczących w badaniu, zamieszkałych w Mielcu, ustalona na podstawie raportów miesięcznych przekazanych od realizatora/realizatorów badania, którym zalecono dalsze leczenie		
5.	Liczba osób, które skorzystały z lekarskiej wizyty podsumowującej		
6.	Liczba kobiet w wieku 65+ zamieszkałych w Mielcu biorących udział indywidualnej edukacji		
7.	Liczba przeprowadzonych wykładów na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla mieszkańców miasta Mielca		
8.	Liczba przeprowadzonych kursów dla kadry medycznej		
9.	Liczba osób spośród personelu medycznego biorących udział w kursie z podziałem na zawody medyczne	Liczba ogólna	

		Lekarze	Pielęgniarki	Fizjoterapeuci	Inne	
10.	Liczba wypełnionych przez uczestników programu i przekazanych ankiet satysfakcji Pacjenta					
11.	Liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwwskazań lekarskich					
12.	Liczba osób skierowanych do leczenia w NFZ celem dalszej diagnostyki leczenia					
13.	Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego realizacji					
14.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym					

Liczba osób, które wypełniły Pre test wiedzy kadry medycznej				**Liczba osób, które wypełniły post-test wiedzy kadry medycznej**			
Niewystarczająca	**Wystarczająca**	**Dobra**	**Bardzo dobra**	**Niewystarczająca**	**Wystarczająca**	**Dobra**	**Bardzo dobra**

Liczba osób, które wypełniły Pre test wśród mieszkańców miasta Mielca				**Liczba osób, które wypełniły post-test wśród mieszkańców miasta Mielca**			
Niewystarczająca	**Wystarczająca**	**Dobra**	**Bardzo dobra**	**Niewystarczająca**	**Wystarczająca**	**Dobra**	**Bardzo dobra**

.....

(podpis i pieczęć Realizatora programu)

Załącznik nr 2 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROTNEJ pn. „Profilaktyka i wczesne wykrywane osteoporozy dla kobiet 65+, zamieszkałych w Mielcu”

INFORMACJE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	
DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PRZYJMUJĄCEGO OŚWIADCZENIE	

DANE UCZESTNIKA PROGRAMU		
Imię i nazwisko		
PESEL		
Adres zamieszkania		
Adres e-mail		
Telefon kontaktowy		

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA

należy zaznaczyć właściwe

Przystępując do udziału w programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały Nr .....Rady Miejskiej w Mielcu z dnia ..... w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki osteoporozy, ja niżej podpisana(-ny):

☐ oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją na temat zakresu programu i warunków uczestnictwa w programie;

☐ oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(-y) tego, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny;

☐ oświadczam, że mam ukończone 65 lat

☐ oświadczam, że zamieszkuje na terenie miasta Mielca

☐ oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i jestem świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Mielec, dnia.....

……

Podpis uczestnika programu

INFORMACJE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udziału w programie polityki zdrowotnej pn.: *„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla kobiet 65+, zamieszkałych w Mielcu”*.

_____

(Data i podpis Uczestnika programu)

INFORMACJE DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Przystępując do udziału w programie polityki zdrowotnej pn.: *„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla kobiet 65+, zamieszkałych w Mielcu”*, przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest realizator programu polityki zdrowotnej tj.: Prezydent Miasta Mielca, 39-300 Mielec, ul. Żeromskiego 26.
2. Jeśli ma Pani/Pan pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w Urzędzie Miejskim w Mielcu, a także pytania dotyczące przysługujących Pani/Panu uprawnień, może się Pani/Pan skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych w Urzędzie Miejskim w Mielcu za pomocą adresu iod@um.mielec.pl, **tel. 17 7874033**.
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie udzielonej zgody (art. 6 ust. 1 pkt a) RODO), w celu udziału w programie polityki zdrowotnej pn.: *„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla kobiet 65+, zamieszkałych w Mielcu”*.
4. Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępniane odpowiednim odbiorcom, w szczególności podmiotom zewnętrznym zajmującym się obsługą informatyczną lub prawną administratora albo instytucjom uprawnionym do kontroli działalności administratora lub instytucjom uprawnionym do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa, w tym do podmiotów publicznych i niepublicznych świadczących usługi na rzecz beneficjentów objętych programem.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów określonych w pkt 3, a po tym czasie w zakresie wymaganym przez przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym do celów archiwalnych w interesie publicznym przez okres 5 lat.

6. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przysługują Pani/Panu następujące uprawnienia:

   a) prawo dostępu do danych osobowych, w tym prawo do uzyskania kopii tych danych;
   b) prawo do żądania sprostowania (poprawiania) danych osobowych – w przypadku gdy dane są nieprawidłowe lub niekompletne;
   c) prawo do żądania usunięcia danych osobowych,
   d) prawo do żądania ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
   e) prawo do przenoszenia danych
   f) prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

7. W przypadku powzięcia informacji o niezgodnym z prawem przetwarzaniu w Urzędzie Miejskim w Mielcu Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego właściwego w sprawach ochrony danych osobowych tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
8. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, zgodnie z udzieloną zgodą na przetwarzanie. Nie podanie danych osobowych będzie skutkowało brakiem możliwości udziału w programie polityki zdrowotnej pn.: *„Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy dla kobiet 65+, zamieszkałych w Mielcu”*.
9. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane, nie będą także przekazywane do państwa trzeciego lub do organizacji międzynarodowej.

……

Data i podpis Uczestnika Programu

Mielec, dnia.....

Załącznik nr 3 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

Kalkulator online

Odpowiedz na pytania aby obliczyć 10-letnie prawdopodobieństwo złamania z BMD.

Kraj: Polska Nazwisko/ Nr:

Ankieta:

1. Wiek (pomiędzy 40-90) lub data urodzenia
   Wiek: Data urodzenia: R: M: D:
2. Płeć ○ Mężczyzna ○ Kobieta
3. Waga w kg
4. Wzrost w cm
5. Przebyte złamania ◉ Nie ○ Tak
6. Złamanie biodra u rodziców ◉ Nie ○ Tak
7. Obecne palenie tytoniu ◉ Nie ○ Tak
8. Glikokortykosteroidy ◉ Nie ○ Tak
9. Reumatoidalne zapalenie stawów ◉ Nie ○ Tak
10. Wtórna osteoporoza ◉ Nie ○ Tak
11. Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie ◉ Nie ○ Tak
12. BMD - szyjka kości udowej (neck) (g/cm²)
    Wybierz BMD
    Wyczyść | Oblicz

Czynniki ryzyka

W przypadku klinicznych czynników ryzyka należy odpowiedzieć tak lub nie. Jeżeli pole pozostanie niewypełnione domyślną odpowiedzią jest "nie". Szczegóły na: uwagi do czynników ryzyka.

Czynniki ryzyka jakie wzięto pod uwagę::

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 (zobacz uwagi do czynników ryzyka).
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 zobacz uwagi do czynników ryzyka).
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) (zobacz uwagi do czynników ryzyka).
Reumatoidalne zapalenie stawów	Zaznacz „tak" jeśli u pacjenta zdiagnozowano reumatoidalne zapalenie stawów. Jeśli nie było diagnozy, zaznacz „nie" (zobacz uwagi do czynników ryzyka).
Wtórna osteoporoza	Zaznacz „tak" jeśli pacjent ma schorzenie silnie związane z osteoporozą. Obejmuje to cukrzycę typu I (insulinozależną), wrodzoną łamliwością kości u dorosłych, nieleczoną przez długi czas nadczynność tarczycy, hipogonadyzm lub przedwczesną menopauzę (przed 45 rokiem życia), przewlekłe niedożywienie lub zespół złego wchłaniania oraz przewlekłą chorobę wątroby.
Spożycie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie	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 kuflowi piwa (285ml), kieliszkowi wódki (30ml) lub kieliszkowi wina (120ml) lub jednej miarce aperitifu (60ml) (zobacz uwagi do czynników ryzyka).
Gęstość mineralna kości (BMD)	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 (zobacz uwagi do czynników ryzyka) (dostarczone przez Oregon Osteoporosis Center).

