

RADA MIEJSKA
w Jelczu-Laskowicach
ul. Witosa 24
tel./fax 381 71 31

UCHWAŁA Nr XXXVIII.282.2013
Rady Miejskiej w Jelczu – Laskowicach
z dnia 05 września 2013r.

w sprawie : przyjęcia Programu promocji zdrowia, zwalczania niepełnosprawności oraz chorób cywilizacyjnych w mieście i gminie Jelcz-Laskowice w latach 2013 – 2015.

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (tekst jednolity Dz.U. z 2013 roku poz. 594 z późn.zm) i art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art.48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 , poz. 2135 z późn.zm.) Rada Miejska uchwała co następuje :

§ 1

Uchwala się Program promocji zdrowia, zwalczania niepełnosprawności oraz chorób cywilizacyjnych w mieście i gminie Jelcz-Laskowice w latach 2013 – 2015 , stanowiący załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Jelcza – Laskowic.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Henryk Koch

Program promocji zdrowia, zwalczania niepełnosprawności oraz chorób cywilizacyjnych w mieście i gminie Jelcz-Laskowice

Czas trwania programu: 2013-2015

1. Opis problemu zdrowotnego.

a. Problem zdrowotny.

Światowa Organizacja Zdrowia za niepełnosprawne uważa osoby o naruszonej sprawności funkcjonalnej lub aktywności życiowej w stopniu utrudniającym wypełnianie normalnych czynności charakterystycznych dla danej osoby, płci i wieku.

Kolejnym aspektem utraty zdrowia jest upośledzenie, będące następstwem uszkodzenia i niepełnosprawności, objawiające się niekorzystną sytuacją społeczną, która uniemożliwia lub ogranicza wypełnianie ról oraz realizację własnych zadań związanych z wiekiem, płcią, wyuczonym lub wykonywanym zawodem oraz spędzaniem czasu wolnego.

Problemy osób niepełnosprawnych w systemie polityki społecznej państwa nabierają szczególnego znaczenia, w związku z obserwowanym wzrostem liczby tych osób. Zmniejszenie umieralności niemowląt, wzrost liczby chorób cywilizacyjnych (choroby układu krążenia, cukrzyca, osteoporoza i inne), dewastacja środowiska naturalnego oraz coraz wyższa skuteczność w ratowaniu i przedłużaniu życia powodują, że liczba osób niepełnosprawnych zwiększa się.

Pojęcie niepełnosprawności jest ściśle powiązane z chorobami przewlekłymi. W populacji polskiej niepełnosprawni stanowili w 2011 roku ok. 3,4 mln osób tj. 10,6% społeczeństwa. Wg danych Głównego Urzędu Statystycznego najczęstszymi przyczynami doprowadzającymi do niepełnosprawności zarówno w mieście jak i na wsi są przewlekłe choroby układu krążenia oraz choroby narządu ruchu.

Spośród chorób układu krążenia przeważa u mężczyzn choroba niedokrwienna serca (36%), a u kobiet nadciśnienie tętnicze (32%). Kolejne przyczyny to powikłania chorób naczyniowych z utrwalonym deficytem neurologicznym stanowiące około 6% przyczyn niepełnosprawności – częstsze u mężczyzn (7%) niż u kobiet (5%). Niepełnosprawność ta ma zwykle charakter trwały i powoduje całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnego życia.

Wśród chorób narządu ruchu u mężczyzn przeważają choroby kręgosłupa (choroby kręzka międzykręgowego i zmiany zwyrodnieniowe), u kobiet częściej występują zmiany zwyrodnieniowe stawów obwodowych.

Kolejną przyczynę niepełnosprawności stanowią przewlekłe choroby ośrodkowego układu nerwowego, stwardnienie rozsiane (0,7%), dystrofie mięśniowe (0,6%) i choroba Parkinsona (0,4%).[1]

Choroby układu sercowo-naczyniowego (ch.s.-n.) były bezpośrednią przyczyną ponad 4 mln zgonów w Europie w okolicach roku 2000 (1,9 mln w państwach Unii Europejskiej), co stanowiło 43% zgonów wśród mężczyzn oraz 55% wśród kobiet [2,3]. Około 2002 r. ch.s.-n. były także najczęściej stawianym rozpoznaniem przy wypisie ze szpitala, ze średnią częstością wynoszącą 2557 na 100 tys. osób. Spośród tej liczby 695 przypadków na 100 tys. osób było spowodowanych choroby niedokrwiennej serca (ch.n.s.), 375 na 100 tys. udarem, zaś ponad połowę stanowiły inne postacie

przewlekłej choroby serca. W 2003 r. w krajach Unii Europejskiej całkowite szacunkowe koszty wynikające z ch.s.-n wyniosły 168 757 mln euro [4].

W krajach Europy Zachodniej od lat 70. całkowita śmiertelność z powodu ch.s.-n. stale spada zarówno w średnim jak i starszym przedziale wiekowym [5]. Tendencja spadkowa w Europie Środkowo-Wschodniej rozpoczęła się dopiero w ostatnich latach, a wartości pozostają wysokie. Nadal istnieje prawie 10-krotna różnica w śmiertelności mężczyzn w wieku 35–74 lat z powodu CHD pomiędzy Europą Wschodnią i Francją i aż 6-krotna różnica śmiertelności z powodu udaru mózgu. Spadek śmiertelności z powodu CVD jest związany ze zmianami zachowań wśród szerokich grup społeczeństwa w zakresie odżywiania i palenia tytoniu zarówno w Europie Wschodniej, jak i Zachodniej.

Rada UE ds. zatrudnienia, polityki socjalnej, zdrowia i spraw konsumenckich w czerwcu 2007r., a także Deklaracja Luksemburska z 29 czerwca 2005 r., będąca owocem Konferencji na rzecz Zdrowego Serca, zdefiniowały niezbędne działania dla osiągnięcia zdrowego układu sercowo-naczyniowego. Działania te dotyczą zwalczania czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i są nimi:

- unikanie palenia tytoniu,
- odpowiednia aktywność fizyczna,
- zdrowe nawyki żywieniowe,
- unikanie nadwagi,
- ciśnienie tętnicze <140/90 mmHg,
- stężenie cholesterolu całkowitego poniżej 5 mmol/l (ok. 200 mg/dl).[2]

Rehabilitacja jest integralną częścią medycyny i trudno obecnie wskazać podstawową czy szczegółową specjalność medyczną, w której nie jest ona niezbędna. Powinna być ona wprowadzana w okresie ostrym choroby, często prawie jednocześnie z diagnostyką, a zawsze równolegle z farmakoterapią.

Stałymi elementami kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej są:

- ocena klinicznego stanu chorego,
- optymalizacja leczenia farmakologicznego,
- rehabilitacja fizyczna – stopniowe i kontrolowane dawkowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego,
- rehabilitacja psycho-społeczna – celem opanowania sytuacji stresorodnych, stanów emocjonalnych – lęku i/lub depresji, akceptacji ograniczeń wynikających z następstw choroby,
- diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca,
- modyfikacja stylu życia,
- edukacja pacjentów i ich rodzin,
- monitorowanie efektów kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.

Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna powoduje korzystne efekty w postaci:

- modyfikacji czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca,
- zwiększenie aktywności fizycznej,
- zaprzestanie palenia tytoniu,
- obniżenie ciśnienia tętniczego,
- zmniejszenie ciężaru ciała,
- korzystna korekta profilu lipidowego,
- korzystna korekta metabolizmu węglowodanów,
- zmniejszenie insulinooporności,
- poprawy funkcji śródbłonna,
- zahamowania rozwoju a nawet regresji miażdżycy i jej klinicznych konsekwencji,
- poprawy wydolności układu krążeniowo-oddechowego,
- poprawy wydolności narządu ruchu,



- poprawy sprawności psycho-fizycznej,
- mobilizacji pacjenta do współpracy w procesie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. [6]

b. Epidemiologia.

Minister zdrowia w przytoczonym powyżej rozporządzeniu określił następujące priorytety zdrowotne wśród których znalazły się między innymi działania, które znalazły się w propozycji programu zdrowotnego w mieście i gminie Jelcz-Laskowice.

Należą do nich przede wszystkim zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu oraz przewlekłych chorób układu oddechowego. Kolejnymi elementami programu zgodnymi z wyznaczonymi priorytetami to zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych oraz ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem alkoholu, używaniem substancji psychoaktywnych oraz paleniem tytoniu, które obok takich priorytetów jak zwalczanie występowaniu otyłości i cukrzycy należą do głównych czynników ryzyka sercowo naczyniowego, a dwa ostatnie są również komponentami zespołu metabolicznego.

Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia, będzie również eksponowane w opisywanym programie.

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

Wśród osób zagrożonych chorobami układu krążenia –przyjmując grupę wiekową 40 lat i więcej – znajdowało się w roku 2001 około 34% populacji gminy. Biorąc pod uwagę niewielkie zmiany w liczbie ludności zamieszkującej obszar gminy należy założyć, iż w dniu dzisiejszym procent populacji zagrożonej chorobami układu krążenia jest zbliżony do roku 2001. W 2002 roku w powiecie olawskim ogółem leczeniu z tytułu chorób układu krążenia poddanych zostało 4 549 osób, w tym 179 osób z powodu choroby reumatycznej, 2820 osób z powodu choroby naciśnieniowej, 533 osób z powodu choroby naczyń mózgowych i 963 osób z powodu choroby niedokrwiennej serca z tego 336 po przebytych zawałach mięśnia sercowego. Ponadto 919 osób jest leczonych z powodu cukrzycy, będącej jednym z najistotniejszych czynników ryzyka zawału serca i udaru mózgu. Mieszkańcy Gminy Jelcz-Laskowice stanowią ok. 30% populacji powiatu olawskiego. Na podstawie przedstawionych powyżej danych statystycznych można przyjąć, iż problem chorób układu krążenia bezpośrednio dotyczy przeszło 1 500 mieszkańców Gminy Jelcz-Laskowice.

W dotychczasowych badaniach czynników ryzyka sercowo-naczyniowych przeprowadzonych na terenie Gminy Jelcz-Laskowice w latach 2006-2009, wzięło udział ok. 2000 osób co stanowi ok.20% populacji powyżej 35 r.ż. Wykazano w nich średnie występowanie zespołu metabolicznego o odpowiednio u kobiet i mężczyzn u 38,97% i 38,35% wg NCEP-ATP III oraz 43,87% i 49,92% wg IDF. Następstwem opisywanego zespołu jest 2-3 krotne zwiększenie częstości występowania chorób sercowo-naczyniowych i cukrzycy typu II. [7-10]

W przeprowadzonych dotychczas badaniach dotyczących występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci zamieszkujących miasto i gminę Jelcz-Laskowice, na 800 przebadanych dzieci w klasach I, III i VI stwierdzono występowanie tych patologii u 20% spośród nich. Szczególnie niekorzystnym zjawiskiem jest fakt, iż w omawianej grupie u przeszło 60% występowała otyłość, a u prawie 40% nadwaga. [11]

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



Dominująca część świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych dokonywana jest poprzez Narodowy Fundusz Zdrowia. W latach 2008-2011 nakłady na opiekę zdrowotną zwiększyły się w kraju i regionie o 13,7%. Niestety wzrost nakładów na rehabilitację medyczną nie odpowiada wzrastającemu zapotrzebowaniu na tą grupę procedur medycznych i wyniósł w tym czasie 11,4%. W tak małej gminie jak Jelcz-Laskowice nie jest możliwe podpisanie umowy z NFZ z zakresu specjalistycznej rehabilitacji kardiologicznej (m.in. zbyt wygórowane wymagania sprzętowe w stosunku do potencjalnej populacji beneficjentów poddawanych tym procedurom).

Jeszcze gorzej przedstawia się finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które wzrosło w latach 2008-2011 zaledwie o 6,6%.[12] Nie pozwala to na objęcie populacji Gminy Jelcz-Laskowice opieką kardiologiczną i neurologiczną, nie wspominając o prewencji pierwotnej, analizie czynników ryzyka oraz rehabilitacji pacjentów z tymi schorzeniami. Równie niewystarczająca jest także dostępność świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej. Nie pozwala ona prowadzić edukacji pacjentów ze schizofrenią paranoidalną na poziomie odpowiadającym współczesnym standardom.

Przeprowadzane w ubiegłych latach programy zdrowotne finansowane przez samorząd Jelcza-Laskowice pozwoliły na identyfikację czynników ryzyka sercowo-naczyniowego u ok.20% populacji mieszkańców gminy powyżej 35 r.ż..Ponadto badając uczniów szkół podstawowych wykazano 20% występowanie nadwagi i otyłości, z przewagą tej ostatniej patologii [7-11]. Programy zdrowotne przeprowadzane w ubiegłych latach nie dotyczyły jedynie prewencji pierwotnej. W ramach prewencji wtórnej chorób sercowo-naczyniowych prowadzono kompleksową rehabilitację kardiologiczną, rehabilitację neurologiczną chorych cierpiących na schorzenia neurologiczne (gl. po przebytych udarze mózgu) oraz dzieci i młodzieży z nadwagą, otyłością i skoliozą. Natomiast pacjenci ze schizofrenią paranoidalną zostali objęci programem edukacyjnym.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.

Najistotniejszym argumentem przemawiającym za wdrożeniem programu jest sytuacja zdrowotna populacji miasta i gminy Jelcz-Laskowice. W czasie realizacji programów zdrowotnych finansowanych przez samorząd zidentyfikowano populację wymagającą nie tylko działań z zakresu prewencji, ale także wtórnej. W dotychczasowych badaniach przeprowadzonych w populacji ok. 2000 osób częstość występowania zespołu metabolicznego wynosiła od 21,4% u kobiet z wyższym wykształceniem do 56,4% z podstawowym (u mężczyzn od 34,9% do 47,6%) wg NCEP-ATP III. Są to wyniki bardziej niepokojące niż badania przeprowadzone w populacji innych polskich miast. Tym bardziej, że potwierdzono dodatnią korelację pomiędzy częstością występowania zespołu metabolicznego z podwyższonym 10 letnim ryzykiem sercowo-naczyniowym mierzonym za pomocą systemu SCORE w populacji mieszkańców miasta i gminy Jelcz-Laskowice. Środki finansowe przeznaczone na profilaktykę przez NFZ nie pozwalają na objęcie skutecznymi działaniami prewencyjnymi zagrożonej populacji. Nie pozwalają również na stosowanie prewencji wtórnej w takim zakresie, aby można było oczekiwać wyników w postaci zmniejszenia częstości występowania zawałów mięśnia sercowego, udarów mózgu lub zgonów z powodów sercowo-naczyniowych. Umowa z NFZ nie zapewnia też możliwości realizacji specjalistycznej rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej.[7-10]

2. Cele programu.

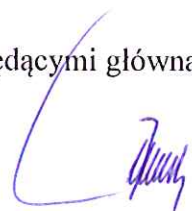
a. Cel główny.

