

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr
Rady Miasta Sopotu
z dnia

Program polityki zdrowotnej „Program profilaktyki próchnicy zębów”

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i
Taryfikacji nr 49/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

**GMINA MIASTA SOPOTU
Program na lata 2018 – 2020**

1.Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Próchnica to proces patologiczny miejscowy, pochodzenia zewnątrz ustrojowego, który prowadzi do odwapnienia i proteolitycznego rozpadu twardych tkanek zęba. Głównym czynnikiem odpowiedzialnym za jej rozwój są bakterie, które rozkładając cukry obecne w produktach żywnościowych, wytwarzają kwasy niszczące szkliwo. Próchnica zębów należy do najbardziej rozpowszechnionych chorób w populacji dzieci i młodzieży. Choroba ta w krótkim czasie prowadzić może do zniszczenia twardych tkanek zęba. Wpływa nie tylko na stan całego narządu żucia, ale także na ogólny stan zdrowia dziecka. Odroczenie leczenia nie tylko skutkuje pogorszeniem stanu uzębienia, ale również zwiększa koszty zarówno finansowe, społeczne jak i indywidualne. Zły stan jamy ustnej w dzieciństwie często utrzymuje się w życiu dorosłym, wpływając na produktywność oraz jakość życia.¹ Dowiedziono, iż oprócz predyspozycji genetycznych bezpośredni wpływ na występowanie próchnicy może mieć styl życia oraz warunki socjo – ekonomiczne.²

b) Epidemiologia

Próchnica jest najczęściej występującą chorobą przewlekłą na świecie. Dotyka 5 miliardów ludzi, co stanowi prawie 80 % populacji świata.³ Najczęściej występuje w państwach Azji i Ameryki Łacińskiej, rzadziej w państwach Afryki. Badania jednak pokazują rosnącą tendencję wzrostu zachorowalności w tym regionie.⁴

Zgodnie z wynikami badań epidemiologicznych, prowadzonych w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej” w 2012 roku, w naszym kraju:

- u około 80% 6 - latków stwierdza się próchnicę zębów,
- w grupie wiekowej 12-18 lat problem ten dotyczy około 80-95 % nastolatków,
- 99,9% Polaków w wieku 35-44 lat ma próchnicę, która obejmuje 16,9 zęba.⁵

Polska jest jednym z niewielu krajów Europy, w którym nie udało się zmniejszyć zapadalności na próchnicę u dzieci pomimo zaleceń WHO na rok 2000, mających na celu obniżenie frekwencji próchnicy wśród dzieci 6-letnich do poziomu 50%.⁶

Populacja województwa pomorskiego na tle wyników badań dzieci 3-letnich z całej Polski jest niepokojąca. W miarę rozwoju dzieci obserwujemy wzrost częstości choroby próchnicowej. Dzieci 6-letnie w województwie pomorskim, w 88% są objęte chorobą próchnicową. Kolejna badana populacja charakteryzująca się pełnym uzębieniem stałym to dzieci 12-letnie. 81% z nich objętych jest procesem próchnicowym.^{7,8}

¹ Raport WHO „Światowe problemy w chorobach jamy ustnej.”, 2005

² O`Sullivan EA, Curzon ME. A comparison of acidic dietary factors in children with and without erosion. J Dent for Childr 2000; 67:186-92.

³ Report WHO, „Oral health”, 2003, who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf

⁴ Pawka B, Dreher P, Herda J, Szwiec I, Krasicka M. „Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym”

⁵ Raport Powiedz STOP próchnicy już DZIŚ – dla zdrowych zębów w przyszłości Central and Eastern European Chapter, „Musimy poważnie zająć się próchnicą”, www.AllianceForCavityFreeFuture.org

⁶ Anna Wójcicka, Magdalena Zalewska, Ewa Czerech, Robert Jabłoński, Stanisława Zyta Grabowska, Elżbieta Maciorkowska „Próchnica wieku rozwojowego chorobą cywilizacyjną”, Przegląd epidemiologiczny 2012; 66: 705 - 711

⁷ Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Warszawa, 2005

Obecnie szacuje się, iż statystyczny 12-latek w Polsce ma 3,5 zęba zaatakowanego próchnicą, a 40% 18-latków ma braki w uzębieniu stałym z powodu powikłań próchnicy.⁹

Dokonując porównania intensywności próchnicy u 12-latków w krajach europejskich można zauważyć, że Polska ze wskaźnikiem PUW wynoszącym 4,4 zajmuje przedostatnie miejsce. Wśród krajów europejskich najlepszym stanem uzębienia cechują się dzieci 12-letnie w Holandii (PUW=0,9) a najgorszym Łotwy (PUW=7,7).

Stan uzębienia dzieci w województwie pomorskim wynosi PUW=4,2 co daje 11 miejsce na 16 województw.¹⁰

c) Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego oraz populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2016 wynosiła 35 557 mieszkańców, w tym 16 257 mężczyzn i 19 300 kobiet. Obecnie w Sopocie liczba dzieci szkół podstawowych i gimnazjalnych wynosi 2747.¹¹

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

W ramach opieki stomatologicznej realizowane są świadczenia gwarantowane finansowane w całości lub współfinansowanymi ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (t.j.Dz.U.z 2016r.poz.1793). Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.). Świadczenia gwarantowane, ujęte w powyższym rozporządzeniu, są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z w/w rozporządzeniem dzieciom w odpowiednich grupach wiekowych przysługują świadczenia zawarte w załączniku 10 do rozporządzenia „Wykaz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia”.

Dzieci szkół podstawowych i gimnazjalnych mają prawo korzystać z bezpłatnych świadczeń gwarantowanych, natomiast muszą zostać spełnione odpowiednie warunki realizacji świadczeń.

Dzieciom między 10 a 16 rokiem życia w ramach NFZ przysługuje:

- szczególna opieka stomatologiczna w zakresie podstawowego leczenia stomatologicznego lub specjalistycznego leczenia stomatologicznego,
- profesjonalna profilaktyka fluorkowa (dotyczy zębów mlecznych i stałych),

⁸Ministerstwo Zdrowia. Ogólnokrajowy Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej i Jego Uwarunkowania Polska 2002 /dzieci w wieku 3 lat, ich rodzice w wieku 35-44 lat oraz dziadkowie w wieku 65-74 lat/, Warszawa, 2002

⁹Pawka B, Dreher P, Herda J i in. Próchnica zębów u dzieci problemem społecznym. Probl Hig Epidemiol 2010; 91 (1):5-7.

¹⁰Dental caries levels (DMFT index) among 12-year-olds in Europe, 2004

¹¹Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 21.06.2016

- lakierowanie zębów (świadczenie dotyczy wszystkich zębów stałych i jest udzielane nie częściej niż 1 raz na kwartał – za każdą 1/4 łuku zębowego),
- impregnacja zębów (świadczenie dotyczy impregnacji zębiny zębów mlecznych – za każdy ząb.
- do wypełniania ubytków stosowany jest chemoutwardzalny (amalgamat kapsułkowy typu non gamma 2) oraz światłoutwardzalny materiał kompozytowy wyłącznie w zębach siecznych i kłach szczęki i żuchwy.¹²

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program zdrowotny ma na celu zwiększyć dostęp do świadczeń, które w ramach NFZ są ograniczone przez pewne kryteria, między innymi wiekowe. W ramach programu wszystkie dzieci, niezależnie od wieku miałyby możliwość:

- lakierowania zębów, które dotychczas jest dostępne bezpłatnie wyłącznie dla dzieci do 7 roku życia,
- lakierowania zębów stałych i mlecznych, które jest obecnie refundowane wyłącznie dla uzębienia stałego,
- wypełnienia wszystkich ubytków próchnicowych wyłącznie materiałami kompozytowymi białymi, które obecnie są refundowane wyłącznie do zębów siecznych i kłów.¹³

Zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia odbiły się niekorzystnie na opiece stomatologicznej. Ograniczono liczbę usług stomatologicznych świadczonych ze środków publicznych w ramach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zlikwidowano gabinety stomatologiczne w większości placówek oświatowych a samorządy prowadzące te jednostki nie posiadają środków na ich unowocześnienie. Powyższe czynniki doprowadziły do znacznego ograniczenia dostępności do zabiegów profilaktyczno-leczniczych dzieci z populacji określonych w ramach programu.

Światowa Organizacja Zdrowia umieściła chorobę próchnicową na czwartym miejscu wśród chorób szczególnie kosztownych. Ograniczony budżet NFZ nie pozwala na pokrycie wszystkich kosztów leczenia choroby. Konsekwencją ograniczonego finansowania jest między innymi brak możliwości leczenia uzębienia mlecznego u dzieci.¹⁴

Osiągnięcie właściwego stanu uzębienia u dzieci i młodzieży jest możliwe poprzez:

- promocję zdrowia,
- zmniejszenie wpływu chorób jamy ustnej na ogólny stan zdrowia i rozwój dziecka
- objęcie jak największej liczby dzieci profesjonalną opieką stomatologiczną z zastosowaniem zabiegów profilaktycznych.

Na podstawie analizy doświadczeń międzynarodowych WHO uznała, że najkorzystniejszym środowiskiem do wykorzystania w celu promocji zdrowia jamy ustnej jest szkoła, gdzie

¹²Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego”.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego”.

¹⁴ Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Warszawa, 2005

realizacja programów edukacji stomatologicznej przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania.¹⁵

Edukacja prozdrowotna, promocja zdrowia oraz szeroko pojęta profilaktyka są jedynym właściwym sposobem umożliwiającym poprawę złego stanu zdrowia jamy ustnej dzieci i młodzieży. Częstość występowania choroby próchnicowej uzębienia mlecznego i stałego w indeksowych populacjach wieku rozwojowego nadal jest wysoka i wskazuje na brak możliwości realizacji celów Światowej Organizacji Zdrowia.¹⁶

2.Cele programu

a) Cel główny

Zmniejszenie występowania próchnicy zębów oraz poprawa stanu uzębienia u dzieci i młodzieży uczęszczającej do podstawowych i ponad podstawowych szkół w Sopocie.

b) Cele szczegółowe:

- redukcja występowania zaawansowanej próchnicy oraz utraty zębów u dzieci,
- wzrost odsetka dzieci objętych edukacją prozdrowotną i profilaktyką próchnicy,
- rozwinięcie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci w wieku szkolnym,
- zwiększenie odsetka dzieci objętych przeglądami stomatologicznymi,
- obniżenie różnic w dostępie do edukacji prozdrowotnej, zapobiegania i leczenia próchnicy zależnych od statusu społeczno ekonomicznego,
- zdiagnozowanie potrzeb zdrowotnych badanej populacji na terenie Sopotu na podstawie wyników badań.

c) Oczekiwane efekty

Zmniejszenie częstości występowania choroby próchnicowej i jej powikłań u dzieci biorących udział w programie.

d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- obniżenie wartości wskaźnika PUW (średnia liczba zębów odpowiednio mlecznych bądź stałych z ubytkami próchnicowymi wypełnionych lub usuniętych z powodu próchnicy),
- wzrost świadomości zdrowotnej i wiedzy dzieci na tematy związane z profilaktyką choroby próchnicowej, zweryfikowane poprzez test dla dzieci.

3. Adresaci programu

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

¹⁵ Raport WHO, „Światowe problemy w chorobach jamy ustnej.”

¹⁶ Ministerstwo Zdrowia. Stan zdrowia jamy ustnej oraz potrzeby profilaktyczno-lecznicze dzieci w wieku 6 i 12 lat w Polsce, w pierwszych latach procesu integracji europejskiej. Warszawa, 2005

Program będzie skierowany do wszystkich uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych w Sopocie (2774 uczniów).

b) Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie. Placówka wyłoniona w konkursie zorganizowanym przez Urząd Miasta Sopot będzie zobligowana do poinformowania dyrektorów szkół podstawowych oraz gimnazjalnych o warunkach uczestnictwa w programie.

Rodzice zostaną poinformowani o wdrożeniu programu podczas pierwszej wywiadówki w roku szkolnym.

W programie wezmą udział dzieci, których rodzice/opiekunowie prawni wyrażą pisemną zgodę.

4. Organizacja programu

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
2. Umieszczenie informacji dotyczących programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot.
3. Nawiązanie współpracy ze szkołami.
4. Zapoznanie nauczycieli z założeniami i celami programu.
5. Zapoznanie rodziców/ opiekunów prawnych na wywiadówce z założeniami i celami programu, podpisanie zgody na udział dziecka w programie.
6. Zapoznanie dzieci z założeniami i celami programu na lekcji z wychowawcą klasy.
7. Pierwszy etap programu-przegląd profilaktyczny.
8. Drugi etap programu- leczenie stomatologiczne, higiena jamy ustnej.
9. Działania edukacyjne.
10. Zakończenie udziału w programie - konkurs wiedzy.

b) Planowane interwencje

- Przeglądy profilaktyczne u wszystkich dzieci oraz wyodrębnienie grupy dzieci z wysokim ryzykiem chorób przyzębia (określenie wskaźnika PUW).
- Leczenie próchnicy w celu uzyskania sanacji jamy ustnej. Do leczenia stosowane będą wypełnienia światło utwardzalne i podkłady uwalniające związki fluoru działające profilaktycznie oraz eliminujące próchnicę wtórną.
- Prowadzenie działań edukacyjnych mających na celu poprawę higieny jamy ustnej:
 - pogadanki grupowe w klasach,
 - organizowanie konkursów z nagrodami na temat wiedzy o higienie jamy ustnej,
 - rozmowy indywidualne z uczniami w trakcie leczenia.
- Po przeprowadzeniu sanacji jamy ustnej u dziecka wykonywane będzie:
 - lakowanie wszystkich zębów stałych trzonowych i w niektórych przypadkach przedtrzonowych bez ograniczeń wiekowych,
 - lakierowanie zębów stałych i mlecznych,
 - impregnacja zębów mlecznych w ciągu całego roku.
- Konkurs na temat próchnicy kończący uczestnictwo w programie.