Załącznik nr 4 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

Pre test/post-test wiedzy kadry medycznej w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla kobiet 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca"

1. W diagnostyce densytometrycznej u osób młodszych (<40 r.ż.) wykorzystuje się:
   - ☐ Wskaźnik Z (Z-Score)
   - ☐ Wskaźnik T (T-Score)
   - ☐ Wskaźnik FRAX
   - ☐ Stężenie witaminy D3

2. Przed rozpoczęciem terapii bisfosfonianami należy:
   - ☐ Ocenić stężenie witaminy D3 i wapnia, oraz osiągnąć ich optymalne stężenia
   - ☐ Wykonać morfologię, CRP, OB, glukozę oraz zlecić konsultację gastrologiczną
   - ☐ Odstawić leki zmniejszające wydzielanie kwasu solnego
   - ☐ Odstawić aspirynę

3. Czas leczenia doustnymi bisfosfonianami z regularną kontrolą terapii wynosi:
   - ☐ 2 lata
   - ☐ 5 lat
   - ☐ 3 lata
   - ☐ 10 lat

4. Jakie jest niepowodzenie terapii bisfosfonianem/-ami w dawkach terapeutycznych (alendronian, rizedronian, ibandronian, zoledronian):
   - ☐ Złamanie kości piszczelowej
   - ☐ Bóle kostne wymagające stosowania leków NLPZ
   - ☐ Wystąpienie nowego złamania po 12 miesiącach terapii lub obniżenie wartości BMD po 12 miesiącach leczenia w stosunku do wartości wyjściowej

5. Średnie dobowe zapotrzebowanie na wapń wynosi:
   - ☐ 1 000 mg/d

☐ 2 000 mg/d

☐ 1 200 mg/d

☐ 30 000 mg/d

6. Optymalne stężenie witaminy D3 w surowicy wynosi:

☐ 20 ug/ml

☐ Powyżej 60 ug/ml

☐ 30-40 ug/ml

7. Wskazaniem do diagnostyki osteoporozy posterydowej jest:

☐ Przyjmowanie prednizonu (lub równoważnik) przez okres dłuższy niż 3 miesiące w dawce dziennej większej niż 2,5 m

☐ Przyjmowanie prednizonu (lub równoważnik) przez okres 6 tygodni w dawce dziennej 10 mg

☐ Przyjmowanie prednizonu (lub równoważnik) przez okres 2 lata w dawce dziennej 20 mg

☐ Przyjmowanie prednizonu (lub równoważnik) przez okres 9 miesięcy w dawce dziennej 7,5 mg

8. Przyczyną osteoporozy może być:

☐ Endokrynopatia – nadczynność i niedoczynność tarczycy, nadczynność przytarczyc, choroby kory nadnerczy i osi podwzgórze-przysadka, hipogonadyzm

☐ Przewlekłe choroby przewodu pokarmowego: choroby zapalne jelita cienkiego i grubego, chorzy po operacjach bariatrycznych, anorektycy, osoby utrzymujący skrajne diety wegańskie

☐ Cukrzyca typu 1, cukrzyca typu 2, przewlekła choroba nerek

☐ Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

9. Prewencja występowania osteoporozy w społeczeństwie:

☐ Aktywny tryb życia

☐ Eliminacja używek

☐ Odpowiednia dieta

- ☐ Ograniczenie stosowania leków zwiększających ryzyko złamań
- ☐ Prewencja upadków i urazów
- ☐ Edukacja prozdrowotna
- ☐ Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

10. Wskazaniem do wdrożenia leczenia u kobiet po menopauzie i u starszych mężczyzn (>65 r.ż.) jest:

- ☐ Złamanie kości piszczelowej u mężczyzny po wypadku samochodowym
- ☐ Złamanie niskoenergetyczne BKKU, a w innych lokalizacjach głównych przy istnieniu osteopenii
- ☐ Złamanie trzonu kręgu w odcinkach piersiowym i lędźwiowym u kobiet powyżej 75 r.ż.
- ☐ Opisanie osteoporozy w RTG kości

11. Śmiertelność po złamaniu biodra, ale także kręgów i innych złamaniach osteoporotycznych jest u mężczyzn około 2-krotnie większa niż u kobiet.