Celem programu jest zapobieganie wystąpienia niepełnosprawności, prewencja schorzeń cywilizacyjnych oraz edukacja zdrowotna odpowiadająca standardom współczesnej wiedzy medycznej wśród mieszkańców miasta i gminy Jelcz-Laskowice.

b. Cele szczegółowe.

Szczegółowe cele tego działania to:

1. Identyfikacja chorych zagrożonych schorzeniami sercowo-naczyniowymi – będącymi główną



- przyczyną śmiertelności w populacji regionu.
2. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna chorych ze schorzeniami sercowo- naczyniowymi (III etap).
 3. Ambulatoryjna rehabilitacja chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego.
 4. Identyfikacja i rehabilitacja dzieci i młodzieży zagrożonych nadwagą i otyłością.
 5. Edukacja, diagnostyka i terapia chorych ze schizofrenią paranoidalną.

c. Oczekiwane efekty.

1. Zmniejszenie śmiertelności sercowo-naczyniowej oraz wystąpienia dużych zdarzeń sercowo – naczyniowych, liczby hospitalizacji z tych przyczyn jak również podjęcie pogłębionej diagnostyki w poradni kardiologicznej.
2. Zmniejszenie śmiertelności oraz poprawa wydolności fizycznej i jakości życia związanej ze zdrowiem u chorych poddanych kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej.
3. Poprawa jakości życia związana ze zdrowiem u chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego poddawanych rehabilitacji.
4. Zmniejszenie częstości występowania nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży.
5. Poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem oraz zmniejszenie liczby pora specjalistycznych u chorych ze schizofrenią paranoidalną.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.

Miernikami efektywności programu będzie osiągnięcie celów prewencji chorób sercowo-naczyniowych do których należą:

1. Wsparcie osób z grupy niskiego ryzyka w utrzymaniu tego statusu w ciągu całego życia oraz pomoc tym, u których ryzyko jest najwyższe, w jego redukcji.
2. Osiągnięcie następujących cech przez osoby dążące do utrzymania zdrowia:
 - 2.1. niepalenie tytoniu,
 - 2.2. zdrowe nawyki żywieniowe,
 - 2.3. aktywność fizyczna: 30 min umiarkowanej aktywności fizycznej dziennie,
 - 2.4. BMI <25 kg/m² oraz unikanie otyłości centralnej,
 - 2.5. Ciśnienie tętnicze <140/90 mmHg,
 - 2.6. cholesterol całkowity <5 mmol/l (≈190 mg/dl),
 - 2.7. cholesterol LDL <3 mmol/l (≈115 mg/dl),
 - 2.8. stężenia glukozy we krwi <6 mmol/l (≈110 mg/dl).
3. Uzyskanie bardziej rygorystycznej kontroli czynników ryzyka u osób z grupy wysokiego ryzyka, zwłaszcza z ustaloną ch.n.-s. lub cukrzycą:
 - 3.1. Ciśnienie tętnicze <130/80 mmHg, jeżeli to możliwe,
 - 3.2. cholesterol całkowity <4,5 mmol/l (≈175 mg/dl), opcjonalnie <4 mmol/l (≈155 mg/dl),
 - 3.3. cholesterol LDL <2,5 mmol/l (≈100 mg/dl), opcjonalnie <2 mmol/l (≈80 mg/dl),
 - 3.4. stężenie glukozy na czczo we krwi <6 mmol/l (≈110 mg/dl) oraz HbA1c <6,5%. [2]

3. Adresaci programu (populacja programu).

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

W badaniach czynników ryzyka sercowo-naczyniowego przeprowadzonych wśród mieszkańców miasta i gminy Jelcz-Laskowice w poprzednich latach wzięło udział ok.2000 osób w wieku powyżej 35 r.z, co stanowi ok. 20% populacji gminy. Obecny program skierowany będzie zarówno do nowych osób, jak również istotne będzie przebadanie pacjentów, którzy partycypowali we wcześniejszych programach. Pozwoli to na zweryfikowanie skuteczności działań podejmowanych wcześniej. Szacowana wielkość populacji biorącej udział w programie – 500 osób.

Do rehabilitacji kardiologicznej kwalifikowani będą pacjenci znajdujący się pod kontrolą poradni kardiologicznej, zakwalifikowani do III etapu rehabilitacji. Szacowana wielkość populacji biorącej udział w programie – 30 osób.

W rehabilitacji neurologicznej wezmą udział pacjenci po przebytych udarach mózgowym oraz chorzy z innymi przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego odnoszącymi korzyści z kinezyterapii (stwardnienie rozsiane, parkinsonizm). Pacjenci zostaną zakwalifikowani przez specjalistę neurologa. Szacowana wielkość populacji biorącej udział w programie – 40 osób.

Dzieci szkolne z nadwagą i otyłością zostaną zakwalifikowane do kinezyterapii przez pielęgniarki szkolne. Szacowana wielkość populacji biorącej udział w programie – 60 osób.

Pacjenci leczeni w poradni zdrowia psychicznego cierpiący na schizofrenię paranoidalną zostaną zakwalifikowani do programu edukacyjnego przez lekarza psychiatrę. Szacowana wielkość populacji biorącej udział w programie – 30 osób.

b. Tryb zapraszania do programu.

W części dotyczącej oceny czynników ryzyka sercowo-naczyniowych pacjenci będą włączani do programu po wcześniejszym zaproszeniu na badania, zamieszczonym w lokalnej prasie.

Do rehabilitacji kardiologicznej będą kwalifikowani pacjenci leczeni w poradni kardiologicznej z przeprowadzoną wcześniej diagnostyką echokardiograficzną, holterowską oraz elektrokardiograficzną próbą wysiłkową.

Do rehabilitacji chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego będą kwalifikowani uprzednio zdiagnozowani pacjenci poradni neurologicznej. Spośród nich dominującą grupę stanowić będą osoby z chorobą naczyniową mózgu.

Do rehabilitacji dzieci z nadwagą, otyłością będą kwalifikowani uczniowie szkół podstawowych miasta i gminy Jelcz-Laskowice na podstawie wyników badań okresowych.

Do programu edukacyjnego przeznaczonych dla chorych ze schizofrenią paranoidalną kwalifikowani będą zdiagnozowani pacjenci poradni zdrowia psychicznego.

4. Organizacja programu.

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne.