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnicy muszą spełnić następujące kryteria:

- uczniowie sopockich szkół podstawowych lub gimnazjalnych,
- pisemna zgoda rodzica lub opiekuna prawnego.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszelkie świadczenia będą udzielane uczestnikom bezpłatnie, by móc wziąć udział w programie rodzice/opiekunowie prawni są zobowiązani dostarczyć zgodę na uczestnictwo dziecka w programie.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program ma za zadanie zwiększyć dostępność do specjalistycznej opieki stomatologicznej dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjalnych w Sopocie. Obecnie uczniowie mają możliwość korzystania tylko z niektórych świadczeń stomatologicznych oferowanych w ramach ubezpieczenia w NFZ.

Szczegółowe zasady określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego oraz warunki ich realizacji określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz.U. z 2013r., poz. 1462 ze zm.).

Zadania realizowane w ramach programu są objęte zakresem finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia i stanowią jego uzupełnienie. Ponadto program kładzie nacisk na edukację i podniesienie świadomości rodziców i dzieci.

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

Etapem kończącym program zdrowotny dla uczestnika będzie rozstrzygnięcie konkursu sprawdzającego wiedzę wśród uczniów na temat prawidłowej higieny jamy ustnej oraz próchnicy.

g) Bezpieczeństwo planowanych usług

- 1) Program zdrowotny będzie prowadzony przez wykwalifikowanych lekarzy stomatologów oraz asystentki stomatologiczne z odpowiednim przygotowaniem medycznym.
- 2) Dane medyczne uczestników będą chronione zgodnie z obowiązującą ustawą.

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) zalicza dane o stanie zdrowia do tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), czyli szczególnie chronionych.

- 3) Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).

h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program obejmie profilaktyczne stomatologiczne badania lekarskie przeprowadzone dla dzieci z klas podstawowych i ponadgimnazjalnych w gabinetach stomatologicznych. Badania zostaną przeprowadzone przez zespół personelu w skład, którego wchodzi: lekarz stomatolog i wykwalifikowana higienistka stomatologiczna.

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016r. poz.1638), który:

- prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
- posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem,
- zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa, w tym lekarza stomatologa i higienistkę stomatologiczną,
- zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

**Warunki realizacji profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży
do ukończenia 19. roku życia**

1	Personel
1.1	lekarz dentysta
2	Sprzęt i wyposażenie
2.1	Stanowisko stomatologiczne (fotel, przystawka turbinowa, mikrosilnik, lampa bezcieniowa) lub unit stomatologiczny – w miejscu udzielania świadczeń

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

i) Dowody skuteczności

Według Światowej Organizacji Zdrowia, a także wytycznych klinicznych, szkoła jest najkorzystniejszym środowiskiem wykorzystanym w celu promocji zdrowia jamy ustnej oraz działań profilaktycznych. Realizacja programów profilaktyki próchnicy w szkole przynosi najlepsze efekty i zapewnia najszerszy krąg oddziaływania, zwłaszcza zapewnia dotarcie do środowisk o niskim statusie socjoekonomicznym zwiększającym ryzyko zaniedbań.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia w celu poprawy stanu uzębienia należy brać pod uwagę przede wszystkim zasady higieny jamy ustnej oraz diety jaka jest stosowana przez

dziecko. Udowodniono, że skuteczność indywidualnej edukacji rodziców, dotyczącej zasad właściwego odżywiania dzieci i utrzymania higieny jamy ustnej, prowadzonej w gabinecie stomatologicznym jest znacznie większa w porównaniu z innymi metodami.^{17,18}

5. Koszty

a) Koszt jednostkowy

Średni, planowany koszt na jednego uczestnika wyniesie około 50 zł.

Cena obejmuje :

- przegląd stomatologiczny,
- leczenie zachowawcze,
- profilaktykę fluorkową,
- lakowanie,
- lakierowanie,
- impregnację zębów,
- działania edukacyjne,
- Koszty koordynacji w tym wynagrodzenie dla koordynatora programu.

b) Koszt całkowity

Szacowany koszt realizacji programu wynosi 140 000 zł rocznie.

c) Źródła finansowania

Program, w zakresie wskazanych zadań i kosztorysu, zostanie sfinansowany całkowicie ze środków Gminy Miasta Sopotu.

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych środków jest optymalne

Wycena świadczeń w programie opierała się na analizie rynku. Uznano za zasadne sfinansowanie świadczeń zwiększających dostępność do profilaktyki oraz leczenia zachowawczego zębów wśród uczniów klas podstawowych i gimnazjalnych w mieście Sopot. Wytworzenie zdrowego środowiska, promowanie zdrowej żywności, jak również edukacja dotycząca zdrowia jamy ustnej i wprowadzenie grupowych metod profilaktyki skutkuje zwiększeniem świadomości uczniów, chroni ich przed niekorzystnymi wpływami oraz wytwarza namiastkę zdrowego życia w sytuacji, gdy dom rodzinny nie jest w stanie tego zapewnić.

Tylko dzięki regularnie przeprowadzanym zabiegom profilaktycznym, edukacji prozdrowotnej dzieci i rodziców stan zdrowia jamy ustnej może się poprawić.^{19, 20}

¹⁷ Ziętek Marek, Fundacja Rozwoju Zdrowia Jamy Ustnej, Konsensus grupy ekspertów nad auspicjami Fundacji Promocji Jamy Ustnej w sprawie promocji zdrowia jamy ustnej i profilaktyki fluorkowej próchnicy zębów, Warszawa, grudzień 2014r.

¹⁸ Janus S., Olczak-Kowalczyk D., Wysocka M., Rola lekarzy nie stomatologów w zapobieganiu próchnicy wczesnego dzieciństwa, *Borgis - Nowa Pediatria*, 1/2011, 6-14

¹⁹ Stodolak A., Fuglewicz A., „Zapobieganie próchnicy u dzieci i młodzieży oraz promocja zdrowia jamy ustnej – rola pracowników służby zdrowia”, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, Tom 20, Nr 1, s. 76-81,

6. Monitoring i ewaluacja

a) Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie dokonana na podstawie:

- prowadzonej dokumentacji medycznej każdego pacjenta,
- liczby zgłoszonych szkół do wzięcia udziału w programie,
- liczby szkół, które zostaną wybrane do wzięcia udziału w programie,
- liczby uczniów, których rodzice wyrażą zgodę na uczestnictwo dziecka w programie.

b) Ocena jakości świadczeń w programie

Wypełnienie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie oraz określającej poziom świadczonych usług.

c) Ocena efektywności w programie

Miarą efektywności programu będzie odsetek dzieci, u których doszło do wyleczenia bądź zatrzymania procesu próchnicowego oraz wyniki z organizowanych konkursów sprawdzających poziom wiedzy uczestników na temat higieny jamy ustnej.

d) Ocena trwałości efektów programu

Utrzymanie trwałości uzyskanych w programie efektów zdrowotnych w populacji gminy zaplanowano poprzez nadanie programowi charakteru kilkuletniego, dzięki czemu w docelowej grupie wiekowej dzieci zapewniona zostaje cykliczność działań edukacyjnych oraz profilaktycznych, a także stałego dostępu do informacji nt. profilaktyki próchnicy dla rodziców/opiekunów prawnych dzieci.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach.

²⁰ Chłapowska J. Gerreth K., Pilipczuk-Paluch K., Borysewicz-Lewicka M, Ocena dynamiki próchnicy u 6-letnich dzieci z województwa lubuskiego, Klinika Stomatologii Dziecięcej Katedry Stomatologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Dent. Med. Probl. 2012, 49, 2, 166-172

Załącznik nr 2 do Uchwały Nr
Rady Miasta Sopotu
z dnia

**Program polityki zdrowotnej
„Profilaktyka nowotworu gruczołu
krokowego”**

Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 47/2017 z dnia 9 marca 2017 r.

Gmina Miasta Sopotu Program na lata 2018 – 2020

1. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Rak gruczołu krokowego jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Najczęściej ma charakter wieloogniskowy. Początkowo jest ograniczony do narządu, a następnie dochodzi do zwiększenia masy nowotworu oraz do naciekania tkanek sąsiadujących. We wczesnych stadiach rozwoju na ogół nie powoduje objawów klinicznych, a niekiedy pierwszym objawem raka są uogólnione bóle kostne.²¹

Wśród znanych czynników ryzyka rozwoju raka prostaty wymienia się głównie:

- wiek,
- rasę etniczną,
- obciążający wywiad rodzinny/czynniki genetyczne,
- wpływ środowiska zewnętrznego,
- aktywność układu współczulnego.²²

b) Epidemiologia

Nowotwór gruczołu krokowego stanowi poważny problem zdrowotny, dotyczący całej męskiej populacji na świecie. Zachorowalność na raka prostaty stopniowo wzrasta i staje się coraz poważniejszym problemem medycznym oraz ekonomicznym całego świata. Dane światowe z 2012 roku, na temat zachorowalności na ten typ nowotworu pokazują, że 1,1 mln mężczyzn cierpi na raka prostaty, co stanowi 15% nowotworów zdiagnozowanych u

²¹ M. Krzakowski, K.Herman, J.Jassem, W.Jędrzejczak, J.R.Kowalczyk, M.Podolak Dawid, Onkologia w Praktyce Klinicznej ” Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych część I”, 2007

²² M.Bonczyk, R.Zdrojowy, D.Makota, A.Kołodziej „Testosteron a rak stercza” Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, Urologia Polska, 2008/61/1

mężczyzn, z prawie 70% przypadków (759 tys.) występujących w krajach lepiej rozwiniętych. Spośród krajów Europejskich, największy wskaźnik zachorowalności na raka stercza, odnotowuje się w Irlandii, Francji, Norwegii i Szwecji (114-126/100 tys.), a najniższy na Ukrainie w Grecji i Rumunii (17-20/100 tys.)²³. Liczba diagnozowanych chorych z rakiem prostaty rośnie głównie w wyniku rozpowszechniania się oznaczenia stężenia markera nowotworowego PSA w surowicy u osób bez klinicznych objawów raka prostaty oraz dzięki większej świadomości zdrowotnej.

W Polsce w ciągu 10 lat zachorowania na raka prostaty podwoiły się. Roczne tempo zapadalności w Polsce wynosi obecnie 2,5%.^{24,25,26,27} Obecnie rak gruczołu krokowego zajmuje drugie miejsce pod względem zachorowalności na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn.²⁸

Nakładając ogólnokrajowe dane na mapę województw eksperci zauważyli, że u mężczyzn najwyższe ryzyko zgonu z powodu nowotworów notuje się w województwach północnych i zachodnich. Według danych na rok 2010 wynika, że w województwie Pomorskim liczba zachorowań na raka prostaty wynosiła 746, natomiast liczba zgonów 223. Rak prostaty jest trzecią przyczyną zgonów wśród mężczyzn w Województwie Pomorskim i przoduje spośród pozostałych województw pod względem zachorowalności.²⁹

W Sopocie rak prostaty jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród mężczyzn, a zachorowalność na niego wynosi ponad 22%. Rak prostaty jest trzecią przyczyną zgonów spośród pozostałych nowotworów wśród mężczyzn zamieszkujących Gminę Miasta Sopot.³⁰

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

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2016 wynosiła 35 557 mieszkańców, w tym 16 257 mężczyzn i 19 300 kobiet. Populacja kwalifikująca się do programu wynosi 6899 mężczyzn po 50 roku życia.³¹

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

Na podstawie skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego możliwa jest konsultacja urologiczna pacjenta z objawami układu moczowo-płciowego. Pacjent ma prawo skorzystać w ramach NFZ z poradni urologicznej oraz z usług w niej świadczonych.³²

²³ A.Deluga, B.Ślusarska, E.Belmas, M.Charzyńska-Gula „Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego”, Probl Hig Epidemiol 2015, 96(4): 757-762

²⁴ R. Kordek, *Onkologia, podręcznik dla studentów i lekarzy*, Gdańsk 2013

²⁵ M Krzakowski, A.. Kawecki, *Nowotwory złośliwe, postępowanie wielodyscyplinarne, tom I*, Lublin 2012

²⁶ M. Krzakowski, K. Warzocha, *Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych*, Gdańsk 2013,