- ☐ Fałsz
- ☐ Prawda
- ☐ Śmiertelność po złamaniu biodra jest u mężczyzn około 2-krotnie mniejsza niż u kobiet

12. Ile procentowo mężczyzn po 65 r.ż. dozna złamania kręgu:

- ☐ 10 %
- ☐ 20-30 %
- ☐ 50 %
- ☐ 1 %

13. Badanie densytometryczne metodą DXA kręgosłupa lędźwiowego i biodra zaleca się w szczególności u mężczyzn:

- ☐ Po 70 r.ż.
- ☐ Z klinicznymi czynnikami ryzyka złamań (w tym FRAX)
- ☐ Z obniżeniem wzrostu o 2 cm lub więcej

☐ Leczonych ablacyjnie z powodu raka stercza, niezależnie od wieku

☐ Wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

14. Rzadkie powikłania leczenia bisfosfonianami:

☐ Atypowe złamania kości udowej

☐ Martwica żuchwy

☐ a i b

☐ Refluks żołądkowo-przełykowy lub choroba wrzodowa dwunastnicy

15. Wskazaniem do refundacji denosumabu (Prolia) w Polsce:

☐ Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 r.ż., po niepowodzeniu leczenia bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami do ich stosowania

☐ Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 r.ż., po niepowodzeniu leczenia bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami do ich stosowania

☐ a i b

☐ Patologiczne złamania kręgów rozpoznane w badaniu RTG u kobiet w trakcie leczenia jajnika w wieku 50 lat

☐ W każdym wypadku rozpoznania osteoporozy u kobiet lub mężczyzn powyżej 70 r.ż.

Ocena punktowa:

każda odpowiedź *prawidłowa* – 1 pkt., *nieprawidłowa* – 0 pkt.

Skala punktowa oceny testu wiedzy:

Niewystarczająca 0-9 pkt.

Wystarczająca 10-11 pkt.

Dobra 12-13 pkt.

Bardzo dobra 14 - 15 pkt.

Załącznik nr 5 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

Pre test/post test wiedzy osób objętych programem w ramach „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla kobiet 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca"

1. Osteoporoza polega na:
   - ☐ zwyrodnieniu stawów
   - ☐ zmniejszeniu liczby leukocytów we krwi
   - ☐ zmniejszeniu gęstości mineralnej kości
   - ☐ nie wiem
2. Kogo Pani/Pana zdaniem może dotyczyć osteoporoza?
   - ☐ tylko kobiet
   - ☐ tylko mężczyzn
   - ☐ kobiet i mężczyzn
   - ☐ nie wiem
3. Jakie badanie służy rozpoznaniu osteoporozy? (proszę wybrać jedną podpowiedź)
   - ☐ badanie krwi i moczu
   - ☐ densytometria
   - ☐ CRP
   - ☐ nie wiem
4. Jakie czynniki mają duży wpływ na zachorowanie na osteoporozę? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
   - ☐ palenie tytoniu
   - ☐ mała aktywność fizyczna
   - ☐ płeć żeńska
   - ☐ zbyt mała ekspozycja na słońce
   - ☐ nadużywanie alkoholu
   - ☐ zła dieta (mała ilość przyswajalnego wapnia, niedożywienie)
   - ☐ choroba występuje losowo, nie mam wpływu na jej wystąpienie
5. Czy choroby tarczycy lub cukrzyca mogą mieć wpływ na rozwój osteoporozy?
   - ☐ tak
   - ☐ nie
6. Jakie są objawy osteoporozy? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
   - ☐ zwiększenie apetytu
   - ☐ zmniejszenie wzrostu
   - ☐ ograniczenie ruchomości