W części dotyczącej oceny czynników ryzyka sercowo-naczyniowych pacjenci będą poddawani badaniu podmiotowemu rozszerzonemu o ankietę dotyczącą czynników ryzyka sercowo-naczyniowych, ponadto przeprowadzone będzie badanie przedmiotowe z trzykrotnym pomiarem ciśnienia tętniczego. Badania zostaną przeprowadzone przez lekarza kardiologa. Ponadto zostaną wykonane badania laboratoryjne - lipidogram oraz stężenie glukozy. Zostanie określone ryzyko sercowo-naczyniowe w systemie SCORE.

W trakcie rehabilitacji kardiologicznej na początku zostanie przeprowadzona elektrokardiograficzna próba wysiłkowa. Następnie 2-3 razy w tygodniu trening na cykloergometrze rowerowym, a po 3 miesiącach ponownie elektrokardiograficzna próba wysiłkowa. Próby wysiłkowe przeprowadzi kardiolog z pielęgniarką, wyznaczy rodzaj treningu, które będą nadzorować fizjoterapeuci.

W ramach rehabilitacji neurologicznej wykonywana będzie kinezyterapia, fizykoterapia i/lub masaż. Pacjenci będą kwalifikowani przez specjalistę neurologa, który również wyznaczy program rehabilitacji.

W części dotyczącej rehabilitacji dzieci z nadwagą i otyłością, prowadzona będzie kinezyterapia oraz edukacja dzieci i ich rodziców dotycząca zasad prawidłowego żywienia oraz właściwej aktywności fizycznej. W procesie kwalifikacji dzieci oraz ich rehabilitacji będą brały udział pielęgniarki, fizjoterapeuci oraz lekarze pediatrzy.

Program edukacyjny przeznaczony dla chorych ze schizofrenią paranoidalną będzie prowadzony przez lekarzy psychiatrów.

b. Planowane interwencje.

W poszczególnych częściach składowych programu planowane interwencje będą polegały na promowaniu czynników wpływających na redukcję ryzyka sercowo naczyniowego. Należą do nich

promowanie aktywności fizycznej aktywności istotnej zarówno w prewencji pierwotnej i wtórnej takich czynników ryzyka jak nadwaga, otyłość, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca i zespół metaboliczny. Zwiększenie aktywności fizycznej będzie pożądaną interwencją terapeutyczną w grupach osób u których będą identyfikowane czynniki ryzyka, u pacjentów poddawanych rehabilitacji kardiologicznej, u pacjentów poddawanych rehabilitacji neurologicznej oraz u dzieci i młodzieży poddawanych kinezyterapii z powodu nadwagi i otyłości.

W tych samych grupach pacjentów i ze względu na redukcję powyżej wymienionych czynników ryzyka sercowo-naczyniowego prowadzone będą interwencje mające na celu modyfikację sposobu żywienia. Edukacja w tym zakresie będzie dotyczyła zarówno liczby kcal jak również jakości spożywanego pożywienia (m.in. dieta ubogocholesterolowa).

W grupie pacjentów ze schizofrenią paranoidalną edukacja dotyczyła będzie charakteru schorzenia, sposobów radzenia sobie z chorobą oraz systematyczności uczestnictwa w procesie terapeutycznym.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników.

Do badań czynników ryzyka sercowo-naczyniowego zostaną zakwalifikowani mieszkańcy miasta i gminy Jelcz-Laskowice liczący sobie powyżej 35 r.ż.. O badaniach zostaną poinformowani poprzez informacje w lokalnej prasie. Kolejność zgłoszeń oraz wielkość środków finansowych będą decydowały o włączeniu do tej części programu.

Do rehabilitacji kardiologicznej kwalifikowani będą pacjenci po przebyciu zawału mięśnia sercowego, angioplastyce naczyń wieńcowych i pomostowania aortalno-wieńcowego, przebadani przez kardiologa.

W rehabilitacji neurologicznej wezmą udział pacjenci po przebytych udarze mózgowym oraz chorzy z innymi przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego odnoszącymi korzyści z kinezyterapii (stwardnienie rozsiane, parkinsonizm). Pacjenci zostaną zakwalifikowani przez specjalistę neurologa.

Dzieci z podwyższoną masą ciała zostaną zakwalifikowane przez pielęgniarki szkolne.

Pacjenci ze schizofrenią paranoidalną wezmą udział w programie edukacyjnych po kwalifikacji przeprowadzonej przez psychiatrę.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.

Świadczenia udzielane będą w Jelczu-Laskowicach w zakładzie opieki zdrowotnej, który dysponuje kadrą medyczną niezbędną do jego przeprowadzenia, odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz aparaturą medyczną. Szczególną rolę ograć tu będzie posiadanie działu rehabilitacji medycznej niezbędnego do realizacji części programu dotyczącego usprawniania pacjentów z chorobami serca, dzieci z nadwagą i otyłych oraz osób ze schorzeniami neurologicznymi. Miejsce udzielania świadczeń będzie dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, a czas będzie dostosowany w miarę możliwości do potrzeb pacjentów.

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

Badanie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego nie jest prowadzone w ramach standardowej umowy z NFZ. Przeprowadzenie badań w opisany sposób umożliwi przeprowadzenie skutecznych działań w zakresie prewencji pierwotnej oraz wtórnej, zmniejszając ryzyko rozwoju tych chorób w populacji miasta i gminy Jelcz-Laskowice.

Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna jest finansowana przez NFZ jedynie w przypadku gdy podmiot medyczny dysponuje zasobem sprzętowym złożonym z co najmniej 5 cykloergometrów. W przypadku miasta i gminy Jelcz-Laskowice takie zasoby nie byłyby właściwie wykorzystane ponieważ nie udałoby się zwerbować adekwatnej liczby pacjentów. Realnym do przeprowadzenia jest udział w rehabilitacji 20-40 osób. Taka liczba nie zapewniłaby właściwego wykorzystania aparatury medycznej w zakresie wymaganym przez NFZ.

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

Osoby u których zostanie stwierdzone podwyższone ryzyko sercowo-naczyniowe otrzymają zalecenia pogłębionej diagnostyki w poradni kardiologicznej. Oprócz konsultacji lekarza specjalisty kardiologa obejmie ona w razie potrzeby badanie elektrokardiograficzne, badanie echokardiograficzne, monitorowanie holterowskie EKG, ciśnienia tętniczego i próbę wysiłkową na bieżni ruchomej lub cykloergometrze rowerowym.

Pacjenci poddawani rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej otrzymają zalecenia dotyczące rehabilitacji domowej. W przypadku dzieci z nadwagą i otyłością powyższe zalecenia będą poszerzone o rekomendacje w zakresie właściwego odżywiania się.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji.

Planowane działania prewencyjne, diagnostyczne, edukacyjne oraz terapeutyczne są uznanymi i bezpiecznymi procedurami medycznymi. Nie przewidujemy podawania leków ani szczepienia, co mogłoby powodować ryzyko działań niepożądanych. Kinezyterapia u chorych poddawanych rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej oraz u dzieci z nadwagą i otyłością będzie prowadzona pod nadzorem u osób wcześniej do niej zakwalifikowanych przez lekarza. Dane osobowe będą profesjonalnie chronione, co jest szczególnie istotne w części programu dotyczącego edukacji pacjentów ze schizofrenią paranoidalną oraz u dzieci z nadwagą i otyłością.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.