²⁷ E. Senkus-Konefka, R. Zdrojowy, *Nowotwory układu moczowo-płciowego*, Gdańsk 2013

²⁸ A.Deluga, B.Ślusarska, E.Belmas, M.Charzyńska-Gula „Wiedza mężczyzn na temat czynników ryzyka raka gruczołu krokowego”, Probl Hig Epidemiol 2015, 96(4): 757-762

²⁹ Raport Prostate na lata, epidemiologia, profilaktyka i leczenie nowotworu gruczołu krokowego w Polsce , Warszawa 2013

³⁰ Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku, „Nowotwory złośliwe w województwie Pomorskim w 2011 roku”, Gdańsk 2013

³¹ Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 21.06.2016

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Ze względu na skalę rozpowszechnienia problemu istnieje potrzeba utworzenia programu, dzięki któremu mężczyźni po 50 roku życia mieliby możliwość i szanse wykonania bezpłatnych badań mających na celu wcześniejsze wykrycie nowotworu gruczołu krokowego. Na podstawie danych z 2010 roku wynika, iż na tle innych województw najgorzej sytuacja wygląda w województwie pomorskim. W Sopocie natomiast, w porównaniu do pozostałych głównych miast trójmiasta, dostrzegana jest największa liczba zgonów na raka prostaty (10,8% spośród pozostałych nowotworów złośliwych występujących u mężczyzn). Obserwuje się największą zachorowalność na nowotwór gruczołu krokowego, a zatem należy wszcząć odpowiednie kroki.^{33 34}

2. Cele programu

a) Cel główny

Głównym celem programu zdrowotnego jest zwiększenie wykrywalności nowotworu gruczołu krokowego u mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Miasta Sopotu, a tym samym wczesne wprowadzenie leczenia.

b) Cele szczegółowe:

- zwiększenie zgłaszalności mężczyzn do udziału w programach profilaktycznych w tym badań przesiewowych,
- obniżenie umieralności z powodu raka stercza,
- zwiększenie wykrywalności wczesnych przypadków raka prostaty,
- poprawa stanu zdrowia i świadomości zdrowotnej mieszkańców Sopotu,
- zwiększenie świadomości zdrowotnej mężczyzn poprzez edukację zdrowotną o objawach i profilaktyce dotyczącej raka stercza.

c) Oczekiwane efekty

Zwiększenie liczby przebadanych mężczyzn w kierunku raka prostaty.

d) Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

1. Liczba mężczyzn skierowanych do dalszej diagnostyki i leczenia.
2. Liczba mężczyzn, u których wykryto raka prostaty.

3. Adresaci programu(populacja programu)

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

³³ Raport Prostate na lata, epidemiologia, profilaktyka i leczenie nowotworu gruczołu krokowego w Polsce Warszawa, 2013

³⁴ Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku, „Nowotwory złośliwe w województwie Pomorskim w 2011 roku”, Gdańsk 2013

Gmina Miasta Sopotu planuje objąć programem około 100 mężczyzn rocznie. O przyjęciu do programu decydować będzie kolejność zgłaszania się.

Program jest skierowany do mężczyzn po 50 roku życia, zamieszkujących Gminę Miasta Sopot.

b) Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot będzie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie.

Placówka wybrana na zasadzie konkursu będzie zobowiązana użyć dostępnych środków informacyjnych w celu powiadomienia mieszkańców Sopotu o możliwości uczestnictwa w programie.

4. Organizacja programu

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
2. Reklama programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot oraz rozpowszechnienie informacji o programie kanałami informacyjnymi dostępnymi świadczeniodawcy.
3. Zakwalifikowanie uczestników do programu na podstawie ustalonych kryteriów poprzez wypełnienie ankiet: kwalifikującej oraz oceniającej obecny stan wiedzy na temat choroby.
4. Działania edukacyjno-informacyjne na temat raka prostaty.
5. Kompleks badań dla każdego z uczestników.
6. Odbiór wyników badań.
7. Ponowne wypełnienie ankiety oceniającej wiedzę oraz ankiety zadowolenia z udzielonych świadczeń.

b) Planowane interwencje

- działania edukacyjno-informacyjne podczas wizyty lekarskiej,
- badanie stercza per rectum jako podstawowe badanie, wykonywane przez lekarza specjalistę – urologa.
- wykonanie serii dodatkowych badań u pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej:
 - badanie antygenu sterczowego (PSA).
 - badanie ultrasonograficzne prostaty – TRUS
 - uroflometrię

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do programu zakwalifikowanych zostanie 150 osób. Pod uwagę zostaną wzięte następujące kryteria:

- płeć (mężczyzna),
- wiek powyżej 50 r.ż.

- miejsce zamieszkania (Gmina Miasta Sopot),
- ogólny, dobry stan zdrowia pozwalający na uczestnictwo w programie,
- brak stwierdzonej choroby gruczołu krokowego,
- rodzinne występowanie raka gruczołu krokowego.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszelkie świadczenia będą udzielane uczestnikom bezpłatnie, by móc wziąć udział w badaniach należy zgłosić się do placówki medycznej w wyznaczonym terminie.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program ma za zadanie zwiększyć dostępność do specjalistycznych badań w kierunku wykrycia raka gruczołu krokowego u mężczyzn po 50 roku życia bez konieczności okazania skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z NFZ.

Obecnie mieszkańcy Gminy Miasta Sopotu uczestniczący w programie mają możliwość korzystania ze świadczeń oferowanych w ramach ubezpieczenia w NFZ wyłącznie na podstawie wystawionego skierowania. Z Ogólnopolskiego Informatora NFZ wynika, iż obecnie na terenie Miasta Sopot znajduje się wyłącznie jedna poradnia urologiczna z kilkumiesięcznym okresem oczekiwania na wizytę.

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

Elementem kończącym udział w programie będzie przekazanie wyników badań. Uczestnicy zostaną również poproszeni o wypełnienie ankiety oceniającej realizację programu oraz ankiety oceniającej poziom wiedzy na temat objawów oraz czynników predysponujących do powstania raka prostaty. Wyniki zostaną zestawione i porównane z ankietą wypełnioną na początku trwania programu.

W przypadku zdiagnozowanego raka prostaty u uczestnika programu, zostanie on skierowany do dalszego leczenia w ramach NFZ.

g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpłyną:

- wysokie kompetencje realizatorów programu,
- wyspecjalizowana kadra pracownicza,
- przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji programu,
- ochrona danych osobowych beneficjentów programu.³⁵

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).

Bezpieczeństwo planowanych badań:

³⁵ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) zalicza dane o stanie zdrowia do tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), czyli szczególnie chronionych

³⁵Diabetologia Kliniczna 2015, tom 4, Suplement A Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Rozdział 5

1. **Badanie per rectum**– ma na celu określenie orientacyjnych wymiarów gruczołu krokowego i jego konsystencji oraz wykrycie ewentualnych zmian ogniskowych w zakresie torebki stercza wskazujących raka lub stan zapalny.³⁶ Jest względnie tanie i bezpieczne, wymaga dużego doświadczenia badającego.³⁷

2. **Oznaczanie stężenia PSA w surowicy** – jest to podstawowe badanie w różnicowaniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego z rakiem prostaty. Aby oznaczyć poziom

PSA w surowicy wystarczy pobrać niewielką ilość krwi żyłnej. Oznaczenie poziomu PSA trwa od kilka godzin do kilku dni. Nie jest wymagane jakiejkolwiek przygotowanie ze strony pacjenta. Jest to badanie względnie proste i mało kosztowne. Prawidłowe stężenie PSA w surowicy krwi wynosi od 0 do 4 ng/ml. Wartości powyżej górnej granicy lub wartości w granicach normy wymagają rozszerzenia diagnostyki.³⁸

Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych:

- Materiał pobierany do badań jest traktowany, jako zakaźny.
 - Sposób pobierania materiału do badań nie może zmieniać jego właściwości.
 - Laboratorium opracowuje, wdraża i stosuje procedury pobierania materiału do badań oraz udostępnia je zleceniodawcom, którzy potwierdzają zapoznanie się z tymi procedurami. Wszyscy zleceniodawcy pobierają materiał do badań laboratoryjnych zgodnie z tymi procedurami.³⁹
3. **Badanie ultrasonograficzne** – prawidłowo wykonana ultrasonografia jest bezpieczna. W badaniach dotyczących bezpieczeństwa ultrasonografu metodą metaanalizy kilku badań USG opublikowanych w 2000 roku nie stwierdzono istotnych statystycznie szkodliwych skutków USG.⁴⁰ Jest to metoda stosunkowo nieinwazyjna, jednak powinna być wykonywana przez doświadczonego specjalistę.⁴¹

h) **Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), który:

- prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,

³⁶ K.Pastewka, "Łagodny rozrost gruczołu krokowego", Postępy Nauk Medycznych s1/2014, s. 33-42

³⁷ K. Matuszewska, M.Matuszewski, J.Jassem, Rola badań przesiewowych w raku gruczołu krokowego, Współczesna Onkologia, 2003

³⁸ „PSA marker nowotworowy”, eUrologia.pl, www.eurologia.pl/g/383,psa-swoisty-antygen-sterczy

³⁹ Standardy jakości w zakresie czynności laboratoryjnej diagnostyki medycznej, w tym immunologii medycznej, oceny ich jakości i wartości diagnostycznej oraz laboratoryjnej interpretacji i autoryzacji wyniku badań, Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2009 roku.

⁴⁰ G. Chołubek, K. Wiktor, D. Robak-Chołubek, L. Putowski, H. Wiktor, "Ultradźwięki w położnictwie – bezpieczeństwo coraz większe?" 2012

⁴¹ Krajowy Rejestr Nowotworów [dokument elektroniczny], onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego

- posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem, w tym lekarza urologa,
- zapewnia inny personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,
- zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji badań opisanych w programie, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

i) Dowody skuteczności planowanych działań

Wyniki największego na świecie badania w kierunku skuteczności badań przesiewowych na raka prostaty, prowadzone przez osiem europejskich państw wykazały, że badanie PSA zmniejsza umieralność na ten nowotwór o 20% oraz zmniejsza również liczbę zgonów spowodowanych odległymi przerzutami.⁴²

Skuteczność leczenia raka prostaty, mierzona odsetkiem pięcioletniego przeżycia, wynosi obecnie w Polsce około 76% i jest o około 10 punktów procentowych wyższa w porównaniu do chorych, u których rak gruczołu krokowego został wykryty w latach 2000-2002.

Oznaczanie PSA zostało wprowadzone do praktyki klinicznej pod koniec lat 80 XX wieku i spowodowało przełom w wykrywaniu, ocenie stopnia zaawansowania i badaniach kontrolnych chorych na raka gruczołu krokowego. Upowszechnienie się tego markera stało się podstawą wprowadzenia do klasyfikacji TNM nowego stopnia zaawansowania – T1c, oznaczającego guzy bardzo wczesne, wykryte jedynie na podstawie podwyższonego stężenia PSA.

Badanie per rectum wymaga dużego doświadczenia badającego. Pozwala na wykrycie ok. 30–50 procent nowotworów, jednak na ogół o wyższym stopniu zaawansowania.

Większą wartość rozpoznawczą przekraczającą 60 procent, ma połączenie oznaczania stężenia PSA i badania per rectum. Badania wzajemnie się uzupełniają, a ich skojarzenie zwiększa czułość badania przesiewowego. Obecnie przyjmuje się, że zarówno w badaniach przesiewowych, jak i w badaniu chorych zgłaszających się z powodu objawów wykonuje się badanie per rectum i PSA, a w razie potrzeby biopsję pod kontrolą ultrasonografii.

Ultrasonografia jest badaniem dobrze obrazującym gruczoł krokowy, dającym informacje na temat lokalizacji i objętości ogniska, zaawansowania nowotworu czy też oceny przejścia procesu poza narząd. Dla zwiększenia czułości i swoistości badania wykorzystuje się techniki dopplerowskie i zaawansowaną obróbkę komputerową obrazu.^{43 44}

Z raportu „Prostata na lata 2013” wynika, iż niezwykle ważna jest również edukacja społeczeństwa z zakresu objawów raka gruczołu krokowego. Wpływa ona na wczesne

⁴² European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, „PSA screening cuts deaths by 20%, says world’s largest prostate cancer study”, **Stockholm, Sweden 2009**

⁴³ K. Matuszewska, M.Matuszewski, J.Jassem, Rola badań przesiewowych w raku gruczołu krokowego, Współczesna Onkologia, 2003

⁴⁴ R.Dadej, P.Cieslinski, Z.Kwias, Rak Stercza, Współczesna Onkologia, 2002

zgłaszanie się pacjentów do lekarza w sytuacji występowania któregośkolwiek z objawów nowotwór, co ma wpływ na zmniejszenie liczby zgonów na raka prostaty.⁴⁵

5. Koszty

a) Koszt jednostkowy

Średni, planowany koszt przeznaczony na jednego uczestnika wyniesie około 150 zł. Środki finansowe zostaną przeznaczone na :

- badania diagnostyczne,
- działania edukacyjne,
- koszty korespondencyjne

b) Koszt całkowity

Program zostanie w całości sfinansowany ze środków zabezpieczonych w budżecie miasta Sopot. Szacowany koszt realizacji programu to 20 000, 00 zł rocznie.

c) Źródła finansowania, partnerstwo

Program, w zakresie wskazanych zadań i kosztorysu, zostanie sfinansowany w całości ze środków Gminy Miasta Sopotu

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych środków jest optymalne

W celu wczesnego wykrycia nowotworu gruczołu krokowego lub stanu przedrakowego mogą posłużyć badania przesiewowe u mężczyzn po 50 roku życia, u których czas przeżycia naturalnego nie jest krótszy niż 10 lat. Aktualne rekomendacje większości towarzystw naukowych zalecają informowanie mężczyzn o możliwości oznaczenia stężenia PSA⁴⁶ i w związku z tym Miasto Sopot pragnie udostępnić te badania przynajmniej dla części mieszkańców, zwiększając w ten sposób świadomość istnienia problemu.