- ☐ obrzęk stawów
- ☐ bóle mięśniowe i kostne
- ☐ bóle głowy

7. Osteoporoza polega na:
   - ☐ zwyrodnieniu stawów
   - ☐ zmniejszeniu liczby leukocytów we krwi
   - ☐ zmniejszeniu gęstości mineralnej kości
   - ☐ nie wiem
8. Kogo Pani/Pana zdaniem może dotyczyć osteoporoza?
   - ☐ tylko kobiet
   - ☐ tylko mężczyzn
   - ☐ kobiet i mężczyzn
   - ☐ nie wiem
9. Jakie badanie służy rozpoznaniu osteoporozy? (proszę wybrać jedną podpowiedź)
   - ☐ badanie krwi i moczu
   - ☐ densytometria
   - ☐ CRP
   - ☐ nie wiem
10. Jakie czynniki mają duży wpływ na zachorowanie na osteoporozę? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
   - ☐ palenie tytoniu
   - ☐ mała aktywność fizyczna
   - ☐ płeć żeńska
   - ☐ zbyt mała ekspozycja na słońce
   - ☐ nadużywanie alkoholu
   - ☐ zła dieta (mała ilość przyswajalnego wapnia, niedożywienie)
   - ☐ choroba występuje losowo, nie mam wpływu na jej wystąpienie
11. Czy choroby tarczycy lub cukrzyca mogą mieć wpływ na rozwój osteoporozy?
   - ☐ tak
   - ☐ nie
12. Jakie są objawy osteoporozy? (można wybrać więcej niż jedną odpowiedź)
   - ☐ zwiększenie apetytu
   - ☐ zmniejszenie wzrostu
   - ☐ ograniczenie ruchomości
   - ☐ obrzęk stawów
   - ☐ bóle mięśniowe i kostne
   - ☐ bóle głowy

Ocena punktowa:

48

każda odpowiedź *prawidłowa* – 1 pkt., *nieprawidłowa* – 0 pkt.

Skala punktowa oceny testu wiedzy:

Niewystarczająca 0-6 pkt.

Wystarczająca 7 - 8 pkt.

Dobra 9 - 10 pkt.

Bardzo dobra 11-12 pkt.

Załącznik nr 6 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Mając na celu zapewnienie najwyższej jakości usług pragniemy poznać Państwa opinię na temat Programu polityki zdrowotnej pt. *„Program profilaktyczny wczesnego wykrywania osteoporozy dla kobiet 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca”.*

1. PRZYCHODNIA/PORADNIA Z KTÓREJ PAN(I) KORZYSTAŁ(A)

……..

(podaj nazwę)

2. OCENA REJESTRACJI

JAK PAN(I) OCENIA	***Bardzo dobrze***	***Dobrze***	***Przeciętnie***	***Źle***	***Bardzo źle***
Szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?	☐	☐	☐	☐	☐
Jakość otrzymanych informacji?	☐	☐	☐	☐	☐
Uprzejmość osób rejestrujących?	☐	☐	☐	☐	☐
Dostępność rejestracji telefonicznej?	☐	☐	☐	☐	☐

Proszę podać uwagi

……
……

3. OPIEKA LEKARSKA

JAK PAN(I) OCENIA	***Bardzo dobrze***	***Dobrze***	***Przeciętnie***	***Źle***	***Bardzo źle***
Uprzejmość i życzliwość lekarza?	☐	☐	☐	☐	☐
Zainteresowanie Pacjentami?	☐	☐	☐	☐	☐
Informacje o przebiegu choroby i	☐	☐	☐	☐	☐

sposobie leczenia, profilaktyce?					
Poszanowanie prywatności podczas wizyty/badań lekarskich?	☐	☐	☐	☐	☐