Wymagane będzie prowadzenie programu przez podmiot posiadający umowę z NFZ w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z kardiologii i neurologii, rehabilitacji medycznej oraz psychiatrii i leczenia uzależnień. Posiadanie takiego kontraktu jest możliwe po spełnieniu wymagań NFZ dotyczących m.in. kadry i aparatury medycznej oraz warunków lokalowych.

- Dowody skuteczności planowanych działań (zgodnie z art. 31a ust. 1 pkt. 4, 5 i 6 ustawy[1]),
- Opinie ekspertów klinicznych,
- Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek,
- Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej.

Wpływ zwalczania czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych na występowanie zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu oraz nagłej śmierci sercowej został wielokrotnie dowiedziony. Przedstawione w części 2d niniejszego opracowania cele prewencji sercowo-naczyniowej zostały wyznaczone przez Czwartą Wspólną Grupę Roboczą Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw do spraw prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej. W dokumencie tym potrzebę rozwoju strategii prewencyjnej w praktyce klinicznej uzasadniono w następujący sposób:

1. Choroby sercowo-naczyniowe są główną przyczyną przedwczesnych zgonów w Europie. Przyczyniają się też istotnie do niezdolności do pracy oraz narastania kosztów opieki zdrowotnej.
2. Leżąca u ich podłoża miażdżyca tętnic przez wiele lat rozwija się podstępnie i zwykle osiąga etap zaawansowany przed wystąpieniem objawów.
3. Zgon z powodu CVD często występuje nagle, zanim pomoc medyczna jest dostępna, z tego też względu wiele interwencji terapeutycznych albo nie ma zastosowania, albo ma charakter paliatywny.
4. Większość przypadków CVD wiąże się ściśle ze stylem życia oraz modyfikowalnymi czynnikami fizjologicznymi i biochemicznymi.
5. Wykazano, że możliwa jest redukcja zachorowalności i umieralności z powodu CVD przez modyfikację czynników ryzyka, zwłaszcza u chorych wysokiego ryzyka.

Również Rada UE ds. zatrudnienia, polityki socjalnej, zdrowia i spraw konsumenckich w czerwcu 2007 r., a także Deklaracja Luksemburska z 29 czerwca 2005 r., będąca owocem Konferencji na rzecz Zdrowego Serca, zdefiniowały niezbędne działania dla osiągnięcia zdrowego układu sercowo-naczyniowego:

- unikanie palenia tytoniu,
- odpowiednia aktywność fizyczna,

- zdrowe nawyki żywieniowe,
- unikanie nadwagi, • ciśnienie tętnicze <140/90 mmHg,
- stężenie cholesterolu całkowitego poniżej 5 mmol/l (ok. 200 mg/dl).

Krumholz i wsp. przeprowadzili analizę efektywności kosztowej programu rzucania palenia prowadzonego przez pielęgniarki u pacjentów po zawale serca. Program ten okazał się być niezwykle efektywny kosztowo. Przewyższał w tym zakresie nawet stosowanie beta-blokerów po zawale serca.(13)

W badaniach Ward i wsp. wykazano istotne statystycznie zmniejszenie pierwotnego i wtórnego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych u osób leczonych statynami. Stosowanie tych leków w prewencji wtórnej jest kosztowo-efektywne. Natomiast w prewencji pierwotnej ta efektywność zależy od stopnia ryzyka sercowo-naczyniowego i wieku.(14)

Ades i wsp. wykazali, że rehabilitacja kardiologiczna u pacjentów po zawale serca jest bardziej efektywna kosztowo od leczenia trombolitycznego, pomostowania aortalno-wieńcowego oraz stosowania leków obniżających stężenie cholesterolu, natomiast mniej efektywna niż programy rezygnacji z palenia tytoniu.(15)

W badaniach przeprowadzonych przez Rund i wsp. wykazano, że u pacjentów ze schizofrenią do najskuteczniejszych, a zarazem najbardziej efektywnych kosztowo metod terapeutycznych należą programy psychoedukacyjne. Są one szczególnie skuteczne u osób młodych i wtedy gdy w tych programach zaangażowane są rodziny (rodzice) pacjentów.(16)

De Bourdeaudhuij i wsp przeprowadzili przegląd badań dotyczących działań mających na celu zwiększenie aktywności fizycznej oraz modyfikację diety u uczniów szkół podstawowych (6-12lat) oraz w późniejszym wieku 12-18 lat. Następstwem przeprowadzonych działań było m.in. zmniejszenie mierzony BMI masy ciała. Należy pamiętać o równoczesnej konieczności prowadzenia dodatkowych działań takich jak ułatwienie uprawiania sportu oraz uatrakcyjnienie lekcji wychowania fizycznego.(17)

Harrington i wsp. przeprowadzili analizę wyników rehabilitacji opartej na kinezyterapii oraz programie edukacyjnym u 243 pacjentów po przebytych udarze mózgowym. U osób poddanych leczeniu wykazano zarówno poprawę jakości życia związanej ze zdrowiem oraz wykazano efektywność kosztową tego postępowania.(18)

Według zaleceń Polskiego Forum Profilaktyki prowadzenie działań przesiewowych pod kątem określonej choroby wymaga spełnienia łącznie następujących kryteriów:

- a. Choroba musi mieć znaczący wpływ na długość lub jakość życia.
- b. Dostępne muszą być akceptowane metody jej leczenia.
- c. Choroba musi mieć okres bezobjawowy, a wykrycie i leczenie jej w tym okresie znacząco zmniejsza chorobowość i śmiertelność.
- d. Leczenie w okresie bezobjawowym musi zapewniać wynik lepszy niż odłożenie leczenia do momentu wystąpienia objawów.
- e. Do wykrycia choroby w okresie bezobjawowym dostępne powinny być akceptowane przez pacjentów badania o rozsądnym koszcie.
- f. Zachorowalność na tę chorobę musi być wystarczająco duża, aby uzasadniała koszty badań przesiewowych.

Choroby układu sercowo-naczyniowego spełniają wszystkie przedstawione powyżej warunki, w związku z tym opublikowano zalecenia w zakresie monitorowania istnienia czynników ryzyka tych schorzeń.

Pomiar ciśnienia tętniczego należy wykonać u wszystkich osób bez rozpoznanego nadciśnienia tętniczego, począwszy od 3 roku życia przynajmniej raz w roku, a u dzieci z wartością ciśnienia pomiędzy 90 a 95 percentylem i u osób dorosłych, u których stwierdzono wartość w zakresie 120-139/80-89 mm Hg, pomiar ten należy przeprowadzać częściej.

Badanie przesiewowe stężenia cholesterolu całkowitego u zdrowych, dorosłych osób należy wykonywać co 5 lat. Pierwsze oznaczenie powinno być wykonane w wieku 20 lat. U pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym należy przeprowadzić pełną ocenę zaburzeń lipidowych.

Badanie przesiewowe glikemii na czczo należy wykonywać u wszystkich pacjentów powyżej 45. roku życia co 3 lata w celu wczesnego wykrycia cukrzycy. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowej glikemii na czczo należy wykonać doustny test tolerancji glukozy. U osób z wysokim

ryzykiem sercowo-naczyniowym oraz stanami przedcukrzycowymi badanie to powinno być wykonywane co 1-2 lata, niezależnie od wieku pacjenta.