Ze względu na skalę rozpowszechnienia problemu istnieje potrzeba utworzenia programu, dzięki któremu mężczyźni po 50 roku życia mieliby możliwość wykonania bezpłatnych badań mających na celu wcześniejsze wykrycie nowotworu gruczołu krokowego. U mężczyzn po 50 roku życia zaleca się **coroczne oznaczanie PSA**.⁴⁷ Natomiast badanie stercza per rectum jest podstawowym badaniem, które powinno być wykonywane regularnie.

6. Monitorowanie i ewaluacja

a) Ocena zgłaszalności do programu

- Liczba mężczyzn, którzy zgłoszą się do udziału w programie.
- Liczba mężczyzn, którzy zostaną zakwalifikowani do programu.
- Liczba mężczyzn, którzy wezmą udział w pogadankach edukacyjnych.

b) Oceny jakości świadczeń w programie

⁴⁵ M. Krzakowski „Raport prostata na lata 2013”, Warszawa 2013

⁴⁶ Krajowy Rejestr Nowotworów [dokument elektroniczny] www.onkologia.org.pl/rak-gruczolu-krokowego

⁴⁷ „PSA marker nowotworowy”, eUrologia.pl

Wypełnienie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie oraz określającej poziom świadczonych usług.

c) Oceny efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu. Miarą efektywności programu będzie liczba pacjentów, u których został wykryty rak prostaty we wczesnej fazie oraz analiza ankiet przeprowadzonych na początku trwania programu oraz pod koniec. Porównanie wyników ankiet będzie miało na celu sprawdzić wzrost poziomu wiedzy na temat czynników ryzyka raka prostaty oraz objawów, po uczestnictwie w pogadankach edukacyjnych.

d) Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach programu.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach.

Załącznik nr 3 do Uchwały Nr

Rady Miasta Sopotu

z dnia

**Program polityki zdrowotnej
„Zapobieganie nowotworowi szyjki
macicy poprzez zastosowanie szczepień
przeciwko wirusowi HPV”**

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i
Taryfikacji nr 44/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

GMINA MIASTA SOPOTU

Program na lata 2018 - 2020

I. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Rak szyjki macicy jest pierwszym spośród nowotworów występujących u ludzi, którego czynniki ryzyka zidentyfikowano, jako konieczne do jego rozwoju. Są nimi wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV) o wysokim potencjale rakotwórczym, przenoszone drogą płciową i wywołujące przewlekłe zakażenie. Przetrwale infekcje typami tego wirusa o wysokim potencjale rakotwórczym odpowiadają za powstanie raka w nabłonku szyjki macicy, sromu i pochwy, a także odbytu i dolnego odcinka jelita grubego. Zakażenie HPV jest jedną z najczęstszych chorób przenoszonych drogą płciową. Częstość występowania zakażenia HPV jest największa u kobiet przed 20. rokiem życia i spada gwałtownie po 30. roku życia. Ma to związek z wiekiem inicjacji seksualnej oraz przemijającym charakterem infekcji u ponad 80% zakażonych. Istnieją dane wykazujące, że ponad połowa populacji aktywnej seksualnie jest narażona na ryzyko infekcji tym wirusem, co najmniej raz w życiu. W większości przypadków są to infekcje przemijające, lecz nie wywołują odporności na kolejne zakażenia nawet tym samym typem wirusa HPV. Zakażenie HPV stanowi najistotniejszy czynnik zachorowania na raka szyjki macicy. Głównym typem onkogennym wirusa jest typ HPV 16 (53% przypadków raka i nabłonkowej neoplazji — CIN1–CIN3). Drugim pod względem częstości wirusem onkogennym jest typ 18 (15% przypadków).

Do czynników ryzyka zakażenia HPV należą:

- wczesny wiek inicjacji seksualnej,
- liczba partnerów/partnerek seksualnych,
- seks analny,
- współistnienie innych zakażeń przenoszonych drogą płciową,
- palenie tytoniu,
- antykoncepcja hormonalna,
- osłabienie odporności (np. infekcja HIV czy leki zmniejszające odporność).⁴⁸

⁴⁸ Krajowy Rejestr Nowotworów- onkologia.org.pl

Tabela 4. Czynniki zwiększające ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy

Czynniki główne	Czynniki prawdopodobne
Zakażenie HPV	Wieloletnie stosowanie hormonalnych środków antykoncepcyjnych
Wczesne rozpoczęcie życia seksualnego	Niewłaściwa dieta (np. brak witaminy C)
Duża liczba partnerów seksualnych	Zakażenie wirusem HIV
Duża liczba porodów	Stany zapalne narządu płciowego przenoszone drogą płciową, inne niż HPV (np. chlamydia, rzesistek, wirus opryszczki HSV-2)
Palenie tytoniu	Stany obniżonej odporności — zakażenie wirusem HIV, immunosupresja w związku z przeszczepieniem narządu
Niski status socjoekonomiczny	
Stwierdzona wcześniej patologia w badaniu cytologicznym	
Partnerzy podwyższonego ryzyka (niemonogamiczni, z infekcją HPV)	

Tabela 1. Źródło: Zalecenia postępowania diagnostyczno- terapeutycznego w nowotworach złośliwych- 2013 r. - Nowotwory kobiecego układu płciowego.

b) Epidemiologia

Rak szyjki macicy jest obecnie trzecim pod względem częstości zachorowań nowotworem wśród kobiet na świecie. Ponad 85% nowych zachorowań dotyczy kobiet zamieszkałych w krajach rozwijających się, z czego w roku 2009 w Europie zarejestrowano ponad 54 tysiące. Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten nowotwór. Ma jednak jeden z najwyższych wskaźników zachorowalności i umieralności w Europie. Ostatnie lata wskazują na wzrost liczby zachorowań u kobiet młodszych (od 35. do 44. r.ż.). W Polsce notujemy również jeden z najniższych w Europie odsetek przeżyć 5-letnich, będący miarą wyleczalności tego raka. Odsetek ten wynosił 48,3% przy średniej europejskiej 62,1%.⁴⁹ Wyleczalność zależy przede wszystkim od stopnia zaawansowania raka szyjki macicy w chwili rozpoznania, typu budowy mikroskopowej, stopnia dojrzałości nowotworu, głębokości zajęcia tkanek macicy i obecności przerzutów do węzłów chłonnych.

Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce jest na średnim poziomie w stosunku do innych krajów na świecie. Współczynniki zachorowalności i umieralności związanej z rakiem szyjki macicy w Polsce obniżają się od lat 80. XX wieku. W 2011 roku stwierdzono 3078 zachorowań (standaryzowany współczynnik — 10,3/100 000) oraz 1735 zgonów (standaryzowany współczynnik — 5,1/100 000). Polska należy do krajów europejskich o jednym z najniższych odsetków 5-letnich przeżyć względnych w raku szyjki macicy (ok. 54% v. 67% dla Europy). Częstość zakażeń HPV w krajach o wysokiej zachorowalności na raka szyjki macicy mieści się w granicach 10–20%, a w krajach o niskiej zachorowalności wynosi 5–10%).⁵⁰

W roku 2011 w województwie pomorskim raka szyjki macicy rozpoznano u 248 kobiet w tym 106 przypadków zakończyło się zgonem. W roku 2011 w Mieście Sopot rak szyjki macicy stanowił 6,9% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe.⁵¹

⁴⁹ Krajowy Rejestr Nowotworów- onkologia.org.pl

⁵⁰ Kornafel J., Mądry R., „Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych — 2013 r.- Nowotwory kobiecego układu płciowego.”

⁵¹ Wojewodzkie Centrum Onkologii w Gdańsku- „Nowotwory złośliwe w województwie pomorskim w 2011 roku”

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

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2016 wynosiła 35 557 mieszkańców, w tym 16 257 mężczyzn i 19 300 kobiet.⁵² Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu to ok 120 dziewczynek rocznie – 1 rocznik w wieku 12 lat.

d) Obecne postępowanie

Obecnie w Polsce funkcjonuje Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Jest on realizowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Adresatkami są kobiety między 25, a 69 rokiem życia. Program przewiduje darmowe badanie cytologiczne wykonywane raz na trzy lata.⁵³

Według wytycznych WHO oraz wielu międzynarodowych i krajowych towarzystw naukowych (ginekologicznych, onkologicznych), optymalna profilaktyka raka szyjki macicy obejmuje zarówno profilaktykę pierwotną (doradztwo oraz szczepienia), w celu zapobiegania zakażeniom HPV, należącym do wysoce onkogennych typów, jak i profilaktykę wtórną (wczesne wykrywanie dysplazji i raka – przesiewowe badania cytologiczne) a także leczenie nieprawidłowości w obrębie błony śluzowej szyjki macicy. Warunkiem powodzenia realizacji programów profilaktycznych jest budowanie świadomości społeczeństwa w zakresie możliwości zapobiegania i wczesnego wykrywania oraz leczenia choroby.

W 2006 i 2007 roku European Medicines Evaluation Agency (EMA) zarejestrowała i dopuściła do stosowania w Europie (w tym w Polsce) dwie szczepionki przeznaczone do profilaktyki zmian przed nowotworowych szyjki macicy oraz raka szyjki macicy, związanych przyczynowo z zakażeniem HPV. Były to odpowiednio Silgard (firmy MSD) oraz Cervarix (firmy GSK). Kilkuletnie (od 3 do 6 lat) obserwacje w ramach badań klinicznych wskazują, że szczepienie pierwotne (3 dawki) zmniejsza ryzyko rozwoju stanu przedrakowego szyjki macicy, a szczepienie kobiet niezakażonych HPV jest 2–3-krotnie skuteczniejsze niż szczepienie przeciętnej populacji kobiet aktywnych seksualnie, w której znaczący odsetek już jest zakażony. Szczepienie chłopców i mężczyzn przeciwko HPV w celu wspomagania programów profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet nie jest obecnie zalecane, ze względu na brak danych z badań klinicznych potwierdzających skuteczność takiej profilaktyki.⁵⁴

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W etiologii raka szyjki macicy najważniejszą rolę odgrywa zakażenie HPV (wykrywany w niemal wszystkich przypadkach).⁵⁵

W roku 2011 w województwie pomorskim raka szyjki macicy rozpoznano u 248 kobiet w tym 106 zgonów. W roku 2011 w Mieście Sopot rak szyjki macicy stanowił 6,9% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe.⁵⁶

⁵² Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 21.06.2016

⁵³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych

⁵⁴ Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet-
Pediatria Polska, 2010.

⁵⁵ Krajowy Rejestr Nowotworów- onkologia.org.pl

⁵⁶ Wojewódzkie Centrum Onkologii w Gdańsku- „Nowotwory złośliwe w województwie pomorskim w 2011 roku”

II. Cele programu

1. Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy, sromu, pochwy oraz występowania brodawek płciowych poprzez szczepienia ochronne przeciwko wirusowi HPV oraz edukację zdrowotną, w określonej populacji mieszkańców Gminy Miasta Sopotu.

2. Cele szczegółowe

- a) zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wywołanym przez wirusy brodawczaka ludzkiego,
- b) upowszechnienie nawyku systematycznego wykonywania badań cytologicznych w kierunku wczesnego wykrywania raka szyjki macicy,
- c) zmniejszenie wskaźników zapadalności i umieralności na nowotwór narządów rodnych oraz występowania brodawek płciowych, poprzez szczepienia przeciwko HPV w Gminie Miasta Sopot,
- d) poprawa świadomości zdrowotnej wśród społeczności lokalnej.

3. Oczekiwane efekty

Wprowadzenie masowych szczepień będzie prowadziło do wyraźnego zmniejszenia występowania przed-nowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy. Naturalnym następstwem stanie się obniżenie wartości pozytywnej wyników badań cytologicznych, ponadto zmniejszona zostanie zachorowalność na raka szyjki macicy w perspektywie wieloletniej. Zwiększony zostanie poziom wiedzy rodziców i dziewczynek na temat ryzykownych zachowań oraz chorób przenoszonych drogą płciową. Zwiększy to poziom wiedzy dotyczący profilaktycznych badań okresowych.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- liczba dziewczynek biorących udział w programie,
- liczba dziewczynek, u których wykonano szczepienie,
- liczba dziewczynek, u których wykonano wszystkie etapy szczepienia.
- liczba dziewczynek u których nie wykonano szczepienia z powodu braku zgody rodzica / opiekuna prawnego.

III. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.

Adresatami programu są 12-letnie mieszkanki Sopotu wraz z rodzicami/opiekunami prawnymi. Do programu możliwe jest włączenie całego rocznika dziewczynek, tj. ok. 120 osób.

2. Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie. Placówka wyłoniona w konkursie zorganizowanym

przez Urząd Miasta Sopot będzie zobligowana do poinformowania mieszkanek Gminy Miasta Sopot o programie.

IV. Organizacja programu

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
2. Umieszczenie informacji dotyczących programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot.
3. Zakwalifikowanie uczestniczek do programu na podstawie ustalonych kryteriów poprzez wypełnienie ankiety.
4. Wytypowanie osoby mającej pełnić rolę koordynatora programu.
5. Przeprowadzenie ankiety dotyczącej wiedzy na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy.
6. Rozdanie zaproszeń (za pośrednictwem nauczycieli) na spotkania z lekarzem, w szkołach- podczas zebrań z rodzicami.
7. Przeprowadzenie akcji edukacyjnej dla dziewczynek i ich rodziców/opiekunów prawnych w formie wykładu oraz projekcja filmu na temat raka szyjki macicy, podczas umówionego spotkania z lekarzem. Rozdanie ulotek i materiałów edukacyjnych (w formie książeczek).
8. Rozdanie i zebranie podpisanych deklaracji dotyczących zgody na szczepienie dziecka.
9. Szczepienie dziewcząt:
 - zebranie wywiadu dotyczącego aktualnego stanu zdrowia,
 - wykonanie badania lekarskiego, kwalifikujące do szczepienia,
 - wykonanie szczepienia przez pielęgniarkę.
10. Wykonanie drugiego oraz trzeciego szczepienia w wyznaczonym terminie.
11. Zakończenie udziału w programie poprzez wypełnienie ankiety dotyczącej poziomu wiedzy na temat profilaktyki oraz czynników ryzyka raka szyjki macicy.
12. Wypełnienie ankiety dotyczącej poziomu zadowolenia ze świadczeń udzielonych w ramach programu.

2. Planowane interwencje

Planuje się przeprowadzenie akcji edukacyjnych dla rodziców i dziewczynek na temat profilaktyki raka szyjki macicy oraz przeprowadzenie szczepień w trzech etapach na wirusa HPV za pomocą szczepionki Ceravix lub Silgard, 4 walentnej, w trzech dawkach- według schematu szczepień, proponowanego przez producenta.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- płeć- kobieta,
- wiek- 12 lat,
- zamieszkanie na terenie Gminy Miasta Sopotu,
- brak przeciwwskazań zdrowotnych,
- brak wcześniejszego zaszczepienia.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Udział uczestników w programie- zarówno w pogadankach edukacyjnych na temat raka szyjki macicy, jak i zaszczepienie dziewczynek na wirus HPV jest całkowicie bezpłatne. Każdej z uczestniczek oraz jej rodzicom przysługuje udział w edukacji na temat czynników ryzyka raka szyjki macicy. Każdej z dziewczynek przysługuje szczepionka na wirus HPV podawana w trzech etapach.

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

Obecnie w Polsce szczepionki na wirus HPV nie są finansowane ze środków publicznych. Program ma za zadanie promować profilaktykę raka szyjki macicy.

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

Zakończenie udziału w programie, dla każdej uczestniczki, nastąpi po trzy-etapowym szczepieniu.

7. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

W badaniach klinicznych szczepionek przeciwko HPV najczęstszym działaniem niepożądanym, obserwowanym 10–30% częściej w grupie osób szczepionych przeciwko HPV w porównaniu z grupą kontrolną, były łagodne i przemijające miejscowe niepożądane odczyny poszczepienne (NOP): zaczerwienienie, ból, obrzęk. Miejscowe NOP, w tym silny ból w miejscu wstrzyknięcia, znamienne częściej występowały po szczepionce Cervarix niż Silgard.

W badaniach klinicznych po szczepionce Cervarix nieco częściej niż w grupie kontrolnej obserwowano również ból stawów i mięśni w ciągu kilku dni po szczepieniu. W żadnym przypadku objawy nie spowodowały jednak przerwania cyklu szczepienia. Monitorowanie ciężkich NOP po zastosowaniu szczepionki Cervarix w ramach badań klinicznych (ponad 37 000 zaszczepionych pacjentów i ponad 32 000 w grupie kontrolnej; okres obserwacji do 6,4 roku) wykazało, że ryzyko nowych zachorowań na choroby przewlekłe, w tym autoimmunizacyjne, po szczepieniu i w grupie kontrolnej się nie różni.

Monitorowanie bezpieczeństwa szczepionki Silgard podczas jej masowego stosowania w ramach powszechnych szczepień w USA (ponad 23 miliony dawek do końca 2008 r.) wykazało, że najczęściej występującym zdarzeniem niepożądanym po szczepieniu było omdlenie wazowagalne (8,2 przypadków/100 tys. dawek). Ponadto u niewielkiego odsetka zaszczepionych osób (<2 przypadki/100 tys. dawek) zarejestrowano obwodowe neuropatie/porażenia wiotkie (w tym zespół Guillaina-Barrégo), jednak ryzyko ich wystąpienia po szczepieniu było mniejsze niż w populacji ogólnej w danym wieku (odpowiednio: 0,3 vs 1,57/100 tys. osób rocznie).

Raport VAERS (Vaccine Adverse Events Reporting System) nie wykazał statystycznie istotnego związku pomiędzy ciężkimi zdarzeniami niepożądanymi a podaniem Silgardu. Raport bezpieczeństwa wydany w Wielkiej Brytanii przez MHRA (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency) informuje, że podanie 3,5 mln dawek szczepionki Cervarix w ramach Narodowego Programu Szczepień dziewcząt potwierdziło korzystny profil bezpieczeństwa tej interwencji. Bilans korzyści i ryzyka potencjalnych działań niepożądanych jest w przypadku obu szczepionek dodatni.

Szczepionki przeciwko wirusowi HPV są przeciwwskazane:

- w przypadku nadwrażliwości w stopniu anafilaksji uogólnionej (np. wstrząs anafilaktyczny lub objawy anafilaktyczne, z co najmniej 2 układów) na którykolwiek składnik preparatu,
- u osób, u których po podaniu poprzedniej dawki szczepionki wystąpiły objawy wskazujące na nadwrażliwość w stopniu anafilaksji uogólnionej (np. wstrząs anafilaktyczny lub objawy anafilaktyczne, z co najmniej 2 układów).⁵⁷

Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) zalicza dane o stanie zdrowia do tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), czyli szczególnie chronionych. Dane medyczne uczestniczek będą chronione zgodnie z obowiązującą ustawą.

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora.

8. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), który:

- prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
- posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem,
- zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,
- zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

9. Dowody skuteczności planowanych działań

Czterowalentna szczepionka przeciw HPV stosowana jest w zapobieganiu wystąpienia dysplazji szyjki macicy dużego i średniego stopnia (CIN2/3), rakowi szyjki macicy, zmian dysplastycznych sromu dużego i średniego stopnia (VIN 2/3) oraz brodawek zewnętrznych narządów płciowych (kłykciny kończyste) związanych najczęściej z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) typu 6, 11, 16, 18. Wskazanie oparto na wynikach badań skuteczności czterowalentnej szczepionki przeciw HPV 6, 11, 16, 18 wykazanej u młodych kobiet w wieku 16–26 lat, oraz immunogenności szczepionki wykazanej u dzieci i młodzieży w wieku 9–15 lat.. Na podstawie dostępnych danych można przyjąć, że szczepionka będzie chroniła także przed innymi zakażeniami (zarówno łagodnymi, jak i przednowotworowymi) związanymi z zakażeniami HPV 6, 11, 16, 18 (np. VaIN).⁵⁸

W 2010 r. w nr 4 „Pediatrii Polskiej” opublikowane zostały zalecenia⁵⁹ opracowane przez grupę ekspertów dotyczące szczepień ochronnych w kierunku wirusa HPV.

⁵⁷ „Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet”, Pediatria Polska, 2010.

⁵⁸ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV dotyczące stosowania czterowalentnej szczepionki profilaktycznej przeciw HPV typów 6, 11, 16, 18

⁵⁹ „Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet”, Pediatria Polska, 2010

Stosowanie szczepień ochronnych zalecają także instytucje międzynarodowe w tym WHO i European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) oraz polskie m.in.: Polskie Towarzystwo Pediatryczne, Polskie Towarzystwo Wakcynologii, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, rekomendując je, jako skuteczne działania w zakresie profilaktyki pierwotnej raka szyjki macicy.

Zaleca się rutynowe podawanie czterowalentnej szczepionki przeciw HPV dziewczętom w wieku 11–12 lat. Szczepienia mogą być wykonywane także u młodszych dziewcząt, począwszy od ukończenia przez nie 9. roku życia. Zalecane jest szczepienie dziewcząt i kobiet, które nie zostały poddane szczepieniom przeciw HPV uprzednio oraz tych, które nie zakończyły pełnego cyklu szczepień.

Najkorzystniejsze jest szczepienie kobiet przed potencjalną ekspozycją na zakażenie HPV, a więc przed inicjacją seksualną.⁶⁰

Wszystkie zalecenia podkreślają, że oprócz immunoprofilaktyki należy zapewnić powszechny i systematyczny udział kobiet w przesiewowych badaniach cytologicznych.

Najdłuższy okres obserwacji osób poddanych szczepieniom czterowalentną szczepionką przeciw HPV wynosi obecnie 5 lat. W tym okresie wykazano pełną skuteczność ochronną szczepionki. W celu uzyskania długotrwałego efektu ochronnego wskazane jest przyjęcie 3 dawek szczepionki.⁶¹

Wprowadzenie szczepień może doprowadzić do zmniejszenia śmiertelności z powodu raka szyjki macicy i jednocześnie zmniejszyć koszty medyczne i ekonomiczne związane z rozpoznawaniem i leczeniem. Zmniejszy poczucie zagrożenia chorobą nowotworową u kobiet dowiadujących się o nieprawidłowym wyniku badania cytologicznego i zredukuje liczbę dodatkowych badań diagnostycznych po stwierdzeniu nieprawidłowości w obrazie cytologicznym, a także zabiegów związanych z leczeniem zmian przedrakowych.

Ekonomiczne następstwa raka szyjki macicy są znaczne. Wynika to z dwóch faktów: wysokich kosztów diagnostyki, profilaktyki i leczenia raka szyjki macicy (tzw. koszty bezpośrednie) oraz związanych z tą chorobą strat, wynikłych z przedwczesnej śmiertelności i niesprawności kobiet (tzw. koszty pośrednie).

Tabela 2. JEDNOSTKOWE KOSZTY LECZENIA RAKA SZYJKI MACICY W POLSCE (W ZŁOTYCH).

Zabiegi	Stopień Ia Ib	Stopień Ib IIa	Stopień Ib IIb III
Leczenie operacyjne	6857,00	6857,00	–
Brachyterapia	3764,46	3764,46	3754,46
Napromieniowanie	–	11600,00	11600,00
Chemioterapia	–	–	1856,00
Kontrola onkologiczna	934,00	934,00	934,00
Razem	11 555,46	23155,46	18 144,46

Źródło: Dane Centrum Onkologii w Krakowie

⁶⁰ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV dotyczące stosowania czterowalentnej szczepionki profilaktycznej przeciw HPV typów 6, 11, 16, 18

⁶¹ Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV dotyczące stosowania czterowalentnej szczepionki profilaktycznej przeciw HPV typów 6, 11, 16, 18

W Stanach Zjednoczonych oszacowano, że odpowiadająca średnia liczba utraconych lat życia z powodu raka szyjki macicy wynosi 26 lat. Z tej przyczyny szacuje się, że koszty pośrednie raka szyjki macicy wielokrotnie przewyższają koszty bezpośrednie i należy je liczyć w miliardach USD.

Powyższe oszacowania potwierdzają, iż zapobieganie jest bardziej opłacalne niż leczenie, jednak potrzebne są dokładniejsze analizy, uwzględniające, co najmniej wszystkie koszty bezpośrednie i zestawiające wysokość ewentualnych nakładów z oczekiwanymi efektami zdrowotnymi.⁶²

V. Koszty

1. Koszty jednostkowe

Planowany koszt realizacji zadania wynosi:

- 207,00 złotych brutto za wykonanie pierwszego szczepienia u jednej dziewczynki
- 183,00 złotych brutto za wykonanie drugiego szczepienia u jednej dziewczynki
- 183,00 złotych brutto za wykonanie trzeciego szczepienia u jednej dziewczynki

Ogółem za 1 cykl szczepień jednej dziewczynki 573,00 złotych brutto.

W cenie całego cyklu szczepienia wliczona jest także edukacja dziewczynek oraz ich rodziców/opiekunów prawnych.

2. Planowane koszty całkowite

Szacowany koszt realizacji programu to 51 570 zł rocznie.