Proszę podać uwagi

……
……

4. OPIEKA PIELĘGNIARSKA

JAK PAN(I) OCENIA	***Bardzo dobrze***	***Dobrze***	***Przeciętnie***	***Źle***	***Bardzo źle***
Uprzejmość i życzliwość pielęgniarek?	☐	☐	☐	☐	☐
Staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarki?	☐	☐	☐	☐	☐
Informacje uzyskane od pielęgniarek?	☐	☐	☐	☐	☐
Poszanowanie prywatności podczas zabiegów pielęgniarskich?	☐	☐	☐	☐	☐

Proszę podać uwagi

……
……

5. WARUNKI PANUJĄCE W PRZYCHODNI / PORADNI

JAK PAN(I) OCENIA	***Bardzo dobrze***	***Dobrze***	***Przeciętnie***	***Źle***	***Bardzo źle***
Wyposażenie w poczekalni (krzesła, wieszaki, itp.)?	☐	☐	☐	☐	☐
Oznakowanie gabinetów?	☐	☐	☐	☐	☐
Czystość w poczekalni?	☐	☐	☐	☐	☐
Dostęp do toalet?	☐	☐	☐	☐	☐
Czystość w toaletach?	☐	☐	☐	☐	☐

Proszę podać uwagi

……
……

6. EDUKACJA I PROMOCJA PROGRAMU

JAK PAN(I) OCENIA	***Bardzo dobrze***	***Dobrze***	***Przeciętnie***	***Źle***	***Bardzo źle***
Dostęp do informacji o programie?	☐	☐	☐	☐	☐
Treść dostępnych materiałów informacyjno- edukacyjnych (zrozumienie, jakość, przydatność, dostępność)?	☐	☐	☐	☐	☐

7. Czy zetknęła się Pani/zetknął się Pan z nieuprzejmym traktowaniem przez personel Przychodni/Poradni

☐ **Nie** ☐ **Tak**

Proszę opisać sytuację:

……
……

8. Czy w razie konieczności poleciłaby Pani/poleciłby Pan Przychodnię/Poradnię swoim bliskim

☐ **Tak** ☐ **Nie** ☐ **Nie mam zdania**

WŁASNE OPINIE

Jeżeli w trakcie badań zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie ***bardzo prosimy o pisemną informację w tym miejscu:***

……
……

METRYCZKA DLA PACJENTA

Płeć	***Wykształcenie***
☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	☐ podstawowe ☐ zawodowe ☐ średnie ☐ wyższe

Dziękujemy serdecznie za poświęcony czas i wypełnienie ankiety!

Załącznik nr 7 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

RAPORT
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ
„Programu profilaktycznych szczepień przeciwko pneumokokom dla kobiet 65+ zamieszkałych na terenie miasta Mielca"

Raport roczny z realizacji programu polityki zdrowotnej	
Podmiot realizujący	
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	
Adres podmiotu realizującego:	
Okres realizacji programu polityki zdrowotnej:	
Liczba osób przebadanych	
Kryterium doboru adresatów	
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej	
Tryb badania	
Cel główny	
Cele szczegółowe	
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:	

Imię i nazwisko kadry realizującej program:			
L.p.	Imię i nazwisko	Funkcję z zakresem obowiązków	Opis spełnionych warunków niezbędnych do realizacji zadań wynikających z zakresu obowiązków (kompetencje/wykształcenie/uprawnienia/doświadczenie zawodowe)
Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:			
Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:			
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:			
Problem:		**Działania Modyfikujące:**	

……

(pieczęć i podpis Realizatora programu)

Załącznik nr 8 do Programu profilaktycznego wczesnego wykrywania osteoporozy, Zamiast złamania zrób badania

Potwierdzenie realizacji działań edukacyjnych

1. Potwierdzam realizację ….. spotkań edukacyjnych na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla Mieszkańców miasta Mielca w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „……” dofinansowanego z ……

Miejsce przeprowadzenia spotkania……

Data przeprowadzenia spotkania…..

W spotkaniu wzięło udział…… osób

2. Potwierdzam realizację ….. kursu dla personelu medycznego w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „……” dofinansowanego z ……

Miejsce przeprowadzenia spotkania……

Data przeprowadzenia kursu…..

W kursie wzięło udział…… osób

……
(pieczęć i podpis Realizatora programu)