Status dotyczący palenia tytoniu należy ocenić u każdego pacjenta powyżej 10 roku życia. Pacjentom, którzy palą, bez względu na to jak dużo, należy zapewnić minimalną interwencję antytytoniową, aby zaprzestali palenia, zgodnie ze schematem "5xP" (od słów: Pytaj, Poradź, Przeprowadź ocenę, Pomóż, Planuj).

Wskaźnik masy ciała (BMI) i obwód pasa należy określać u pacjentów z widoczną nadwagą co 2 lata. Pacjentom z nadwagą (BMI > 25 kg/m²) i otyłym (BMI > 30 kg/m²) lub z otyłością brzuszną należy zapewnić indywidualną edukację w zakresie stylu życia i trening stosownych umiejętności.

Pytanie o ilość i częstotliwość spożywania alkoholu oraz liczbę dni w tygodniu bez alkoholu należy zadawać wszystkim pacjentom powyżej 13 roku życia. Pijącym ryzykownie (tzn. w sytuacjach mogących stanowić zagrożenie dla pijących alkohol lub innych osób), należy zapewnić krótką poradę, aby ograniczyli spożycie.

Organizacja, prowadzenie i koordynowanie badań przesiewowych powinny odbywać się w ramach odrębnie finansowanych programów profilaktycznych. Programy te oprócz badań przesiewowych powinny zawierać część interwencyjną, ukierunkowaną na modyfikację zidentyfikowanych czynników ryzyka. Na ich realizację powinny zostać przeznaczone odpowiednio wysokie środki publiczne.

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

Zadaniem jakie przyświeca działaniom prozdrowotnym prowadzonym przez samorząd miasta i gminy Jelcz – Laskowice jest prewencja schorzeń cywilizacyjnych oraz zapobieganie wykluczeniu społecznemu w sytuacjach gdy mieszkańcy nie posiadają odpowiedniego dostępu do świadczeń medycznych, wynikającego z niedostatecznego ich finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Od siedmiu lat miasto i gmina Jelcz – Laskowice realizuje i finansuje programy medyczne.

Pierwszy z nich przeprowadzony został w roku 2005 i został zatytułowany „**Program realizacji standardów rehabilitacji medycznej w Gminie Jelcz – Laskowice**”. Genezą jego powstania była niedostateczne zaspokojenie potrzeb mieszkańców gminy w zakresie dostępności oraz jakości świadczeń rehabilitacyjnych. Pozwolił na ich dofinansowanie, a poprzez to poprawę dostępności fizjoterapii (co stanowiło jego główny cel pierwszorzędowy) niezależnie od rodzaju schorzenia z jakim zgłosił się pacjent. Następnym realizacją tego programu było rozpoczęcie modernizacji aparatury stosowanej w rehabilitacji medycznej spółki gminnej, co przyczyniło się do poprawy zarówno dostępności, ale też i jakości świadczeń medycznych z zakresu fizjoterapii w Gminie Jelcz-Laskowice.

Kolejny program finansowany ze środków samorządu gminnego miał miejsce w roku 2006 i nosił nazwę „**Program rehabilitacji osób cierpiących na choroby przewlekłe i zwalczania niepełnosprawności w Gminie Jelcz – Laskowice**”. Powyższe działanie skierowane było do dwóch grup mieszkańców. Pierwsza z nich obejmowała intensywną rehabilitację pacjentów niepełnosprawnych z powodu następstw schorzeń neurologicznych w tym udaru mózgu. Dzięki temu programowi ułatwiono rehabilitację medyczną osobom szczególnie jej potrzebującym, której odpowiednia dostępność nie było możliwa do zapewnienia w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Nie pozwalała ona również na prowadzenie rehabilitacji na poziomie zapewniającym utrzymanie odpowiedniego standardu opieki medycznej w tym zakresie. Natomiast drugą grupę beneficjentów tego działania stanowili mieszkańcy, u których przeprowadzono analizę ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego (zarówno w prewencji pierwotnej jak i wtórnej) będących dominującą przyczyną śmiertelności w populacji mieszkańców Gminy Jelcz-Laskowice. Następnym tych działań była identyfikacja populacji osób zagrożonych „dużymi zdarzeniami” sercowo-naczyniowymi (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu, nagły zgon sercowy) oraz objęcie ich specjalistyczną opieką terapeutyczną kardiologiczną oraz neurologiczną przy wykorzystaniu dostępnych możliwości diagnostycznych (laboratorium analityczne, elektrokardiografia, echokardiografia, badanie dopplerowskie przepływów w naczyniach dogłowych). Dzięki programowi zapewniono wzrost poziomu świadczeń w zakresie kompleksowej rehabilitacji medycznej odpowiadającym standardom współczesnej wiedzy medycznej. Realizacja tego zadania odbyła się poprzez, wprowadzenie nowoczesnych metod terapeutycznych z zakresu rehabilitacji osób z chorobami

przewlekłymi i niepełnosprawnymi, poprawę dostępności procedur obecnie stosowanych oraz dalszą poprawę jakości sprzętu używanego w rehabilitacji osób przewlekle chorych.

Następstwem ogromnego zapotrzebowanie na działania podjęte w roku 2006 było stworzenie w roku 2007 kolejnego programu medycznego finansowanego ze środków samorządu terytorialnego, który nosił nazwę „**Program prewencji schorzeń układu sercowo-naczyniowego i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu chorych w mieście i gminie Jelcz – Laskowice**”. Był on kontynuacją oraz rozwinięciem programu z roku 2006. Jednak zasadnicza różnica pomiędzy tymi programami polegała na bardziej różnorodnej gamie dostępnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. W roku 2007 rehabilitacja chorych z przewlekłymi schorzeniami neurologicznymi odbywała się w oparciu o jeszcze bardziej nowoczesną aparaturę medyczną. Natomiast chorzy poddawani prewencji pierwotnej lub wtórnej chorób sercowo-naczyniowych byli poddani szerszej diagnostyce przy użyciu nowocześniejszego i dotychczas niedostępnego w Gminie Jelcz-Laskowice sprzętu medycznego (elektrokardiograficzna próba wysiłkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG i ciśnienia tętniczego metodą Holtera). W roku 2007 poprawiono dostępność programu wśród mieszkańców terenów wiejskich. Powyższe zostały dostrzeżone przez Narodowy Fundusz Zdrowia poprzez zakontraktowanie w spółce gminnej świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradni nadciśnienia tętniczego i kardiologicznej w roku 2007. Kontrakt ten zwiększono w roku 2008 w zakresie poradni kardiologicznej.