W ramach tej kwoty mają być wykonane wszystkie części organizacyjne Programu. Za realizację Programu będzie odpowiadała placówka medyczna wyłoniona w ogłoszonym przez Urząd Miasta Sopot konkursie.

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Program zostanie sfinansowany całkowicie z budżetu Gminy Miasta Sopotu

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

Udowodniono, że jednym z czynników wywołujących raka szyjki macicy jest ludzki wirus brodawczaka, szczególnie typy HPV 16 i 18, uznane przez Światową Organizację Zdrowia za czynniki rakotwórcze dla człowieka. Poprzez szczepienia ochronne przeciwko HPV można w perspektywie wieloletniej wpłynąć na zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów kobiet. Eksperti zalecają szczepienia profilaktyczne przeciwko ludzkiemu wirusowi brodawczaka jeszcze przed ekspozycją na zakażenie. Wszystkie zalecenia podkreślają, że oprócz immunoprofilaktyki należy zapewnić powszechny i systematyczny udział kobiet w przesiewowych badaniach cytologicznych.⁶³

⁶² Raport z sesji naukowej zorganizowanej przez Szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia” w Warszawie „Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce”, 9 października 2007 r.

⁶³ „Zalecenia grupy ekspertów dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet”, Pediatria Polska, 2010

VI. Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie monitorowana na podstawie list uczestnictwa.

W ramach monitorowania i ewaluacji programu zostaną określone następujące wskaźniki:

1. Populacja dziewcząt kwalifikujących się do szczepienia, zgodnie z przyjętymi kryteriami.
2. Liczba dziewczynek objętych programem, które otrzymały I, II i III dawkę szczepionki.
3. Liczba dziewczynek, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich.
4. Liczba dziewczynek, których rodzice nie wyrazili zgody na szczepienie.
5. Liczba spotkań edukacyjnych.
6. Liczba odbiorców edukacji zdrowotnej – dziewczynek i ich rodziców.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Każdy uczestnik programu tj. rodzic/opiekun prawny dziecka będzie poinformowany o możliwości zgłaszania uwag pisemnych do organizatora programu w zakresie jakości uzyskanych świadczeń. Przeprowadzona zostanie także ankieta dotycząca zadowolenia z udziału w Programie.

3. Ocena efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu.

Ocena efektywności programu dokonana zostanie na podstawie:

- poziomu frekwencji (efektywność programu szczepień przeciwko HPV zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej),
- w perspektywie wieloletniej analiza statystyczna zapadalności na raka szyjki macicy (statystyki Centrum Onkologii),
- analiza ankiet przeprowadzanych przed i po udziale w programie, sprawdzających wiedzę na temat profilaktyki oraz czynników ryzyka raka szyjki macicy.

4. Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach programu.

VII. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany przez trzy lata. Planuje się kontynuację programu w kolejnych latach, aby prowadzić systematyczną profilaktykę raka szyjki macicy w Gminie Miasta Sopot.

Program polityki zdrowotnej „Zapobieganie niepełnosprawności osób w podeszłym wieku”

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i
Taryfikacji nr 50/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

GMINA MIASTA SOPOTU

Program na lata 2018 – 2020

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Niepełnosprawność osób w podeszłym wieku to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka w wieku 60 lat i więcej^{64, 65}.

Niepełnosprawność w starszym wieku cechuje:

- wieloprzyczynowość - seniorzy borykają się na ogół z kilkoma schorzeniami jednocześnie

Są to m.in. następujące choroby:

- zespoły otępienne,
- zespoły zaburzeń świadomości — majaczenie, splątanie,
- zaburzenia zachowania,
- zespoły depresyjne i lękowe,
- zaburzenia stanu funkcjonalnego w zakresie czynności dnia codziennego,
- złożone problemy kardiologiczne u osób obarczonych wieloma chorobami,
- nietrzymanie moczu,
- upadki i zasłabnięcia,
- odleżyny,
- stany po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego (m.in. porażenie, niedowład, afazja),
- osteoporoza i osteomalacja,
- zmiany zwyrodnieniowe stawów,
- stany po złamaniach, w tym po złamaniu nasady bliższej kości udowej,
- przewlekła niewydolność oddechowa,
- zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego (m.in. dysfagia, biegunki, zaparcia),
- odwodnienie i dyselektrolitemie,
- narządowe następstwa tętniczej i żyłnej niewydolności naczyń,
- zaburzenia endokrynologiczne (m.in. cukrzyca, choroby tarczycy),
- zawroty głowy i zaburzenia równowagi,
- zespoły pozapiramidowe,
- zespoły z autoagresji,
- niedokrwistości,
- zaburzenia odżywiania (ilościowe i jakościowe),
- zmiany w obrębie jamy ustnej i uzębienia,
- geriatryczne zespoły jatrogenne,
- uszkodzenia narządów wzroku i słuchu,
- nowotwory^{66, 67}.

Według statystyk osoba starsza posiada prawie 4 chroniczne schorzenia. Ich następstwa oddziałują między sobą i pogłębiają stopień niesprawności danej osoby,

- złożoność - zmiany patologiczne nakładają się na naturalne dla tego wieku zmiany w sferze życia biologicznego, psychicznego i społecznego.^{68, 69}

⁶⁴ Kaczmarczyk M., Kozieł D., Trafiałek E.: Starość jednostkowa i demograficzna w zadaniach gerontologii i polityki społecznej. „Studia Medyczne” 2009, nr 15, s 61 – 67

⁶⁵ Sienkiewicz A., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. „Zdrowie Publiczne” 2011 nr 4, s. 412 – 416

⁶⁶ Derejczyk J. i In.: Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatra. „Gerontologia Polska” 2003 nr 3, s. 67 – 83

⁶⁷ Janiszewska M. i In.: Sytuacja zdrowotna osób starszych w Polsce i innych krajach europejskich. „Medycyna ogólna i nauki o zdrowiu” 2011 nr 2, s. 90 - 95

Należy zwrócić uwagę na to, że niepełnosprawności osób starszych można zapobiegać. Możliwe jest poprawienie stanu zdrowia seniorów poprzez wdrożenie odpowiednich działań, których podstawowym celem jest osiągnięcie maksymalnego poziomu niezależności i jakości życia^{70,71}. Możliwe jest zestarzenie się w warunkach zdrowia.⁷² Nadrzędnym celem powinno być dodawanie życia do lat, które zostały dodane do życia.⁷³

b. Epidemiologia

Zgodnie z Narodowym Spisem Powszechnym z 2002 roku, w Polsce było 5,5 mln osób niepełnosprawnych, a 40,3% z nich to osoby w wieku 60 lat i więcej. Udział osób niepełnosprawnych wśród seniorów rósł od 34,6% wśród seniorów w wieku 60–64 lat do 48,9% wśród osób w wieku 80 lat i więcej.⁷⁴

Praktycznie każdy senior jest zagrożony niepełnosprawnością (jedna osoba starsza cierpi średnio na prawie 4 chroniczne choroby).⁷⁵ Biorąc pod uwagę prognozy, że w najbliższych 20 latach odsetek osób starszych w Polsce ulegnie podwojeniu do 24%, a ludzie starsi stanowią będą w 2030 roku populację 8,5 – milionową problem niepełnosprawności tej grupy ludności jest jednym z najważniejszych problemów współczesnej cywilizacji.⁷⁶

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

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2016 wynosiła 35 557 mieszkańców, w tym 16 257 mężczyzn i 19 300 kobiet. Populacja kwalifikująca się do włączenia do programu wynosi 6340 osób po 70 r.ż.⁷⁷

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

W ramach NFZ, starszymi, niepełnosprawnymi osobami zajmuje się w pierwszej kolejności lekarz POZ, który w razie potrzeby kieruje pacjenta do lekarza specjalisty lub wydaje skierowanie na rehabilitację/ leczenie uzdrowiskowe itd.⁷⁸

⁶⁸ Kędziora – Kornatowska K., Kornatowski T., Zielińska – Więczkowska H.: Starość jako wyzwanie. „Gerontologia Polska” 2008, nr 3, s. 131 – 136

⁶⁹ Kilian M.: Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku [W] „Starzenie się z godnością” Pod red. K. Janowskiego. Lublin : Wydawnictwo KUL 2011, s. 367 – 381

⁷⁰ Rzecznik Praw Obywatelskich.: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje. [online] 2012.

⁷¹ Sienkiewicz A., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. „Zdrowie Publiczne” 2011 nr 4, s. 412 – 416

⁷² Stogowski A., Wieczorkowska – Tobis K.: Związek starzenia z niepełnosprawnością. „Gerontologia Polska” 2014 nr 3, s. 156 – 160

⁷³ Sienkiewicz A., Szymańska J.: Niepełnosprawność – terminologia i klasyfikacja. „Zdrowie Publiczne” 2011 nr 4, s. 412 – 416

⁷⁴ Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce [online] 2012

⁷⁵ Kilian M.: Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku [W] „Starzenie się z godnością” Pod red. K. Janowskiego. Lublin : Wydawnictwo KUL 2011, s. 367 – 381

⁷⁶ Rzecznik Praw Obywatelskich.: Strategie działania w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje, 2012

⁷⁷ Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 21.06.2016

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Niepełnosprawność osób starszych po 70 roku życia jest jednym z najpoważniejszych problemów w Polsce. Dotyka on prawie każdego seniora i ma tendencję wzrostową (zwłaszcza, że populacja Polaków starzeje się w szybkim tempie).^{79 80}

Skutków nieleczenia tego schorzenia jest wiele - są to dolegliwości związane ze wszystkimi aspektami życia człowieka:

- fizjologicznym,
- psychologicznym,
- społecznym.

Niepełnosprawność może w znacznym stopniu obniżać jakość życia chorego, którego stan w miarę upływu czasu będzie się pogarszał.

Wdrożenie odpowiednich działań umożliwi „zatrzymanie procesu chorobowego” lub też całkowite go wyeliminowanie.

Realizacja programu daje szansę na:

1. Zwiększenie stopnia samodzielności w zakresie wykonywania osobistych czynności dnia codziennego.
2. Zwiększenie jakości życia.

2. Cele programu

a. Cel główny

Zapewnienie dostępu do zabiegów rehabilitacyjnych pozwalających na dłuższe utrzymanie sprawności i poprawa jakości życia dla osób po 70 roku życia w Gminie Miasta Sopot.

b. Cele szczegółowe

- Identyfikacja problemów zdrowotnych beneficjentów programu.
- Podjęcie odpowiednich działań, z zakresu rehabilitacji, mających na celu polepszyć stan zdrowotny osoby starszej.
- Podniesienie świadomości uczestników na temat walki z niepełnosprawnością.

c. Oczekiwane efekty

Poprawa stanu psychofizycznego uczestników programu.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

- Porównanie wyników badań lekarskich uczestników przed i po udziale w programie.
- Porównanie wyników z ankiety badającej stan psychofizyczny, przed i po udziale w programie.

3. Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

⁷⁸ Załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

⁷⁹ Kilian M.: Rehabilitacja wobec potrzeb osób w starszym wieku [W] „Starzenie się z godnością” Pod red. K. Janowskiego. Lublin : Wydawnictwo KUL 2011, s. 367 – 381

⁸⁰ Instytut Pracy i Spraw Socjalnych.: Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce [online] 2012

Adresatami programu są mieszkańcy Sopotu w wieku powyżej 70 r.ż. Gmina Miasta Sopotu planuje objąć programem około 200 osób spośród 6340 mieszkańców po 70 r.ż.⁸¹ O przyjęciu do programu decydować będzie kolejność zgłaszania się. Pierwszeństwo w udziale mają osoby które nigdy nie korzystały z programu. W programie uczestniczyć mogą osoby, które w ubiegłym roku nie korzystały z programu.

b. Tryb zapraszania do programu

Na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot zostanie umieszczona informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie. Placówka wyłoniona w konkursie zorganizowanym przez Urząd Miasta Sopot będzie zobligowana do poinformowania mieszkańców Gminy Miasta Sopotu o programie.

4. Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
2. Umieszczenie informacji dotyczących programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopotu.
4. Zakwalifikowanie uczestników do programu na podstawie ustalonych kryteriów oraz wypełnienie ankiety oceniającej stan psychofizyczny każdego z uczestników.
6. Zorganizowanie turnusów rehabilitacyjnych.
7. Przeprowadzenie anonimowych ankiet wśród beneficjentów programu dotyczących zadowolenia z programu.
8. Zakończenie turnusów rehabilitacyjnych.

b. Planowane interwencje

- W trakcie turnusu rehabilitacyjnego każdy pacjent będzie codziennie poddawany badaniu lekarskiemu.
- Dla każdego uczestnika zostanie opracowany indywidualny program rehabilitacyjny (obejmujący zabiegi fizjoterapeutyczne, gimnastykę oddechową na tężni, oraz gimnastykę usprawniającą obiady, w ramach codziennych pobytów w placówce).
- Rehabilitacja będzie odbywała się w postaci 10 dniowych turnusów rehabilitacyjnych, w trybie dziennym od 9.00 do 15.00.
- Dla każdego pacjenta prowadzona będzie dokumentacja medyczna.
- Podczas pobytu w sanatorium pacjentami będzie opiekować się wykwalifikowana pielęgniarka.
- W trakcie pobytu organizowane będą pogadanki, wykłady, filmy edukacyjne nt schorzeń wieku podeszłego.
- Pacjentom zapewniony będzie obiad w ramach kosztów placówki medycznej.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

- wiek- powyżej 70 r.ż,

⁸¹ Urząd Miasta Sopotu, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 21.06.2016

- zamieszkanie na terenie Gminy Miasta Sopotu,
- brak przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w turnusie rehabilitacyjnym.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wzięcie udziału w programie dla każdej z zakwalifikowanych uczestników jest bezpłatne. Uczestnicy będą zobowiązani do uczestnictwa w każdym z etapów programu.