Na podstawie doświadczeń i wiedzy uzyskanej w trakcie prowadzonych programów medycznych, w roku 2008 program medyczny nosił tytuł „**Program zwalczania niektórych chorób cywilizacyjnych u dorosłych, młodzieży i dzieci zamieszkałych w mieście i gminie Jelcz – Laskowice**” i był skierowany do różnych populacji mieszkańców gminy. Pierwszą grupę stanowili pacjenci z potencjalnym ryzykiem schorzeń sercowo-naczyniowych, w ramach prewencji pierwotnej i wtórnej dokonywano jego identyfikacji oraz kierowano do dalszego postępowania diagnostyczno- terapeutycznego. Drugą grupę stanowili pacjenci po przebyciu zawału mięśnia sercowego, angioplastyki naczyń wieńcowych, przeszłowania aortalno-wieńcowego poddane ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej opartej na treningu fizycznym. Chorzy z przewlekłymi schorzeniami neurologicznymi oraz po ostrych incydentach mózgowych (udar mózgu, urazy ośrodkowego układu nerwowego) poddawani rehabilitacji neurologicznej stanowili kolejną grupę beneficjentów programu. Nowymi grupami biorącymi udział w programie były dzieci i młodzież szkolna z wybranych klas szkół gminy zagrożona nadwagą i otyłością lub już je posiadająca poddawana kinezyterapii i edukacji dietetycznej oraz uczniowie ze schorzeniami układu ruchu poddawani kinezyterapii.

Program prewencji pierwotnej i wtórnej niektórych chorób cywilizacyjnych oraz zapobiegania wykluczeniu społecznemu w mieście i gminie Jelcz – Laskowice w latach 2009-2011.

Celem programu była prewencja schorzeń cywilizacyjnych oraz zapobieganie wykluczeniu społecznemu w odpowiadającym standardom współczesnej wiedzy medycznej.

Szczegółowymi celami tych działań były:

- a) ambulatoryjna rehabilitacja chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego,
- b) kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna chorych ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi (III etap).
- c) identyfikacja chorych zagrożonych schorzeniami sercowo-naczyniowymi – będącymi główną przyczyną śmiertelności w populacji regionu.
- d) identyfikacja i rehabilitacja dzieci i młodzieży zagrożonych nadwagą i otyłością.
- e) identyfikacja i kinezyterapia dzieci i młodzieży ze schorzeniami kręgosłupa.
- f) szczepienia dzieci przeciwko pneumokokom (nie finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia).
- g) edukacja, diagnostyka i terapia chorych ze schizofrenią paranoidalną.

6. Koszty.



a. Koszty jednostkowe.

1. Identyfikacja chorych zagrożonych schorzeniami sercowo-naczyniowymi – będącymi główną przyczyną śmiertelności w populacji regionu. W tej części programu zawarte będą podstawowe badanie kardiologiczne, określenie czynników ryzyka choroby wieńcowej w tym stężenie cholesterolu, trójglicerydów, glukozy, pomiar ciśnienia tętniczego – koszt jednej osoby 100 zł.
2. Kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna chorych ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi (III etap). Na początku i na końcu programu przeprowadzona zostanie elektrokardiograficzna próba wysiłkowa (koszt każdej – 100 zł), przez trzy miesiące prowadzony będzie trening na cykloergometrze rowerowym, koszt każdego treningu 30 zł.
3. Ambulatoryjna rehabilitacja chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego. Konsultacja neurologiczna kwalifikująca pacjenta do rehabilitacji – 70 zł.
Cena poszczególnych procedur z zakresu kinezyterapii tj. ćwiczenia, bierne, czynno-bierne, czynne, wspomagane i usprawniające trwające co najmniej co najmniej 30 min. Wynosi 10 zł.
Cena jednostkowa każdego zabiegu z zakresu fizykoterapii – 15 zł.
Cena jednostkowa masażu suchego częściowego trwającego min. 20 minut na pacjenta w tym 15 minut czynnego masażu – 30 zł.
4. Identyfikacja i rehabilitacja dzieci i młodzieży zagrożonych nadwagą i otyłością. Identyfikacja każdego dziecka, wraz z edukacją dotyczącą właściwej diety – 30zł. Koszt każdego treningu jednego dziecka - 10zł
5. Edukacja, diagnostyka i terapia chorych ze schizofrenią paranoidalną. Koszt jednego spotkania edukacyjnego lekarza psychiatry z pacjentem – 70zł, a psychologa - 50 zł.

b. Planowane koszty całkowite.

W latach 2013-2015 w sumie 360 000 zł

c. Źródła finansowania, partnerstwo.

Program finansowany ze środków budżetu miasta i gminy Jelcz-Laskowice. W budżecie na rok 2013 na ten cel przeznaczono 30 000 zł.

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

Doświadczenie w przeprowadzaniu samorządowych programów zdrowotnych.
Identyfikacja populacji będącej beneficjentami programu.

Unikalna i profesjonalna dokumentacja naukowa problemu zdrowotnego populacji w zakresie czynników ryzyka sercowo naczyniowego w tym zagrożenia skutkami palenia tytoniu, nadwagi i otyłości, cukrzycy i zespołu metabolicznego.

6. Monitorowanie i ewaluacja.

a. Ocena zgłaszalności do programu.

W części dotyczącej oceny czynników ryzyka sercowo-naczyniowych, w której pacjenci będą włączani do programu po wcześniejszym zaproszeniu na badania zamieszczonym w lokalnej prasie, o udziale w programie decydowała będzie kolejność zgłoszeń. Potencjalni beneficjenci, którzy nie zostaną włączeni do programu w pierwszym naborze, otrzymają materiały edukacyjne i będą w późniejszych terminach sukcesywnie włączani do programu.

W pozostałych częściach programu zgłaszalność przekraczającą 70% osób, którym proponujemy udział w programie uznamy za satysfakcjonującą. W związku z tym, że unikanie przez potencjalnych beneficjentów działań prewencyjnych jest czynnikiem ryzyka ich niekorzystnych następstw, podejmiemy działania mające na celu przekonanie ich do wzięcia udziału w programie. Służyć temu będą materiały edukacyjne.

b. Ocena jakości świadczeń w programie.

Jakość świadczeń medycznych wykonywanych w programie zostanie zapewniona poprzez spełnienie wymagań NFZ w zakresie przeprowadzanych interwencji medycznych. Część programu dotycząca identyfikacji czynników ryzyka u osób zagrożonych schorzeniami sercowo-naczyniowymi, kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej chorych ze schorzeniami sercowo-naczyniowymi oraz identyfikacji oraz rehabilitacji dzieci i młodzieży zagrożonych nadwagą i otyłością prowadzona będzie pod nadzorem specjalisty kardiologa zgodnie z wymaganiami NFZ.

Ambulatoryjna rehabilitacja chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego będzie wykonywana przez wykwalifikowany personel magistrów fizjoterapii pod nadzorem merytorycznym specjalisty neurologa.

Edukacja, diagnostyka i terapia chorych ze schizofrenią paranoidalną będzie prowadzona przez specjalistę psychiatrę oraz psychologa

Opisywane powyżej świadczenia zostaną wykonane przy użyciu nowoczesnej aparatury medycznej zgodnej z wymaganiami NFZ oraz warunkach lokalowych odpowiadającym standardom w tym zakresie.

Wszystkie osoby biorące udział w programie zostaną poproszone o wyrażenie swojej opinii dotyczącej ich oceny świadczenia, zadowolenia z niego oraz propozycji własnych modyfikacji programu. Ocena ta będzie podlegała ewaluacji przez prowadzących program oraz posłuży do jego modyfikacji w jego następnych edycjach.

c. Ocena efektywności programu.

Miernikami efektywności programu będzie trwałość utrzymania celów założonych w programie będą:

- u pacjentów poddanych interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka, utrzymanie obniżenia za pomocą farmakoterapii i/lub zmiany stylu życia wcześniej podwyższonych wartości parametrów określających ryzyko sercowo-naczyniowe,
- poprawa wydolności fizycznej mierzona elektrokardiograficzną próbą wysiłkową wykonaną po zakończeniu rehabilitacji kardiologicznej oraz modyfikacji czynników ryzyka sercowo-naczyniowego,
- poprawa jakości życia mierzonej za pomocą kwestionariusza u pacjentów poddanych ambulatoryjnej rehabilitacji chorych z przewlekłymi schorzeniami układu nerwowego,
- modyfikacja masy ciała zgodnie z odczytem siatki centylowej u dzieci i młodzieży zagrożonych nadwagą i otyłością poddanych kinezyterapii,
- zmniejszenie liczby interwencji terapeutycznych oraz poprawa jakości życia mierzona kwestionariuszem u chorych ze schizofrenią paranoidalną.

7. Okres realizacji programu.

Program będzie realizowany w latach 2013-2015

Piśmiennictwo.

1. www.niepełnosprawni.gov.pl – data wejścia 18.05.2012.
2. Czwarta Wspólna Grupa Robocza Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego i innych towarzystw do spraw prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej
Autorzy/członkowie Grupy Roboczej: Ian Graham¹, przewodniczący, Dan Atar¹, Oslo (Norwegia), Knut Borch-Johnsen^{2,3}, Gentofte (Dania), Gudrun Boysen⁴, Kopenhaga (Dania), Gunilla Burell⁵, Uppsala (Szwecja), Renata Cifkova⁶, Praga (Czechy), Jean Dallongeville¹, Lille (Francja), Guy De Backer¹, Gent (Belgia), Shah Ebrahim¹, Londyn (Wielka Brytania), Björn Gjelsvik⁷, Oslo (Norwegia), Christoph Herrmann-Lingen⁵, Marburg (Niemcy), Arno Hoes⁷, Utrecht (Holandia), Steve Humphries¹, Londyn (Wielka Brytania), Mike Knapton⁸, Londyn (Wielka Brytania), Joep

- Perk1, Oskarshamn (Szwecja), Silvia G. Priori1, Pawia (Włochy), Kalevi Pyorala1, Kuopio (Finlandia), Zeljko Reiner9, Zagrzeb (Chorwacja), Luis Ruilope1, Madryt (Hiszpania), Susana Sans-Menendez1, Barcelona (Hiszpania), Wilma Scholte Op Reimer1, Rotterdam (Holandia), Peter Weissberg8, Londyn (Wielka Brytania), David Wood1, Londyn (Wielka Brytania), John Yarnell1, Belfast (Wielka Brytania), José Luis Zamorano1, Madryt (Hiszpania). Europejskie wytyczne dotyczące prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej – wersja skrócona *Kardiologia Polska* 2008; 66: 4 (supl. 1)
3. Petersen S, Peto V, Rayner M. et al. *European Cardiovascular Disease Statistics: 2005 edition*. British Heart Foundation; London 2005.
 4. Leal J, Luengo-Fernández R, Gray A, et al. Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union. *Eur Heart J* 2006; 27: 1610-9.
 5. Kesteloot H, Sans S, Kromhout D. Dynamics of cardiovascular and allcause mortality in Western and Eastern Europe between 1970 and 2000. *Eur Heart J* 2006; 27: 107-13.
 6. Bolanowski J. *Kardiologia W podstawy rehabilitacji dla studentów medycyny* red. Wrzosek Z., Bolanowski J. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.
 7. Bolanowski J, Bronowicz J, Bolanowska B, Szklarska A, Lipowicz A, Skalik R. Impact of education and place of residence on the risk of metabolic syndrome in Polish men and women *International Journal of Cardiology*, 2010; vol. 154; nr 3; s.542-544.
 8. Bolanowski J, Bronowicz J, Bolanowska B, Szklarska A, Lipowicz A. The relation between metabolic syndrome, education and CVD risk in adult population of Jelcz-Laskowice commune in Poland *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2009; vol.16; suppl.1; S36
 9. Bolanowski J, Bolanowska B, Bronowicz J, Szklarska A, Lipowicz A. Impact of education and place of residence on the risk of hypertension in three middle-aged populations in Lower Silesia in Poland, *International Journal of Cardiology* 2009; vol.137; suppl. 1; S.54.
 10. Bolanowski J, Bronowicz J, Bolanowska B. Impact of education and place of living on prevalence of metabolic syndrome in urban-rural population of commune Jelcz-Laskowice in Lower Silesia, *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 2008; vol.15; suppl.1; s.S140; tab.
 11. Marta Dąbrowska. *Występowanie otyłości u dzieci w miejsko-wiejskiej gminie Jelcz-Laskowice*. Praca magisterska. AWF Wrocław 2008.
 12. www.nfz.gov.pl - data wejścia 18.05.2012.
 13. Krumholz HM, Cohen BJ, Tsevat J, Pasternak RC, Weinstein MC. Cost-effectiveness of a smoking cessation program after myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 1993 Nov 15;22(6):1697-702
 14. Ward S, Lloyd Jones M, Pandor A, Holmes M, Ara R, Ryan A, Yeo W, Payne N. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events. *Health Technol Assess*. 2007 Apr;11(14):1-160, iii-iv.
 15. Ades PA, Pashkow FJ, Nestor JR. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *J Cardiopulm Rehabil*. 1997 Jul-Aug;17(4):222-31.
 16. B.R. Rund, L. Moe, T. Sollien, A. Fjell, T. Borchgrevink, M. Hallert, P.o. Næss *The Psychosis*

Project: outcome and cost-effectiveness of a psychoeducational treatment programme for schizophrenic adolescents Acta Psychiatrica Scandinavica. Volume 89, Issue 3, pages 211–218, March 1994.

17. De Bourdeaudhuij I, Van Cauwenberghe E, Spittaels H, Opper JM, Rostami C, Brug J, Van Lenthe F, Lobstein T, Maes L. School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obes Rev.* 2011 Mar;12(3):205-16.
18. Harrington R, Taylor G, Hollinghurst S, Reed M, Kay H, Wood VA.
A community-based exercise and education scheme for stroke survivors: a randomized controlled trial and economic evaluation. *Clin Rehabil.* 2010 Jan;24(1):3-15. Epub 2009 Dec 21.
19. Adam Windak, Maciej Godycki-Ćwirko, Piotr Podolec, Grzegorz Kopeć, Andrzej Pająk, Andrzej Rynkiewicz, Anetta Undas, Tomasz Zdrojewski, Piotr Jankowski, Wojciech Drygas, Ryszard Piotrowicz, Danuta Czarnecka, Grzegorz Opala, Jerzy Stańczyk, Elżbieta Kozek, Waldemar Banasiak, Tomasz Guzik. Wytyczne Grupy Roboczej Polskiego Forum Profilaktyki Chorób Układu Krążenia dotyczące badań przesiewowych w profilaktyce chorób układu krążenia. www.pfp.edu.pl, data wejścia 29.05.2012.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Henryk Koch