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

Działania podjęte w ramach programu mają zwiększyć dostępność różnych form opieki zdrowotnej (podstawowa opieka zdrowotna, opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, lecznictwo uzdrowiskowe), skrócić czas oczekiwania na dane świadczenia oraz poszerzyć jej zakres dla osób starszych.

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

Program umożliwi beneficjentom skorzystanie z turnusów rehabilitacyjnych. Dzięki kompleksowej rehabilitacji (indywidualnie dopasowanej do potrzeb danej osoby) seniorzy będą mogli utrzymać bądź poprawić swoją sprawność fizyczną, w tym zdolność do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi. Program dla uczestnika kończy się wzięciem udziału w 10 dniach turnusu.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Przed rozpoczęciem procesu rehabilitacji ruchowej osób starszych powinno nastąpić dokładne określenie stanu układu krążenia, układu oddechowego, zmian w obrębie narządu ruchu, ocena możliwości komunikowania się z otoczeniem oraz stan psychiczny danej osoby. Ogólny stan pacjenta można ocenić za pomocą różnych testów oceniających. Testy te mogą służyć ocenie równowagi ciała, ryzyka upadków, chodu czy zdolności do wykonywania prostych czynności. Na tej podstawie określa się cel terapii ruchowej oraz indywidualny plan rehabilitacyjny. Podczas procesu usprawniania należy cały czas monitorować stan osoby starszej, a w razie jakichkolwiek niekorzystnych zmian-modyfikować.⁸²

Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpływają:

- wysokie kompetencje realizatorów programu,
- wyspecjalizowana kadra z przynajmniej rocznym doświadczeniem (w pracy związanej z rehabilitacją osób starszych),
- stosowanie kart badań lekarskich,
- indywidualne dobranie zabiegów dla danej osoby,
- przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji programu,
- ochrona danych osobowych beneficjentów programu.

⁸² Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W. „Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych”, Nowiny Lekarskie, 2013.

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).

h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu

Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016r. poz. 1638), który:

- prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
- posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem,
- zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,
- zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji, zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszelkie działania zaplanowane w programie zawarte są w Ustawie o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych z dnia 28 lipca 2005 r.⁸³

Rehabilitacja geriatryczna powinna być prowadzona wielopłaszczyznowo. Oznacza to, że przede wszystkim powinna skupiać się na rehabilitacji głównego problemu osoby starszej, np. na złamaniu szyjki kości udowej. W pierwszej fazie priorytetem powinno być jak najszybsze przywrócenie sprawności w zakresie podstawowych czynności życiowych, a następnie przywracanie sprawności w zakresie bardziej złożonych czynności. Obecnie coraz popularniejsze stają się ćwiczenia dla seniorów, które zawierają elementy jogi, gimnastyki czy tańca. Gimnastyka stanowi jedną z najbardziej wszechstronnych form ćwiczeń. W zależności od możliwości i potrzeb pacjenta może przyczynić się do poprawy gibkości i równowagi ciała. W jej zakres wchodzi także ćwiczenia wzmacniające kości u pacjentów z osteoporozą czy np. ćwiczenia mięśni dna miednicy u kobiet z nietrzymaniem moczu. Ostatnio nastąpił wzrost zainteresowania ćwiczeniami, które oddziałują na zasadzie umysł – ciało.

Rehabilitacja ruchowa seniorów powinna skupiać się na 3 podstawowych rodzajach ćwiczeń, do których zalicza się ćwiczenia aerobowe (wytrzymałościowe), siłowe oraz rozciągające. Trening siłowy może w znacznym stopniu spowolnić tempo utraty masy i siły mięśni, należy jednak pamiętać, że na pewno nie zatrzyma tego procesu, który postępuje zgodnie z wiekiem. W związku z tym, często wykorzystywany jest w utrzymywaniu wysokiej sprawności w zdrowej populacji osób starszych. Trening polega na wykonywaniu ruchu przeciwko oporowi, który wywierany jest przez przeciwdziałającą siłę.

Udowodniono, że w przypadku osób starszych już jeden trening w ciągu tygodnia może przynieść korzyści. Dla seniorów zalecane są sesje treningowe składające się z 8 rodzajów ćwiczeń, które oddziałują na najważniejsze z punktu widzenia funkcjonalności grupy mięśniowe. Zalicza się do nich mięśnie ramion, barków, nóg, ud oraz kręgosłupa. Celem treningu wytrzymałościowego jest zwiększanie zdolności do wykonywania długotrwałych wysiłków dynamicznych. Intensywność treningu powinna być cały czas monitorowana za pomocą pomiaru częstości skurczów serca.

⁸³ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych

Trening wytrzymałościowy może być prowadzony codziennie w przypadku osób zdrowych, z kolei u osób o obniżonej wydolności fizycznej nie częściej, niż co drugi dzień. Ogólnodostępne rekomendacje zalecają, jako optymalny trening wytrzymałościowy, ćwiczenia 2 razy w tygodniu po 30 minut. **Bardzo szybko dostrzegalne są jego korzyści, w tym poprawa stanu psychicznego seniora, objawiająca się wzrostem samooceny czy poprawą zdolności poznawczych.** W wyniku regularnego treningu wytrzymałościowego następuje zmniejszenie odczuwania zmęczenia, poprawia się stabilność metaboliczna mięśni, wzrasta także siła i masa mięśniowa. Niewątpliwie trening ten przyczynia się do poprawy jakości życia osób w starszym wieku.

Należy również pamiętać, aby właściwe ćwiczenia poprzedzić zawsze rozgrzewką, która w przypadku osób starszych powinna być dłuższa i bardziej stopniowana.⁸⁴

iv. Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego (jeżeli są dostępne)

- „Opieka geriatryczna skierowana na poprawę sprawności osób starszych przewlekle chorych” miasto Jaworzno
 - zakłada zabiegi kinezyterapii, fizykoterapii i zabiegi dotyczące poprawy stanu funkcjonalnego pacjenta,
 - program jednoroczny.
- „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów, mieszkańców miasta Częstochowy 2013 - 2017”
 - zakłada kinezyterapię i fizykoterapię,
 - program trwa dwa lata.

Wymienione wyżej programy otrzymały pozytywną opinię AOTMiT

4. Koszty

a. Koszty jednostkowe

Planowany, średni koszt na jednego uczestnika to około 350 zł. W skład kosztów wlicza się:

- zabiegi wykonywane przez fizjoterapeutę,
- konsultacja lekarska,
- opieka pielęgniarki,
- wynagrodzenie koordynatora,
- zapewnienie obiadu podczas każdego dnia turnusu.

b. Planowane koszty całkowite

Szacowany koszt realizacji programu to 80 000 zł rocznie.

⁸⁴ Jajor J., Nonn-Wasztan S., Rostkowska E., Samborski W. „Specyfika rehabilitacji ruchowej osób starszych”, Nowiny Lekarskie, 2013.

W ramach tej kwoty mają być wykonane wszystkie części organizacyjne Programu. Za realizację Programu będzie odpowiadała placówka medyczna wyłoniona w ogłoszonym konkursie.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program będzie finansowany w całości z budżetu Gminy Miasta Sopotu.

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

Samorząd Gminy Miasta Sopotu podejmując decyzję o finansowaniu tego programu polityki zdrowotnej kierował się przede wszystkim faktem, że niepełnosprawność osób starszych jest narastającym problemem zdrowotnym i dotyczy w znacznym stopniu także mieszkańców Sopotu.

Realizacja ww. programu pozwoli seniorom skorzystać z kompleksowej opieki zdrowotnej (badanie lekarskie, indywidualnie dobrana rehabilitacja). Program umożliwi utrzymanie bądź poprawę sprawności fizycznej, w tym zdolności do samodzielnego i bezpiecznego poruszania się i samoobsługi.

6. Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

- liczba osób zgłoszonych do udziału w programie,
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie,
- liczba osób obecnych na poszczególnych zabiegach.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

- ankieta dotycząca zadowolenia z udziału w programie wykonywana po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego

c. Ocena efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu.

Ocena efektywności zostanie dokonana poprzez :

- analizę wyników badań lekarskich uczestników przed i po udziale w turnusie rehabilitacyjnym,
- analizę ankiet dotyczących stanu psychofizycznego uczestników przed i po udziale w programie.

d. Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach programu.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany przez trzy lata z możliwością jego kontynuacji.

Załącznik nr 5 do Uchwały Nr

Rady Miasta Sopotu

z dnia

Program polityki zdrowotnej „Edukacja w cukrzycy”

**Pozytywna Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i
Taryfikacji nr 41/2017 z dnia 9 marca 2017 r.**

GMINA MIASTA SOPOTU

Program na lata 2018 – 2020

1. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, która polega na niewystarczającej produkcji insuliny przez trzustkę. Prowadzi to do nagromadzenia glukozy we krwi (hiperglikemii). Wyróżniamy dwa typy cukrzycy: typ 1 oraz typ 2. Program ten skierowany jest do osób z rozpoznaną cukrzycą typu 2, która polega na nieefektywnym wykorzystaniu wyprodukowanej insuliny przez ciało, co spowodowane jest nadmiarem masy ciała oraz małą aktywnością fizyczną.⁸⁵ Szybkie tempo rozpowszechniania się tej choroby jest niepokojące. Światowa Organizacja Zdrowia uznaje cukrzycę jako jedno z największych zagrożeń XXI wieku.⁸⁶

b) Epidemiologia

Obecnie na świecie obserwuje się niekorzystną tendencję wzrostu zachorowań na cukrzycę. Już ponad 371 milionów ludzi cierpi na świecie z powodu tej choroby. Według danych Międzynarodowej Federacji Cukrzycy (IDF) większość regionów notuje systematyczny wzrost zachorowań. W 1980 roku liczba osób z cukrzycą na świecie wynosiła 153 mln.⁸⁷ W

⁸⁵ World Health Organization- www.who.int

⁸⁶ Prof. dr hab. Krzysztof Strojek "Raport. Cukrzyca, ukryta pandemia 2014", Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Śląskie Centrum Chorób Serca, 2014

⁸⁷ A.Cichocka, Cukrzyca typu 2 Cz. I. Epidemiologia naszych czasów, Żywność-Żywnienie czerwiec 2013 tom 67

roku 2008 liczba osób chorych na cukrzycę wynosiła 347 mln. Szacowany jest dalszy wzrost liczby diabetyków do 552 mln w 2030 roku. Według danych IDF z powodu cukrzycy umiera rocznie około 5 mln osób z ogólnej populacji na świecie.

W Polsce żyje ponad 3mln osób dotkniętych cukrzycą, z czego ponad milion niezdiagnozowanych. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, śmiertelność z powodu cukrzycy typu 2 w Polsce wynosi 15 na 100 tys. osób. Odniesienie tych danych do łącznej liczby ludności w Polsce, prowadzi do niepokojącego wniosku, że powikłania cukrzycy odpowiedzialne są za około 4 tysiące zgonów rocznie. Cukrzycę ma aż 20 procent Polaków po 70 roku życia.⁸⁸ W Polsce odsetek chorych w dorosłej populacji wynosi 8 % i jest wyższy niż europejska średnia (7,3%).⁸⁹

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

Liczba ludności w mieście Sopot na rok 2016 wynosiła 35 557 mieszkańców, w tym 16 257 mężczyzn i 19 300 kobiet.⁹⁰ Szacunkowa liczba dorosłych chorych na cukrzycę typu 2 w Sopocie, kwalifikująca się do włączenia do programu to 2500 osób.

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

W ramach Narodowego Funduszu Zdrowia pacjenci z rozpoznaną cukrzycą typu 2 mają zapewnioną darmową opiekę lekarza diabetologa w poradniach diabetologicznych.⁹¹ W mieście Sopot funkcjonuje obecnie jedna poradnia diabetologiczna posiadające kontrakt z NFZ. Oferuje ona między innymi edukację indywidualną oraz profilaktykę cukrzycową.⁹²

e) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Cukrzyca jest poważnym i rozległym problemem, który systematycznie się zwiększa i jej powikłania mają charakter postępujący i nieodwracalny, co stwarza duże zagrożenie dla pacjenta. Cukrzyca znajduje się w grupie pierwszych dziesięciu przyczyn niepełnosprawności ludzi na całym świecie. Nie tylko obniża jakość życia, powoduje kalectwo, niezdolność do pracy, ale też często stwarza poważne zagrożenie życia.⁹³

Celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą (*self-management training*) oraz w modyfikacji stylu życia, ze względu na zalecany sposób

⁸⁸ Prof. dr hab. Krzysztof Strojek "Raport. Cukrzyca, ukryta pandemia 2014", Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometaabolicznych Śląskie Centrum Chorób Serca, 2014

⁸⁹ Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, „Światowy Dzień Zdrowia – Cukrzyca 2016, informacje z konferencji”

⁹⁰ Urząd Miasta Sopot, Statystyka mieszkańców według płci i wieku, 21.06.2016

⁹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z dnia 2 grudnia 2013 r.)

⁹² Ogólnopolski Informator Narodowego Funduszu Zdrowia o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, informacja na dzień 27 czerwca 2016

⁹³ „Niebieska księga cukrzycy” : Koalicja na Rzecz Walki z Cukrzycą, 2013

odżywiania oraz aktywność fizyczną. W cukrzycy typu 2 szczególne znaczenie ma zagadnienie otyłości.⁹⁴

Systematyczna edukacja dietetyczna pozwoli na porównywalne zbilansowanie diety oraz uzyskanie dobrego wyrównania metabolicznego osób z cukrzycą typu 2.⁹⁵

Cukrzyca stanowi istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Eksperti Banku Światowego zwracają uwagę na to, że cukrzyca stanowi istotny problem z punktu widzenia zdrowia publicznego i niesie ze sobą duże obciążenie finansowe dla państwa. Natomiast poprzez wdrożenie odpowiednich działań, w tym programów zdrowotnych można ograniczyć koszty związane z tym schorzeniem.⁹⁶

2. Cele programu

a) Cel główny

Głównym celem programu zdrowotnego jest zwiększenie umiejętności radzenia sobie z cukrzycą typu 2 wśród chorych - mieszkańców Gminy Miasta Sopotu.

b) Cele szczegółowe

- Uświadomienie roli samokontroli w radzeniu sobie z cukrzycą i nauczanie beneficjentów samokontroli w cukrzycy.
- Uświadomienie roli zdrowego odżywiania się w profilaktyce cukrzycy i nauczanie jak układać plan żywieniowy.
- Uświadomienie roli aktywności fizycznej w profilaktyce cukrzycy i pomoc w odpowiednim doborze aktywności fizycznej dla danej osoby.

c) Oczekiwane efekty

Zwiększenie poziomu umiejętności radzenia sobie z chorobą i jakości życia u chorych z cukrzycą typu drugiego.

d) Mierniki efektywności odpowiadające celom program

- Wyniki ankiet oceniających wiedzę uczestników na temat cukrzycy przed i po udziale w programie.

3. Adresaci programu(populacja programu)

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program jest skierowany do mieszkańców Sopotu. Programem zostaną objęci pacjenci Poradni Cukrzycowej dla dorosłych. Z programu korzystać mogą również rodziny lub opiekunowie. Szczególną edukację należy skierować do osób nowozapisanych do poradni , po rozpoznaniu poziomu ich wiedzy. Gmina Miasta Sopotu planuje objąć programem około 230 osób rocznie. O przyjęciu do programu decydować będzie kolejność zgłaszania się.

⁹⁴ Polskie Towarzystwo Diabetologiczne, Diabetologia kliniczna, Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2014

⁹⁵ M. Kmiecik, M. Jasik, E. Wójcik-Sosnowska, W. Karnafel, Analiza zastosowanej farmakoterapii cukrzycy typu 2 w warunkach ambulatoryjnej opieki diabetologicznej.

⁹⁶ Prof. dr hab. Krzysztof Strojek "Raport. Cukrzyca, ukryta pandemia 2014", Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Schorzeń Kardiometabolicznych Śląskie Centrum Chorób Serca, 2014

b) Tryb zapraszania do programu

Informacja o rozpoczęciu oraz zasadach uczestnictwa w Programie będzie umieszczona na stronie internetowej Gminy Miasta Sopot. Placówka medyczna, wybrana na zasadzie konkursu do przeprowadzenia programu, będzie zobowiązana do rozpowszechnienia informacji o programie dostępnymi sobie kanałami informacyjnymi wśród mieszkańców Sopotu.

4. Organizacja programu

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

8. Rozstrzygnięcie konkursu na placówkę medyczną, która zobowiąże się do przeprowadzenia programu.
9. Reklama programu na stronie internetowej Gminy Miasta Sopotu oraz rozpowszechnienie informacji o programie dostępnymi kanałami informacyjnymi wśród mieszkańców Gminy Miasta Sopot.
10. Kwalifikacja uczestników programu na podstawie ustalonych kryteriów poprzez wypełnienie ankiet: kwalifikującej oraz oceniającej obecny stan wiedzy na temat choroby.
11. Działania edukacyjne.
12. Zakończenie programu. Ponowne wypełnienie ankiety oceniającej wiedzę oraz ankiety zadowolenia z udzielonych świadczeń.

b) Planowane interwencje

W ramach zadań programu przeprowadzane będą:

- pogadanki oraz instruktarze indywidualne prowadzone przez edukatorów
- prezentacje filmów wideo o tematyce zgodnej z celem programu,
- edukacja z użyciem broszur, instrukcji, ulotek wraz z możliwością wypożyczenia do domu literatury fachowej,

Podczas pogadarek poruszane będą zagadnienia dotyczące cukrzycy, a w szczególności:

- rola diety,
- nauka układania jadłospisu, obliczania wymienników węglowodanowych,
- postawa życiowa w cukrzycy,
- działanie insuliny,
- samodzielne podawanie insuliny,
- nauka obsługi glukometru, pena,
- zapobieganie hipo i hiperglikemii,
- powikłania w cukrzycy,
- samokontrola, samoopieka w cukrzycy.

c) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnicy muszą spełnić następujące kryteria:

- stwierdzona cukrzyca typu 2,
- niedostateczny poziom umiejętności kontrolowania cukrzycy,
- mieszkańcy Gminy Miasta Sopotu,
- możliwość uczestnictwa w planowanych działaniach edukacyjnych.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Wszelkie świadczenia będą udzielane uczestnikom bezpłatnie, by móc wziąć udział w programie należy zgłosić się do placówki przeprowadzającej program w wyznaczonym terminie.

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Program ma za zadanie zwiększyć dostępność do specjalistycznej opieki dla osób chorych na cukrzycę typu 2. Chorzy uczestniczący w programie korzystają ze świadczeń oferowanych w ramach ubezpieczenia w NFZ.

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

Program dla uczestnika kończy się po odbyciu zajęć edukacyjnych oraz po wypełnieniu ankiety oceniającej wiedzę uczestników na temat zagadnień poruszanych na zajęciach. Wyniki zostaną zestawione i porównane z ankietą wypełnioną na etapie kwalifikacji do programu.

g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpłyną:

- wysokie kompetencje realizatorów programu,
- wyspecjalizowana kadra pracownicza,
- przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji programu,
- ochrona danych osobowych beneficjentów programu.⁹⁷

Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał comiesięczny raport z zakresu realizacji programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane z wszelkimi aspektami realizacji programu).

h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Współczesna opieka diabetologiczna wymaga właściwych kompetencji personelu lekarskiego, pielęgniarek prowadzących edukację oraz edukatorów i dietetyków. Opieka powinna być skoncentrowana na pacjencie uwzględnieniem jego indywidualnej sytuacji, potrzeb i preferencji. Konieczne jest także współdziałanie specjalistów z pokrewnych dziedzin ze względu na multidyscyplinarny charakter późnych powikłań cukrzycy i schorzeń

⁹⁷ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.) zalicza dane o stanie zdrowia do tzw. danych wrażliwych (sensytywnych), czyli szczególnie chronionych

współistniejących.⁹⁸ Niezbędnym warunkiem do przeprowadzenia programu będzie współpraca z placówką medyczną posiadającą poradnię dietetyczną na terenie Sopotu. Realizatorem programu, wyłonionym w drodze procedury konkursowej może być podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), który:

- prowadzi działalność leczniczą na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- prowadzi działalność na podstawie wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej,
- posiada uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym zadaniem, zapewnia personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zadania oraz spełniający wymagania zdrowotne określone w przepisach prawa,
- zapewnia aparaturę i sprzęt medyczny oraz pomieszczenia niezbędne do realizacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.

i) Dowody skuteczności planowanych działań

Bieżące monitorowanie i retrospektywna ocena glikemii są integralną częścią poprawnego leczenia cukrzycy. Właściwe prowadzenie samokontroli glikemii wymaga systematycznej edukacji pacjenta w tym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem kontroli umiejętności posługiwania się glukometrem oraz interpretacji wyników samokontroli, czyli wykorzystywania ich do codziennej modyfikacji diety, wysiłku fizycznego i dawki stosowanych leków.

Edukacja jest stałym, integralnym i niezbędnym składnikiem postępowania terapeutycznego w cukrzycy w trakcie każdej wizyty lekarskiej. Ponadto powinna być realizowana w ustrukturuowany sposób, obejmując edukację w okresie rozpoczynania terapii, a następnie reedukację, na podstawie corocznej oceny potrzeb szkoleniowych pacjenta bądź na jego prośbę. Celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą (*self-management training*) oraz w modyfikacji stylu życia, ze względu na zalecany sposób odżywiania oraz aktywność fizyczną. Udokumentowano skuteczność programów samodzielnego postępowania. Aktywnie angażują one uczestników w proces uczenia, dostosowując treści formę do indywidualnej sytuacji i osobistych doświadczeń uczestników szkolenia oraz motywują ich do stawiania sobie osobistych celów behawioralnych dotyczących leczenia. Zalecane jest równoległe prowadzenie zindywidualizowanej edukacji oraz tworzenie grupowych programów edukacyjnych. Edukację powinny prowadzić odpowiednio przeszkolone osoby (lekarze, edukatorzy diabetologiczni, pielęgniarki, dietetycy). W edukacji powinni brać również udział członkowie zespołu terapeutycznego, reprezentujący różne zawody medyczne. Potrzebne są programy edukacyjne dla osób, u których stwierdzono cukrzycę, oraz reedukacyjne dla pacjentów chorujących od dłuższego czasu. Przydatne jest proponowanie edukacji ich rodzinom i bliskim.⁹⁹

5. Koszty

⁹⁸Diabetologia Kliniczna 2015, tom 4, Suplement A Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego Rozdział 5

⁹⁹Diabetologia Kliniczna 2015, tom 4, Suplement A Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

a) Koszt jednostkowy

Średni, planowany koszt na jednego pacjenta to około 30zł rocznie (w skład kosztów wchodzi działania edukacyjne dla uczestników oraz wynagrodzenie dla koordynatora programu).

b) Koszt całkowity

Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 20 000 zł rocznie. Środki finansowe zostaną przeznaczone na objęcie programem około 233 osób w skali jednego roku. Placówka niezbędna do przeprowadzenia programu zostanie wybrana na zasadzie konkursu.

c) Źródła finansowania, partnerstwo

Program, w zakresie wskazanych zadań zostanie sfinansowany całkowicie ze środków Gminy Miasta Sopotu

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych środków jest optymalne.

Celem edukacji pacjenta jest wspieranie go w samodzielnym postępowaniu z cukrzycą (*self-management training*) oraz w modyfikacji stylu życia, ze względu na zalecany sposób odżywiania oraz aktywność fizyczną. Udokumentowano skuteczność programów samodzielnego postępowania. Aktywnie angażują one uczestników w proces uczenia, dostosowując treść i formę do indywidualnej sytuacji i osobistych doświadczeń uczestników szkolenia oraz motywują ich do stawiania sobie osobistych celów behawioralnych dotyczących leczenia. Zalecane jest równoległe prowadzenie zindywidualizowanej edukacji oraz tworzenie grupowych programów edukacyjnych.¹⁰⁰

6. Monitoring i ewaluacja

a) Ocena zgłaszalności do programu

- Liczba osób, które zgłosiły się do programu.
- Liczba osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w programie.
- Liczba osób, które wzięły udział w pogadankach na temat cukrzycy.
- Liczba osób, które wzięły udział w prezentacji filmów wideo o tematyce cukrzycy.
- Liczba osób, które wzięły udział w instruktarzach indywidualnych związanych z cukrzycą.
- Liczba osób, które wypożyczyły fachową literaturę na temat cukrzycy.
- Liczba rozdanych broszur, instrukcji i ulotek na temat cukrzycy.

b) Ocena jakości świadczeń w programie

¹⁰⁰Diabetologia Kliniczna 2015, tom 4, Suplement A Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2015 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego

Wypełnienie ankiety oceniającej zadowolenie z uczestnictwa w programie.

c) Ocena efektywności programu

Ewaluacja będzie polegała na dokonaniu corocznego raportu na temat efektów i przebiegu programu.

Miarą efektywności programu będzie analiza i porównanie wyników tych samych ankiet, przeprowadzonych wśród uczestników programu na początku trwania programu oraz pod koniec. Ankieta będzie miała na celu sprawdzić poziom wiedzy uczestników na temat cukrzycy.

d) Ocena trwałości efektów programu

Trwałym efektem programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatorów programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach programu.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany przez okres trzech lat z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach.