

z dnia 25 marca 2015 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programów polityki zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna
w roku 2015**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)¹⁾ oraz art. 7 ust. 1 pkt 5 w związku z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. poz. 594 ze zm.)²⁾ Rada Miejska Konstancin-Jeziorna uchwala co następuje:

§ 1. Przyjmuje do realizacji w roku 2015 następujące programy polityki zdrowotnej:


1. „Wczesne wykrywanie nowotworów”, stanowiący Załącznik Nr 1 do niniejszej uchwały.
2. „Zdrowa gmina”, stanowiący Załącznik Nr 2 do niniejszej uchwały.
3. „Medycyna szkolna”, stanowiący Załącznik Nr 3 do niniejszej uchwały.

§ 2. Środki na realizację programów zostały zabezpieczone w budżecie Gminy Konstancin-Jeziorna na rok 2015 w Dziale 851, Rozdziale 85121, § 2560 w kwotach :

- 1) 15.000 zł na program „Wczesne wykrywanie nowotworów”,
- 2) 35.000 zł na program „Zdrowa gmina”,
- 3) 120.000 zł na program "Medycyna szkolna".

§ 3. Wykonanie uchwały powierza Burmistrzowi Gminy Konstancin-Jeziorna.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem przyjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Andrzej Cieślowski


¹⁾ Dz.U.2008.141.888, Dz.U.2007.166.1172, Dz.U.2008.216.1367, Dz.U.2008.225.1486, Dz.U.2008.234.1570, Dz.U.2008.237.1654, Dz.U.2009.6.33, Dz.U.2009.22.120, Dz.U.2009.26.157, Dz.U.2008.227.1505, Dz.U.2009.38.299, Dz.U. 2009.97.800, Dz.U.2009.98.817, Dz.U.2009.111.918, Dz.U. 2009.92.753, Dz.U. 2009.118.989, Dz.U. 2009.178.1374, Dz.U. 2009.157.1241, Dz.U.2009.161.1278, Dz.U.2010.50.301, Dz.U.2010.125.842, Dz.U.2010.107.679, Dz.U.2010.165.1116, Dz.U.2010.127.857, Dz.U.2010.225.1465, Dz.U.2010.238.1578, Dz.U.2010.257.1723, Dz.U.2010.182.1228, Dz.U.2010.257.1725, Dz.U.2011.112.654, Dz.U.2011.81.440, Dz.U.2011.122.696, Dz.U.2011.106.622, Dz.U.2011.73.390, Dz.U.2011.138.808, Dz.U.2011.171.1016, Dz.U. 2011.45.235, Dz.U. 2011.113.657, Dz.U.2011.149.887, Dz.U.2011.205.1203, Dz.U.2012.123, Dz.U. 2012.476, Dz.U.2012.1016, Dz.U.2012.1342, Dz.U.2011.232.1378, Dz.U.2010.205.1363, Dz.U.2012.1548, Dz.U.2013.154, Dz.U.2013.983, Dz.U. 2013.879, Dz.U.2013.1290, Dz.U.2013.1646, Dz.U.2013.1623, Dz.U.2013.1650, Dz.U.2014.24, Dz.U.2014.295, Dz.U.2014.567, Dz.U.2014.496, Dz.U.2014.619, Dz.U.2014.773, Dz.U. 2014.1138, Dz.U.2014.1004, Dz.U.2014.1136, Dz.U.2014.1146, Dz.U.2014.1175, Dz.U.2014.1188, Dz.U.2014.1491, Dz.U.2014.1138, Dz.U.2014.1831

²⁾ Dz.U.2013.645, Dz.U.2013.1318, Dz.U.2014.379, Dz.U.2014.1072

UZASADNIENIE

do Uchwały Nr 45/VII/6/2015 Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna z dnia 25 marca 2015 r. w sprawie przyjęcia programów polityki zdrowotnej Gminy Konstancin-Jeziorna w roku 2015.

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, jest opracowywanie i realizacja programów polityki zdrowotnej wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym oraz z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.). Rada Miejska Konstancin-Jeziorna podejmuje działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia mieszkańców, za cel priorytetowy stawiając sobie zdrowie dzieci i młodzieży oraz osób starszych. Opierając się na wytycznych Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 oraz mając na uwadze wnioski zgłaszane przez mieszkańców i podstawowe zakłady opieki zdrowotnej (POZ), Rada Miejska Konstancin-Jeziorna podejmuje uchwałę o wprowadzeniu w roku 2015 jednego programu edukacyjnego skierowanego do dzieci i młodzieży oraz dwóch programów profilaktycznych, stanowiących kontynuację programów zdrowotnych z lat poprzednich, spełniając wymogi cytowanych ustaw oraz wychodząc naprzeciw potrzebom mieszkańców. Programy polityki zdrowotnej „Wczesne wykrywanie nowotworów”, „Zdrowa gmina”, „Medycyna szkolna” zostały poddane ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych jako programy obowiązujące w gminie Konstancin-Jeziorna w latach 2012-2015.

PRZEWODNICZĄCY
RADY MIEJSKIEJ

Andrzej Cieślowski

Nazwa programu

Program profilaktyczny "Wczesne wykrywanie nowotworów"

Autorzy programu

Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna

Czas realizacji: 2015 rok

Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego.

a. Problem zdrowotny

Na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna w latach 2002-2011 podczas badań przesiewowych: cytologia, usg, mammografia zdiagnozowano 33 zachorowania na nowotwory. Według danych statystycznych z roku na rok w Polsce wzrasta liczba zachorowań na choroby nowotworowe, nowotwory złośliwe są w Polsce drugą przyczyną przedwczesnych zgonów. Gmina Konstancin-Jeziorna jest bardzo rozległą gminą i mieszkańcy odległych wiosek mając łatwy dostęp do badań chętniej się im poddają. Niejednokrotnie nie wykonaliby takiego badania gdyby zmuszeni byli dojechać do oddalonej placówki medycznej np. w Warszawie.

b. Epidemiologia

Nowotwory złośliwe w Polsce zajmują drugą pozycję wśród przyczyn zgonów. Chorują na nie wszyscy bez względu na płeć, wiek czy rasę. W dzisiejszych czasach nowotwór złośliwy jest chorobą uleczalną. Pacjent ma tym większą szansę na wyleczenie i długie życie im wcześniej nowotwór zostanie wykryty. Nie bez znaczenia są także nawyki społeczne związane z badaniami profilaktycznymi oraz zdrowym stylem życia, które należy kształtować w każdym wieku, oraz samokontrolą i samobadaniem. W programie „Wczesne wykrywanie nowotworów” Gminy Konstancin-Jeziorna największy nacisk zostanie położony na wczesne wykrywanie niżej wymienionych nowotworów:

- gruczołu piersiowego (mammografia i usg piersi),
- szyjki macicy (cytologia),
- prostaty (urolog),
- tarczycy (usg),
- narządu rodowego (usg jamy brzusznej i usg dopochwowe),

Łatwa dostępność badań pozwalałaby na wczesne wykrywanie i wczesne leczenie, także stanów przedrakowych.

Rak Piersi

Nowotwory złośliwe sutka są najczęstszymi nowotworami u kobiet. W Polsce notuje się prawie 10.000 nowych przypadków zachorowań rocznie. Umieralność na raka piersi rośnie w tempie 1,6% rocznie. Rak piersi wykrywany jest zbyt późno. Tylko w 20% przypadków chorobę rozpoznaje się we wczesnym stadium. Średni wskaźnik 10-letnich przeżyć dla wszystkich stopni zaawansowania wynosi ok. 40%. Skuteczniejsza profilaktyka, szybsze wykrywanie raka piersi podniosłoby wskaźnik przeżyć o kilkanaście procent. 90% wszystkich zmian piersi, stanowią procesy nienowotworowe. Każda zmiana w piersi powinna zostać zbadana przez lekarza. Rak gruczołu piersiowego jest nowotworem o długiej fazie przedklinicznej, najwięcej zachorowań obserwuje się pomiędzy 50 a 70 rokiem życia. Problem dotyczy jednak wszystkich kobiet po 20 roku życia. Tyle tylko, że prawdopodobieństwo wystąpienia raka rośnie

z wiekiem. Mężczyźni też chorują na raka piersi, ale znacznie rzadziej (jeden na 2000 raków piersi to rak u mężczyzny). Nie znamy bezpośredniej przyczyny powstawania nowotworów złośliwych piersi, możemy tylko określić, z pewnym prawdopodobieństwem, jaki wpływ na powstanie raka piersi mają określone czynniki. Nazywamy je czynnikami ryzyka. Stąd nie istnieje zamknięty katalog przyczyn raka gruczołu piersiowego. Do poznanych czynników zaliczamy: wiek, czynniki genetyczne, otyłość zwiększa ryzyko nowotworu, ale dopiero po menopauzie, czynniki hormonalne endogenne i egzogenne (stosowanie środków hormonalnych w ramach hormonalnej terapii zastępczej po menopauzie powyżej 8 lat), choroby towarzyszące jak cukrzyca, czy alkoholizm. Czynniki endogeniczne to: wczesna pierwsza miesiączka (przed 12 rokiem życia), wiek pierwszej donoszonej ciąży (ciąża po 30 roku życia) lub późne klimakterium, tj. po 55 roku życia. Udowodniono, że posiadanie liczego potomstwa i karmienie po każdej ciąży powyżej 4 tygodni zmniejszają ryzyko wystąpienia raka. Istnieje zatem prosta zależność: im więcej dzieci tym mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia raka, karmienie piersią, zaś, jest jedną z najprostszych i najskuteczniejszych metod ochrony przed zachorowaniem na raka sutka. Objawy wystąpienia nowotworu gruczołu piersiowego to:

- guz w obrębie gruczołu piersiowego, niebolesny, najczęściej nieruchomy wobec skóry i (lub) podłoża. U kilkunastu procent osób ze stwierdzonym rakiem piersi guz nie jest wyczuwalny. Wtedy najczęściej rozpoznanie jest wynikiem badań mammograficznych,
- twarde lub powiększone (zajęte) węzły chłonne w dole pachowym, szczególnie „pozlepiane” w tzw. pakiety.
- stwierdzenie poprzednio nie istniejącej różnicy w wielkości piersi lub, inaczej, zmiana wielkości lub kształtu piersi oraz różne zachowywanie się piersi podczas unoszenia ramion,
- wciągnięcie skóry lub brodawki, także sterczenie brodawki i nadżerka,
- zaczerwienienie i zgrubienie skóry ("skórka pomarańczy"), podobne do róży, płaskie zaczerwienienie skóry w przypadku zaawansowanego tzw. zapalnego raka sutka,
- wyciek z brodawki (zwłaszcza krwisty),
- zmiany skórne wokół brodawki,
- ból lub nadwrażliwość piersi na dotyk,
- poszerzenie żył skóry piersi,
- owrzodzenie skóry piersi.

Wczesne wykrycie zmian nowotworowych ma ogromne znaczenie dla powodzenia leczenia. Samodzielne badanie piersi raz w miesiącu od 20 roku życia; ultrasonografia (USG) u kobiet z nieobciążonym wywiadem rodzinnym od 35 lat i wszystkich pań z obciążonym wywiadem rodzinnym od 25 r.ż. oraz stosujących antykoncepcję; mammografia-kobiety powyżej 40 roku życia powinny wykonywać badanie mammograficzne co 2 lata, a powyżej 50 roku życia co rok.

Rak szyjki macicy

Rak szyjki macicy może się objawić w każdym wieku. Im szybciej zostaną podjęte kroki w walce z tą chorobą, tym większe szanse na wygraną. Cytologia to podstawowe badanie pozwalające wykryć ten rodzaj raka. Zaczyna się już u nastolatek. Na rozwój raka szyjki macicy wpływa wiele różnych czynników. Istnieje wyraźny związek między aktywnością seksualną kobiety a ryzykiem powstania stanu przedrakowego lub raka szyjki macicy. Wcześnie rozpoczęte współżycie seksualne i zmiany partnerów ułatwiają infekcje wirusem karcinogennym, przenoszonym drogą płciową. W wielu przypadkach jest on właśnie odpowiedzialny za raka szyjki macicy. Niekontrolowany i wielopartnerski seks zwiększa zagrożenie tą chorobą. Częściej występuje ona u prostytutek, niż u mężatek, a jest zupełnie sporadyczny u zakonnicek. U dziewcząt w ogóle się jej nie stwierdza. Z reguły ujawnia się w odległym czasie od pechowego – powodującego infekcję stosunku seksualnego (szacunkowo od 7 do 35 lat). Częstość infekcji przenoszonych drogą płciową określa się w różnych populacjach, w różnym wieku między 2 a prawie 30%. 2,6% kobiet między 30 a 60 rokiem życia choruje na raka szyjki macicy spowodowanego

infekcją. Czynnikiem infekcyjnym jest wirus brodawczaka ludzkiego (wywołującego m.in. kłykciny kończyste). Zachorowalność wzrasta wraz z liczbą ciąż, z warunkami ekonomicznymi, wyższa jest w grupach o niższym standardzie życia. Stopień ryzyka zachorowania zwiększa palenie papierosów. Przypuszcza się, że substancje powstające podczas palenia tytoniu wchłaniane z płuc do krwi obniżają odporność organizmu na czynniki rakotwórcze. Cytologia to podstawowe badanie szyjki macicy, które pozwala wychwycić jeszcze przedinwazyjne stadium raka (na 7- 13 lat przed przekształceniem się stanu przedrakowego w raka). Wszelkie nieprawidłowości w rozmazie cytologicznym są badane dalej aż do uzyskania pewnej diagnozy, która pozwala szybko rozpocząć leczenie. Podkreślić należy fakt, że cytologia jest jednym z zaledwie kilku badań opracowanych przez człowieka, które nie tylko wykrywa wczesne postacie raka, ale może „przewidzieć” raka na 7-13 lat przed powstaniem, dając tym samym czas aby problemowi zaradzić. Wyleczalność wtedy wynosi nawet 100%. Wczesnym zmianom nowotworowym w raku szyjki macicy z reguły nie towarzyszą żadne dolegliwości. Dolegliwości zauważane przez kobietę świadczą zwykle o zaawansowanym stadium choroby- często nieuleczalnym. Aby zapobiec całkowicie nowotworowi, należy robić badanie ginekologiczne oraz cytologiczne raz w roku.

Rak prostaty

Nowotwór atakującym tą część ciała jest jednym z najczęściej spotykanych u mężczyzn. Nie są znane bezpośrednie przyczyny powstawania komórek rakowych, istnieją jednak czynniki sprzyjające zachorowaniom. Z pewnością mężczyzna, którego brat lub ojciec chorował na ten typ raka, będzie bardziej na niego narażony. Istnieje rodzinne powiązanie raka prostaty u mężczyzn z rakiem piersi u kobiet w tej samej rodzinie oraz rakiem jelita grubego u obu płci (geny BrCa). Bardzo istotny w epidemiologii raka prostaty jest wiek mężczyzny – im jest on starszy, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia choroby. Średni wiek pacjentów z rakiem prostaty to 70 lat. Kolejnym czynnikiem ryzyka jest powiększona prostata oraz dieta, bogata w tłuszcze zwierzęce i białko, a uboga w witaminy i minerały. Prawdopodobnie korzystanie z używek również może sprzyjać chorobie. Kiedy do niej dochodzi, rosnący guz powoduje ucisk na pęcherz moczowy i objawy podobne do przerostu prostaty lub zapalenia pęcherza moczowego. Spadek odporności organizmu może być jedną z przyczyn powstawania tego typu nowotworu. W fazie początkowej rak prostaty nie daje objawów. Dopiero, gdy zmiany są już spore, następuje ból przy oddawaniu moczu, częstomocz, zmniejszenie strumienia moczu, nagłe parcie na pęcherz, szczególnie w nocy. W moczu lub spermie może się pojawić krew. Objawom towarzyszyć mogą bóle lędźwiowe, problemy z erekcją, ogólny spadek kondycji. Rozpoznanie nastąpi na podstawie takich badań, jak: per rectum (badanie palcem przez odbyt), badanie ultrasonograficzne, badanie krwi, biopsja.

Nowotwory Narządu Rodnego

Najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi narządu rodniego są w kolejności: rak trzonu macicy, rak jajnika, rak sromu, rak pochwy, rak jajowodu. Rak trzonu macicy jest chorobą częściej występującą u kobiet w wieku pomenopauzalnym, kobiet otyłych, o zmniejszonej płodności, ze skłonnością do obfitych krwawień miesięczkowych w okresie klimakterium. We wczesnym wykrywaniu raka trzonu macicy istotną rolę odgrywa regularne badanie ginekologiczne, a koniecznie uzupełnione badanie ultrasonograficzne transwaginalne (przezpochwowe). W razie stwierdzenia poszerzenia endometrium w usg uzupełnieniem diagnostyki są badanie histopatologiczne wyskrobin z kanału szyjki i jamy macicy, w szczególnych przypadkach badanie histeroskopowe. Rak jajnika jest chorobą częściej występującą u młodych kobiet. Dlatego wszelkie zmiany wykrywane w obrębie jajnika, w tym bardzo częste zmiany czynnościowe, powinny być dokładnie diagnozowane w celu wykluczenia zmian złośliwych. Wczesnemu wykrywaniu raka jajnika służy badanie ginekologiczne, koniecznie uzupełnione ultrasonograficzne i tomografia komputerowa.

Rak tarczycy

Zachorowalność na ten typ nowotworu zwiększyła się po wybuchu w elektrowni atomowej w Czarnobylu. Najczęściej chorują Kobiety w wieku 7-20 lat, 40-65 lat. By uchronić się przed ryzykiem zachorowania, należy spożywać wystarczającą ilość jodu, chronić się przed nadmierną ekspozycją na

promieniowanie jonizujące (niepotrzebne badania diagnostyczne), ale przede wszystkim pamiętać o częstym kontrolowaniu stanu swojego zdrowia. Przyczyny występowania nowotworów tarczycy nie są całkowicie wyjaśnione. Wśród czynników ryzyka, które najprawdopodobniej mają wpływ na powstanie raka wyróżnia się: niedobór jodu w diecie, częstsze występowanie raka głównie pęcherzykowego w rejonach objętych endemią wola, nadmierna stymulacja tarczycy przez TSH, działanie promieniowania jonizującego, zwiększenie zapadalności na raka u chorych naświetlanych na okolicę szyi czy też u osób napromieniowanych w wyniku eksplozji nuklearnej, czynniki genetyczne (rak rdzeniasty, raki zróżnicowane). Niektóre rzadkie choroby dziedziczne mogą zwiększać ryzyko zachorowania na raka tarczycy. Zespół mnogiej gruczolakowatości wewnątrzwydzielniczej (MEN) typu 2 zwiększa ryzyko zachorowania na rdzeniastego raka tarczycy. Następujące objawy mogą świadczyć o raku tarczycy: powiększenie obwodu szyi, problemy w przetykaniu, guzek w tarczycy, szczególnie jeśli szybko zwiększa swoje rozmiary, mają nierówną powierzchnię i twardą spistość, ciągła, uporczywa chrypka, powiększone lub twarde węzły chłonne na szyi, ból szyi, czasami promieniujący w kierunku uszu, uporczywy i długo trwający kaszel. Ryzyko zachorowania można zredukować, ponieważ ponad połowa czynników wpływających na zdrowie zależy od nas samych. Dlatego nie można przecenić edukacji w dziedzinie zdrowia oraz badań profilaktycznych.

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

23 740

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

Badania USG w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów oraz mammografia nie są finansowane w podstawowej opiece zdrowotnej, ujęte są ponad standardem. Program ten ma na celu zaspokojenie świadczeń niedostępnych.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wprowadzenie programu konsultowano z Komisją Uzdrawiskową, Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej Konstancina-Jeziorny oraz Społeczną Radą SPZZOZ Konstancina-Jeziorny. Mieszkańcy gminy, także postulowali wprowadzenie w/w programu.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Głównym celem programu jest obniżenie umieralności z powodu nowotworów.

b. Cele szczegółowe

- podniesienie świadomości społecznej na temat badań profilaktycznych, wczesnego wykrywania nowotworów i stanów przednowotworowych,
- zwiększenie liczby wykrywanych przypadków przedrakowych oraz nowotworów we wczesnym stadium choroby,
- zwiększenie odsetka wyleczeń nowotworów,
- kształtowanie nawyków cyklicznych badań profilaktycznych u mieszkańców gminy,
- kształtowanie postaw prozdrowotnych: nawyki żywieniowe, aktywność fizyczna, zdrowy styl życia,
- poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa oraz zmniejszenie kosztów leczenia,
- zachowanie aktywności zawodowej i społecznej osób z wcześniej wykrytą chorobą.

c. Oczekiwane efekty

Zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów wśród mieszkańców gminy. Wykształcenie nawyków badań profilaktycznych i prowadzenia zdrowego stylu życia.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

W oparciu o bazę danych, która powstanie w trakcie realizacji Programu dokonana zostanie analiza wyników podjętych działań, na którą złożą się następujące elementy:

- liczba mieszkańców zgłoszonych do udziału w Programie,
- liczba i odsetek wykrytych przypadków nowotworu we wczesnym stadium choroby,
- liczba i odsetek wykrytych przypadków nowotworów w stadium zaawansowanym,
- koszty badań poniesionych w przeliczeniu na jednego pacjenta,
- liczba i odsetek wykrytych przypadków innych chorób podczas przeprowadzania badań w Programie.

Rozdział III - Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Do programu zapraszani są wszyscy mieszkańcy Gminy.

b. Tryb zapraszania do programu

Plakaty informujące o programie. Zawiadomienia listem do skrzynki pocztowej. Do udziału w programie zainteresowane osoby mogą także zgłaszać się spontanicznie.

Rozdział IV -Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

I. Wykłady- znaczenie prowadzenia zdrowego stylu życia, badania profilaktyczne, nauka samobadania piersi dla kobiet. W ramach programu zostaną zakupione fantomy piersi, na których kobiety mogą uczyć się samobadania.

II. Badania diagnostyczne u lekarzy pierwszego kontaktu i kierowanie na badania przesiewowe osób: z grup ryzyka, obciążonych genetycznie, z objawami mogącymi sugerować obecność nowotworu. Na badanie przesiewowe może także zgłosić się każdy mieszkaniec Gminy Konstancin-Jeziora, który ma niepokojące objawy mogące sugerować obecność nowotworu a także każda osoba, która chce mieć pewność, że jest zdrowa.

III. Badania profilaktyczne:

1. Mammografia,
2. Cytologia
3. USG-jamy brzusznej, dopochwowe, gruczołu piersiowego, tarczycy.
4. Badanie mężczyzn przez urologa w kierunku nowotworu prostaty.

Po badaniach każdy pacjent otrzyma wyniki i informację o dalszym postępowaniu w jego przypadku.

IV. Ewaluacja programu- ankiety dla pacjentów.

V. Opracowanie danych statystycznych w każdym roku trwania programu.

b. Planowane interwencje

Wykłady prowadzone przez lekarzy na temat nowotworów i przeciwdziałania nowotworom, znaczenia badań profilaktycznych i prowadzenia zdrowego stylu życia.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Badania diagnostyczne u lekarzy pierwszego kontaktu i kierowanie na badania przesiewowe osób: z grup ryzyka, obciążonych genetycznie, z objawami mogącymi sugerować obecność nowotworu.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

W ramach programu specjalny cytomammobus będzie podstawiany w łatwo dostępne miejsca na terenie Gminy, gdzie skierowani pacjenci będą się zgłaszać na badania w dogodnych terminach np. sobota-niedziela, o podstawieniu mammobusa informacje będą się znajdować na stronie internetowej Urzędu, na plakatach w różnych punktach na terenie całej Gminy, w placówkach SP ZOZ-u na terenie Gminy. W cytomammobusie istnieje możliwość wykonania: mammografii, cytologii oraz USG. Badania urologiczne dla mężczyzn będą wykonywane w przychodni.

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

Na badania kierowani będą pacjenci przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

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

Udział w programie kończy się w momencie odbioru wyniku badania jeśli nie wykryto nowotworu lub skierowaniem na dalsze leczenie w przypadku stwierdzenia stanu przedrakowego lub choroby nowotworowej.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Dane pacjentów w programie podlegają ochronie danych osobowych. W programie nie używa się żadnych leków. Wszystkie aparaty i urządzenia posiadają niezbędne certyfikaty. Lekarze i pielęgniarki biorący udział w programie mają wykształcenie medyczne.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program będą realizować osoby z wykształceniem medycznym: pielęgniarki i lekarze z doświadczeniem. W programie wykorzystany zostanie cytomammobus.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

W latach 2002- 2011 realizując akcję, która jednak w latach 2002-2007 dotyczyła tylko jednej lokalizacji (Nowe Wierzbno- Czarnów) wykryto i potwierdzono biopsyjnie 13 przypadków raka piersi, 7 przypadków raka szyjki macicy oraz 12 przypadków stanów przedrakowych szyjki macicy oraz jeden przypadek raka tarczycy. Powyższe zestawienie nie obejmuje pacjentek/pacjentów, które biopsję cienkoigłową, ew. inną diagnostykę wykonywały poza Centrum Zdrowia. Zestawienie nie obejmuje także jednostek chorobowych (rak jajnika, macicy, prostaty), gdzie diagnostyka obejmuje inne procedury medyczne niż możliwe do wykonywania ambulatoryjnie (wyłyżeczkowanie jamy macicy stosowane w przypadku podejrzenia raka endometrium, czy operacyjne weryfikacja podejrzenia raka jajnika).

j. Opinie ekspertów klinicznych

Nie dotyczy

k. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Nie wdając się w szczegóły medyczne rozpoznanie poszczególnych jednostek chorobowych:

Rak szyjki macicy: badaniem przesiewowym jest badanie cytologiczne wymazu z tarczy szyjki. Badaniami weryfikującymi są kolposkopia, wycinki z tarczy i kanału szyjki macicy

Rak trzonu macicy: badaniem przesiewowym jest usg przezpochwowe, badaniami weryfikującymi wyłyżeczkowanie jamy macicy

Rak jajnika: badaniem przesiewowym, badaniami weryfikującymi jest weryfikacja chirurgiczna (laparotomia lub laparoscopia)

Rak tarczycy: badaniem przesiewowym jest usg tarczycy, weryfikacja biopsja cienkoigłową

Rak piersi: badanie przesiewowe: mammografia i usg, weryfikacja biopsje cienkoigłową i gruboigłową

Rak prostaty: badaniem przesiewowym jest usg prostaty przezbrzuszne (czasem przezodbytnicze) oraz badanie poziomu PSA we krwi, weryfikacja za pomocą biopsji prostaty.

Podstawową kwestią dotyczącą postępowania z przypadkami podejrzanymi o raka piersi, szyjki macicy, macicy, jajnika, tarczycy i prostaty jest tzw. „ciągłość opieki”, czyli zapewnienie dalszej diagnostyki, aż do ostatecznego rozpoznania. Chodzi o to aby pacjent z wynikiem badania obrazowego (usg, mammografia), które sugeruje zachorowanie na jedną z w/w jednostek chorobowych nie był pozostawiony „sam sobie”, co zwykle przedłuża dotarcie do lekarza i rozpoczęcie diagnostyki i leczenia. Dlatego zapewnić należy współpracę Zakładu Opieki Zdrowotnej mogącego doprowadzić diagnostykę do końca i realizującego odpowiedni kontrakt specjalistyczny z Narodowym Funduszem Zdrowia. Warto zauważyć, że jednostki legitymujące się kontraktem na leczenie specjalistyczne są także nadzorowane przez sam NFZ, co daje pewność odpowiedniego wyposażenia i odpowiednich zasobów osobowych placówki.

L. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Roczny koszt badań przesiewowych w kierunku nowotworów w programie wynosi 25.000 złotych. Każdego roku wykrywane jest dzięki tym badaniom kilkanaście przypadków z podejrzeniem obecności miejsc nowotworowych w początkowym stadium rozwoju. Pacjenci z podejrzeniami kierowani są następnie do specjalistycznych placówek onkologicznych. Efektywność kosztowa jest olbrzymia, gdyż nawet jeden wykryty nowotwór w początkowej fazie rozwoju umożliwia skuteczne leczenie, które jest nieporównywalnie mniej kosztowe, niż długotrwałe leczenie rozległego nowotworu.

Niestety co do ostatecznej skuteczności nie mamy danych, gdyż pacjenci kierowani do specjalistycznych placówek onkologicznych nie wracają już z tym do nas. Musi tu wystarczyć statystyka o której piszemy w pkt. „i”.

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

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

Corocznie badanych jest około 400 badań. Koszt wykonania jednego badania przesiewowego wynosi około 43 zł. Dodatkowo koszt prelekcji, druk ulotek i plakatów, zakup fantoma do samobadania.

b. Planowane koszty całkowite

100 000 zł - 4 lata

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Nie dotyczy

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

Koszty ponoszone przez gminę dotyczą w przypadku stwierdzanych podejrzeń o raka jedynie pierwszej fazy postępowania, czyli tzw. badań przesiewowych. Dalszy ciąg diagnostyki (czyli biopsje cienko i gruboigłowej, wyłyżeczkowania, kolposkopie i inne), często bardzo kosztownej, w naszym powiecie pacjent może wykonać w Centrum Zdrowia w Piasecznie w ramach kontraktu na leczenie specjalistyczne z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z racji tego, że Centrum Zdrowia w Piasecznie od lat jest wykonawcą Programu potwierdzić można, że przekazanie pacjenta do dalszej diagnostyki jest bardzo sprawne i bezproblemowe dla pacjenta. Wart też podkreślenia jest fakt, że w Centrum Zdrowia wykonywane są usługi trudno dostępne na terenie całego województwa mazowieckiego jak biopsja gruboigłowa, czy rezonans piersi (także w ramach kontraktu z NFZ).

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

W każdym roku trwania programu zostanie przeprowadzona analiza zgłaszalności do Programu mieszkańców gminy.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ankieta ewaluacyjna dla pacjentów.

c. Ocena efektywności programu

Dane statystyczne zbierane podczas 4 lat trwania programu: ilość osób zgłaszających się na badania i ilość wykrywanych chorób nowotworowych w poszczególnych latach.

Rozdział VII - Okres realizacji programu

2015 rok


PRZEWODNICZĄCY
RADY MIKROSKOPEJ
Andrzej Cieślowski

Nazwa programu

" Zdrowa Gmina"

Autorzy programu

Urząd Miasta i Gminy Konstancin-Jeziorna

Czas realizacji: 2015 rok

Rozdział I - Opis problemów zdrowotnych.

a. Problem zdrowotny

Grypa: W okresie jesienno-zimowym można zaobserwować zwiększoną liczbę zachorowań na grypę oraz choroby grypopochodne. Powikłania tych chorób stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia osób na nie chorujących. Leczenie tych chorób pociąga za sobą duże koszty finansowe i społeczne. Aby zmniejszyć koszty chorób i ich powikłań wprowadzono szczepienia przeciwko grypie dla osób po 55 roku życia, dzieci z Domu Dziecka.

Meningokoki: Szczepienie przeciwko meningokokom dla dzieci w wieku 13 lat.

Do zakażenia meningokokami może dojść drogą kropelkową lub przez bezpośredni kontakt z wydzieliną górnych dróg oddechowych osoby chorej lub nosiciela. Okres wylegania choroby trwa od 2 do 10 dni. Zachorować może każdy, ale grupą najbardziej podatną na zakażenia są dzieci do lat 4, a także młodzież, ze względu na styl życia. Źródłem zakażenia może być osoba chora, jak również bezobjawowy nosiciel. Szacuje się, że nosiciele mogą stanowić od 2 do 30 % populacji, przy czym w środowiskach zamkniętych, np. koszarach, internatach, akademikach, może być ich znacznie więcej. Czynnikiem zakażenia mogą być: picie przez wiele osób z tego samego naczynia czy butelki, używanie tych samych sztućców, talerzy, palenie jednego papierosa, przyjmowanie narkotyków za pomocą jednej rurki. Zakażeniu mogą sprzyjać przygodne pocałunki, a także przebywanie w zatłoczonych pomieszczeniach (dyskoteka, pub). Duże znaczenie w przeciwdziałaniu zakażeniu ma więc unikanie ww. zachowań ryzykownych oraz przestrzeganie higieny osobistej.

b. Epidemiologia

Grypa jest chorobą zakaźną, którą wywołują wirusy. Wirusy grypy ulegają częstym zmianom genetycznym (tzw. mutacje), co powoduje, że w każdym sezonie wiele osób może zachorować na grypę. Wirusy przenoszą się między osobami chorymi a zdrowymi. Grypa nie jest "zwykłym przeziębieniem", ponieważ wirusy grypy są znacznie bardziej niebezpieczne, a konsekwencje grypy mogą być o wiele groźniejsze. Dla niektórych osób, szczególnie z przewlekłymi chorobami serca, płuc czy cukrzycą, grypa może stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia. Dlatego nie należy grypy lekceważyć. Jednocześnie warto podkreślić, że grypa jest chorobą, przeciw której istnieją skuteczne sposoby ochrony. Zarażenie grypą następuje drogą kropelkową. Gdy osoba chora na grypę mówi, kaszle lub kicha wydalą niewielkie kropelki śliny razem z wirusem, które trafiają do dróg oddechowych innych osób. W ten sposób wirus dostaje się do organizmu, a potem zaczyna się rozwijać i powoduje grypę. Zarażenie może również nastąpić poprzez kontakt bezpośredni. Jeśli chora osoba na grypę dotyka swoich ust lub nosa, np. podczas oczyszczania nosa chusteczką, na rękach pozostają jej mikroskopijne ślady śluzu wraz z wirusem. Dotknięcie tą ręką innej osoby powoduje przekazanie wirusów, a następnie ich rozsiew podczas dotykania ust i nosa. Osoba chora na grypę zaraża inne osoby już na 2-3 dni przed wystąpieniem objawów grypy, zaraża także w trakcie występowania objawów ostrej choroby, oraz około 3-5 dni po ich ustąpieniu. Najbardziej zagrożone są osoby przebywające w bliskiej odległości chorego. Osoba chora

powinna więc unikać bliskiego kontaktu z otoczeniem, podczas kaszlu i kichania powinna zasłaniać usta i nos chusteczką, nie zostawiać zużytych chusteczek w miejscach publicznych. Należy często myć i dezynfekować ręce, żeby pozbywać się wirusów ze skóry. Od momentu zarażenia może upłynąć od jednego do sześciu dni zanim pojawią się pierwsze objawy choroby, jednak najczęściej okres wylegania wynosi około 3 dni. Objawy grypy pojawiają się nagle tj. w ciągu kilku godzin. Do najważniejszych należą: wysoka gorączka (powyżej 38°C), dreszcze, suchy i męczący kaszel, katar, mogą wystąpić krwawienia z nosa, silne bóle głowy, bóle mięśni, uczucie rozbicia i wyczerpania. Zwykle nie ma kataru ani zapalenia spojówek. Objawy niepowikłanej grypy ustępują po około tygodniu. Najdłuższym utrzymującym się objawem jest kaszel, który może trwać kolejny tydzień po ustąpieniu ostrych objawów. Również niektóre osoby po przechorowaniu grypy mogą odczuwać osłabienie przez dłuższy czas. Na grypę sezonową można chorować wielokrotnie w ciągu całego życia, ponieważ odporność po przechorowaniu nie jest długoletnia, a wirus ulega częstym zmianom (mutacjom). Zmiany wirusa powodują, że organizm ma do czynienia za każdym razem ze zmienionym, trochę innym wirusem i za każdym razem nasz układ odporności musi się uczyć od nowa jak go pokonać. Istnieją badania specjalistyczne, które mogą potwierdzić zachorowanie na grypę np. badania krwi lub wymaz z gardła. Najczęściej jednak lekarz rozpoznaje grypę na podstawie rozmowy z pacjentem oraz badania lekarskiego. Wbrew powszechnej opinii, grypa może być bardzo niebezpieczną chorobą. Zachorowanie na grypę może powodować pojawienie się innych chorób (powikłań, np. zapalenie płuc). Grypa również może pogorszyć przebieg chorób, na które dana osoba cierpiała przed zachorowaniem na grypę, np. zaostrenie astmy czy rozregulowanie cukrzycy. Do najczęstszych powikłań grypy należą: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, zapalenie zatok, zapalenie ucha, zaostrenie już istniejących chorób np. chorób układu krążenia (niewydolność krążenia), chorób układu oddechowego (astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli i inne). Do rzadszych powikłań należą: zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie nerwów, zapalenie mózgu. Zdarzają się sytuacje, gdy grypa lub jej powikłania mogą doprowadzić do śmierci. Dzieje się to głównie u osób starszych i cierpiących na choroby przewlekłe. Ważna jest umiejętność rozróżnienia grypy i przeziębienia, ponieważ powikłania pogrypowe takie jak zapalenie płuc mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia. Gdy zaistnieje podejrzenie grypy należy udać się do lekarza. Lekarz potwierdzi lub odrzuci nasze przypuszczenia. Lekarz również oceni ryzyko powikłań, biorąc pod uwagę nasz wiek i istniejące już choroby. Zapisze leki łagodzące objawy choroby, a także wypisze zwolnienie z pracy.

Meningokoki to bakterie z gatunku *Neisseria meningitidis*, zwane czasem dwoinkami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Mogą powodować groźne, inwazyjne choroby meningokokowe - zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i sepsę. Diagnoza zakażeń meningokokowych jest niezwykle trudna, gdyż początkowe objawy do złudzenia przypominają dolegliwości grypowe. Kolejnym czynnikiem działającym na niekorzyść chorego jest fakt, że nasilenie objawów pozornie zmniejsza się po ok. 4 - 7 godzinach, co niejednokrotnie przyczynia się do opóźnienia momentu postawienia diagnozy i rozpoczęcia właściwego leczenia. Meningokoki występują w 13 różnych odmianach serologicznych. W Polsce najczęściej odnotowuje się zakażenia typu B i C. Meningokoki z grupy C częściej wywołują epidemie i wiążą się z wyższą śmiertelnością, ponieważ powodują niezwykle groźną i szybko postępującą sepsę. Statystyki mówią same za siebie - prawie 10% chorych na sepsę wywołaną meningokokami typu C umiera, a kolejnym 20% po wygranej walce z chorobą pozostają trwałe uszkodzenia, np. częściowa utrata słuchu, uszkodzenie mózgu, utrata kończyn czy ataki padaczkowe. Zachorowania wywołane meningokokami odnotowuje się głównie wiosną i jesienią. Zapadalność na inwazyjną chorobę meningokokową nie jest duża, w krajach rozwiniętych waha się od 1 do 3 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Co roku na świecie odnotowuje się ok. 500 tys. zakażeń meningokokowych i 50 tys. zgonów z tego powodu. W Polsce, wg danych Państwowego Zakładu Higieny, w 2006 r. na chorobę meningokokową zachorowało 201 osób, z czego na sepsę 139 (w woj. Mazowieckim odpowiednio: 31 i 20 osób), zaś w 2005 r. zanotowano 223 przypadki choroby meningokokowej, a posocznicy - 125. W województwie mazowieckim zachorowało odpowiednio 28 i 21 osób. By uchronić się przed zakażeniem meningokokami, należy unikać bliskiego kontaktu z osobami chorymi lub będącymi nosicielami tych drobnoustrojów. Meningokoki bytują w jamie nosowo-gardłowej i rozprzestrzeniają się drogą kropelkową, więc powinniśmy unikać kontaktu z wydzielinami (kaszel, katar, ślina) osoby chorej lub

będącej nosicielem. Niestety często jest tak, że nie mamy pojęcia, że ktoś jest nosicielem meningokoków, więc nie jesteśmy w stanie w 100% ochronić się przed zakażeniem. Szacuje się, że ok. 10% ludzi jest nieświadomymi nosicielami tych bakterii. Wśród młodzieży jest to już 20%, a w niektórych skupiskach zamkniętych (żłobek, przedszkole, dom dziecka) liczba ta sięga nawet 80%. Najważniejsze to unikanie ryzykownych zachowań, stąd hasła: „Nie dawaj łyka”, „nie dawaj gryza”, „nie dawaj macha”. Niestety, z badań wynika, że są to zachowania niezwykle popularne wśród dzieci i młodzieży. Okres wylegania choroby meningokokowej może wynosić 2 - 10 dni, najczęściej jednak 3 – 4 dni. **LEPIEJ ZAPOBIEGAĆ NIŻ LECZYĆ!** Na szczęście istnieje skuteczna metoda zapobiegania zakażeniom meningokokami - jest nią zaszczepienie dziecka szczepionką przeciwko meningokokom. Może ona uratować życie, chroniąc przed potencjalnym zakażeniem i ciężką chorobą. Szczepionka bardzo dobrze oddziałuje na układ odpornościowy, posiada bowiem zdolność do wzbudzania tzw. pamięci immunologicznej, co powoduje długotrwałą ochronę. Dodatkowym atutem szczepionki jest zapobieganie osiedlaniu się meningokoków w gardle, co znacznie zmniejsza liczbę nosicieli. Szczepionka jest bezpieczna, daje natychmiastowe korzyści i jest w stanie znacząco obniżyć zachorowalność i śmiertelność, spowodowaną zakażeniami wywołanymi przez meningokoki typu C. Nie ma żadnych przeciwwskazań do szczepienia dzieci przeciwko meningokokom.

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

Grypa: powyżej 55 roku życia 9768 osób oraz dzieci w Domu Dziecka 39 osób

Meningokoki:

dzieci w wieku 13 lat tj. I klasa gimnazjum. W gminie Konstancin-Jeziorna szczepienia p-ko meningokokom u dzieci z I klas gimnazjum prowadzone są od 6 lat. Zaszczepiono już roczniki od 1994 do 2000.

W latach 2012-2015 programem zdrowotnym objęte zostaną:

W roku 2012 – dzieci z rocznika 1999 – około 200 uczniów,

W roku 2013 – dzieci z rocznika 2000 - około 200 uczniów,

W roku 2014 – dzieci z rocznika 2001 - około 200 uczniów,

W roku 2015 – dzieci z rocznika 2002 - około 200 uczniów.

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

W tym problemie zdrowotnym nie ma gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wprowadzenie programu konsultowano z Komisją Uzdrawiskową, Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej Konstancin-Jeziorna, Społeczną Radą ZOZ-u oraz mieszkańcami Gminy, wszystkie te grupy zgodnie uznają, że wprowadzenie tego programu jest bardzo potrzebne ze względów społecznych oraz finansowych.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Zmniejszenie odsetka osób chorujących na grypę i choroby grypopochodne na terenie Gminy oraz obniżenie ilości zachorowań na chorobę wywołaną bakterią z gatunku *naisseria meningitidis* – meningokoki.

b. Cele szczegółowe

grypa:

- zmniejszenie kosztów leczenia grypy i chorób grypopochodnych;
- zmniejszenie odsetka dzieci chorujących i opuszczających zajęcia szkolne;
- poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa;
- zwiększenie aktywności zawodowej i społecznej osób z wcześniej wykrytą chorobą;
- zmniejszenie odsetka osób przebywających na zwolnieniu lekarskim.

meningokoki:

Szczepionka przeciwko meningokokom charakteryzuje się bezpieczeństwem stosowania i wysoką skutecznością. Udowodniono, że programy szczepień prowadzone z użyciem szczepionki koniugowanej dają błyskawiczne korzyści i są w stanie znacznie obniżyć śmiertelność i zachorowalność na zakażenia wywołane przez meningokoki z grupy C. Szczepienie jest możliwe i celowe w każdym momencie. O ewentualnych przeciwwskazaniach do zaszczepienia decyduje lekarz.

c. Oczekiwane efekty

Poprawa funkcjonowania przychodni zdrowia w Gminie Konstancin-Jeziorna w okresie jesienno-zimowym poprzez zmniejszenie ilości wizyt pacjentów chorych na gripę. Zmniejszenie ilości zachorowań i kosztów związanych z ich leczeniem.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Ankiety ewaluacyjne. Dane statystyczne z przychodni zdrowia na terenie Gminy dotyczące ilości zachorowań w okresie jesienno-zimowym.

Rozdział III - Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Grypa: programem objęci są stali mieszkańcy Gminy powyżej 55 roku życia 9768 osób oraz dzieci w Domu Dziecka 39 osób.

Meningokoki: programem objęte są dzieci w pierwszych klasach gimnazjum (uczące się na terenie Gminy oraz poza nią) w okresie 2012-2015, tj. w rocznikach 1999-2002 łącznie około 800 dzieci.

b. Tryb zapraszania do programu

Grypa : Do programu zapraszani są stali mieszkańcy gminy powyżej 55 roku życia oraz dzieci z domu dziecka. Informacja o programie dociera do uczestników poprzez akcje informacyjne w przychodniach, na stronach internetowych oraz za pośrednictwem plakatów.

Meningokoki: Do programu zapraszani są uczniowie I klasy gimnazjum zamieszkali na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna. Informacja o programie dociera do uczniów w czasie pobytu w szkołach. Uczestnicy programu uczący się poza placówkami położonymi na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna są informowani o programie przez swoich lekarzy rodzinnych.

Rozdział IV -Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

grypa: szeroka informacja społeczności poprzez informacje na plakatach w przychodniach, w Urzędzie Miasta i Gminy, na stronach internetowych Gminy Konstancin-Jeziorna oraz SPZZOZ, oraz informacja bezpośrednia przez pielęgniarki i lekarzy we wszystkich placówkach POZ, badania kwalifikacyjne u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i szczepienie u lekarzy POZ.

meningokoki: Pogadanki-wykłady w szkołach na temat epidemiologii zakażeń meningokokowych i znaczenia szczepień ochronnych dla zdrowia i życia społeczeństwa. Akcje plakatowe w szkołach, akcja informacyjna skierowana do rodziców uczniów objętych programem – akcja ulotkowa, rozprawienie wśród rodziców formularzy „Zgoda na szczepienie”, badania kwalifikacyjne i szczepienie uczniów. Badanie kwalifikacyjne i szczepienie uczniów odbywa się w przychodniach SPZZOZ Konstancin-

Jeziorna w terminie uzgodnionym z Dyrektorem Szkoły. Możliwa jest obecność rodziców w trakcie szczepienia ich dzieci.

b. Planowane interwencje

Grypa: akcja uświadamiająca pacjentów o konieczności corocznego szczepienia, badanie kwalifikacyjne i szczepienie p-ko grypie.

Meningokoki: akcja informacyjna poprawiająca świadomość istoty problemu, promująca zdrowe zachowania, badanie kwalifikacyjne i szczepienie p-ko meningokokom wśród młodzieży w I klasie gimnazjum.

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

grypa: stali mieszkańcy Gminy Konstancin-Jeziorna, którzy ukończyli 55 rok życia.

meningokoki: stali mieszkańcy Gminy Konstancin-Jeziorna z roczników 1999-2002.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

grypa: uczestnicy programu mogą się zgłaszać do wszystkich placówek medycznych publicznych i niepublicznych w Gminie Konstancin-Jeziorna, od poniedziałku do piątku w godz. 8-18 (godziny otwarcia przychodni zdrowia POZ). Po wyrażeniu zgody na szczepienie i zakwalifikowaniu przez lekarza POZ uczestnicy programu zostają zaszczepieni.

Meningokoki: programem zostaną objęci wszyscy uczniowie I klas gimnazjum w Gminie Konstancin-Jeziorna. Uczniowie, których rodzice wyrazili zgodę na szczepienie i zostaną zakwalifikowani przez lekarza, będą zaszczepieni szczepionką p-ko meningokokom. Uczniowie biorą udział w programie podczas pobytu w szkole, a szczepienia będą wykonywane w przychodniach.

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

grypa i meningokoki: w „Programie szczepień ochronnych na 2014” zgodnie z załącznikiem do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26.10.2011 roku, ujęto szczepienia p-ko zakażeniom meningokokami oraz szczepienia p-ko grypie w populacji ogólnej w II kategorii tj. zalecane, niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

Grypa: szczepienie kończy udział w programie w danym roku i zaproszenie do kontynuacji udziału w programie w latach następnych.

Meningokoki: zaszczepienie kończy udział w programie.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Dane pacjentów w programie podlegają ochronie danych osobowych. Lekarze i pielęgniarki biorący udział w programie mają wykształcenie medyczne. Do szczepień używany będzie sprzęt jednorazowego użytku. Gwarancja prawidłowego przechowywania szczepionek.

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program będą realizować osoby z wykształceniem medycznym: pielęgniarki i lekarze POZ w placówkach POZ położonych na terenie Gminy.

i. Dowody skuteczności planowanych działań

Grypa: skuteczność szczepień przeciwko grypie w grupie osób w podeszłym wieku, według wytycznych praktyki klinicznej, uważana jest za dowiedzioną, a korzyści przeważają nad potencjalnym ryzykiem związanym z podawaniem szczepionki.

Meningokoki: jak wynika z danych epidemiologicznych, liczba zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową spada z każdym rokiem, co jest spowodowane m. in. coraz większą powszechnością szczepień. Jak wynika z opinii ekspertów, najskuteczniejszą metodą profilaktyki zakażeń meningokokami grupy C są szczepienia profilaktyczne. Szczepienia rutynowe osób z grup ryzyka nie tylko indukują odporność osobniczą, ale także odporność populacyjną, co pozwala uniknąć rozprzestrzeniania się zakażenia.

j. Opinie ekspertów klinicznych

W „Programie szczepień ochronnych na 2012” zgodnie z załącznikiem do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26.10.2011 roku, ujęto szczepienia p-ko zakażeniom meningokokami oraz szczepienia p-ko grypie w populacji ogólnej w II kategorii tj. zalecane, niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia.

k. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

Grypa: programy profilaktyki zakażeń wirusem grypy wchodzi w zakres Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (cel strategiczny 7: „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym”) oraz w zakres priorytetów zdrowotnych Ministerstwa Zdrowia.

Meningokoki: szczepienia przeciwko meningokokom Grupy C wchodzi w zakres Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (cel strategiczny 7: „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym”).

l. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Skuteczność szczepień profilaktycznych uważana jest za dowiedzioną. Programy profilaktyki zakażeń wirusem grypy i meningokokami wchodzi w zakres Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (cel strategiczny 7: „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym”) oraz w zakres priorytetów zdrowotnych ministerstwa Zdrowia.

Efektywność kosztowa jest niepodważalna, zmniejszenie zgłaszalności pacjentów do lekarza a także zmniejszenie ilości powikłań zarówno grypy jak i choroby meningokokowej daje wymierne oszczędności w skali placówek POZ funkcjonujących na terenie Gminy jak i placówek lecznictwa zamkniętego na terenie powiatu i województwa.

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

Grypa: na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna od wielu lat wykonywane są szczepienia przeciwko grypie u osób, które ukończyły 65 rok życia, a od 4 lat granica wieku została obniżona do 55 roku życia.

Meningokoki: na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna od 6 lat wykonywane są szczepienia przeciwko meningokokom młodzieży gimnazjalnej. Dotychczas zaszczepiono roczniki 1994-2000.

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

Szczepionka przeciwko grypie - 25 zł/osoba/rok

Szczepionka przeciwko meningokokom - 125 zł/osoba/rok

b. Planowane koszty całkowite

35 000 zł na jeden rok.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Nie dotyczy

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

Skuteczność szczepień profilaktycznych uważana jest za dowiedzioną. Programy profilaktyki zakażeń wirusem grypy i meningokokami wchodzą w zakres Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (cel strategiczny 7: „Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym”) oraz w zakres priorytetów zdrowotnych ministerstwa Zdrowia.

Efektywność kosztowa jest niepodważalna, zmniejszenie zgłaszalności pacjentów do lekarza a także zmniejszenie ilości powikłań zarówno grypy jak i choroby meningokokowej daje wymierne oszczędności w skali placówek POZ funkcjonujących na terenie Gminy jak i placówek lecznictwa zamkniętego na terenie powiatu i województwa.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

Ilość osób, które zgłosiły się do programu w stosunku do ilości osób, które mogą być objęte działaniem programu.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ankiety ewaluacyjne.

c. Ocena efektywności programu

Ilość zachorowań w latach, kiedy nie było na terenie Gminy szczepień do ilości zachorowań, od kiedy wprowadzono szczepienia.

Rozdział VII - Okres realizacji programu

2015 rok

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
Andrzej Cieślowski
Andrzej Cieślowski

Nazwa programu

Medycyna szkolna

Autorzy programu

Urząd Miasta i Gminy 05-520 Konstancin-Jeziorna ul. Warszawska 32

Czas realizacji: 2015 rok

Rozdział I - Opis problemu zdrowotnego.

a. Problem zdrowotny

Na terenie gminnych placówek oświatowych często zdarzają się wypadki, uczniowie ulegają urazom. Wielu uczniów ma próchnicę zębów i choroby przyzębia, zaburzenia narządów zmysłu: wzroku, słuchu oraz mowy, problemy zdrowia psychicznego. Często występują choroby przewlekłe, zakaźne oraz niepełnosprawność. Można zauważyć niską świadomość zapobiegania chorobom i prowadzenia higienicznego trybu życia.

b. Epidemiologia

Następstwem złych nawyków żywieniowych u dzieci i młodzieży są: otyłość, bulimia, anoreksja. Następstwem spożywania alkoholu, palenia tytoniu, używania substancji psychoaktywnych są: nałogi, życiowe wypalenie, niszczenie rodzin. Następstwem niskiej świadomości jak zapobiegać i leczyć choroby: jest zbyt późne wykrywanie chorób. Wszystkie te następstwa dobrze jest jak najwcześniej niwelować, aby ich koszty społeczny były jak najmniejsze.

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

2848 osób w wieku 5-16 lat jest zameldowanych na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna z czego nie wszyscy uczęszczają do placówek oświatowych na terenie Gminy. Do Gminnych placówek oświatowych objętych programem uczęszcza 2006 dzieci.

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

Podczas pobytu dzieci i młodzieży na terenie szkoły są one objęta stałą opieką medyczną co nie byłoby możliwe bez wdrożenia programu "Medycyna szkolna". Świadczenia w programie mają zwiększyć częstość badań, mają także za zadanie podnosić świadomość problemów zdrowotnych, uczyć prawidłowych postaw prozdrowotnych, wpływać na jakość życia dzieci i młodzieży.

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Uzasadnieniem dla wprowadzenia programu są: złe nawyki żywieniowe, prowadzenie niehigienicznego trybu życia, spożywanie alkoholu, palenie tytoniu oraz używanie substancji psychoaktywnych, wypadki i urazy, niedostateczne zachowania prozdrowotne.

Rozdział II - Cele programu

a. Cel główny

Celem głównym programu jest: poprawa zdrowia oraz jakości życia dzieci i młodzieży poprzez edukację, zmianę postaw poprzez nabywanie wiedzy jako wstęp do tworzenia szkół promujących zdrowie.

b. Cele szczegółowe

Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej dzieci i młodzieży oraz działań w zakresie promocji zdrowia. Poprawa sposobu żywienia dzieci i młodzieży szkolnej. Poprawa higieny u dzieci i młodzieży szkolnej. Ograniczenie spożywania alkoholu, zmniejszenie palenia tytoniu oraz ograniczenie zażywania substancji psychoaktywnych przez młodzież. Zmniejszenie ilości wypadków i urazów występujących u dzieci i młodzieży na terenie placówek oświatowych. Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym.

c. Oczekiwane efekty

Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży uczęszczających do placówek oświatowych na terenie Gminy Konstancin-Jeziorna.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Ankiety ewaluacyjne. Liczba wypadków i urazów na terenie szkół.

Rozdział III - Adresaci programu (populacja programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Do programu mają równy dostęp wszyscy uczniowie- 2006 osób

b. Tryb zapraszania do programu

Programem objęci są wszyscy uczniowie uczęszczający do gminnych szkół:

- 1) Zespołu Szkół Nr 1 w Konstancinie-Jeziornie ul. Wojewódzka 12,
- 2) Zespołu Szkół Nr 2 w Konstancinie-Jeziornie ul. Żeromskiego 15,
- 3) Zespołu Szkół nr 3 w Konstancinie-Jeziornie ul. Bielawska 57,
- 4) Zespołu Szkół Nr 4 w Słomczynie ul. Wilanowska 218
- 5) Zespołu Szkół Integracyjnych Nr 5 w Konstancinie-Jeziornie ul. Szkolna 7,
- 6) Szkoły Podstawowej nr 6 w Opaczy.

Rozdział IV -Organizacja programu

a. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Wstępne badanie przez pielęgniarkę po przyjęciu ucznia do szkoły- skierowanie do odpowiedniej grupy dyspenseryjnej- rozmowa z rodzicami i wychowawcą (jeśli stan zdrowia ucznia tego wymaga). Skierowanie do okulisty, laryngologa, rehabilitanta lub innego specjalisty jeśli zachodzi taka potrzeba.

2. Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach na terenie szkoły.

3. Pogadanki i prelekcje:

a. wczesne wykrywanie nowotworów: -nauka samobadania piersi dla dziewcząt, - znaczenie szybkiego zgłaszania się do lekarza w przypadku niepokojących objawy zdrowotnych oraz konieczność poddawania się okresowym badaniom profilaktycznym.

b. prawidłowe nawyki żywieniowe: przeciwdziałanie otyłości, bulimii i anoreksji-współpraca z psychologiem szkolnym w razie potrzeb, znaczenie drugiego śniadania dla młodego organizmu, prawidłowy jadłospis, zwiększenie odsetka uczniów spożywających posiłki w szkole i biorących udział w akcjach: owoce w szkole i mleko w szkole.

c. prowadzenie higienicznego trybu życia, profilaktyka próchnicy- higiena jamy ustnej, prawidłowe mycie zębów, fluoryzacja, higiena osobista ucznia- higiena ubioru, higieniczny rozkład dnia, propagowanie ćwiczeń ruchowych na świeżym powietrzu.

d. spożywanie alkoholu, palenie tytoniu, używanie substancji psychoaktywnych i ich negatywny wpływ na organizm człowieka.

e. problemy wieku dojrzewania- pogadanki, indywidualne rozmowy, broszury, filmy z kaset video.

f. znaczenie szczepień ochronnych, profilaktyka WZW A i B, zapobieganie grypie, zapobieganie zakażeniom.

g. nauka udzielania pierwszej pomocy.

4. Współpraca z rodzicami, wychowawcami, nauczycielami, dyrekcją szkoły.

a. Planowane interwencje

W razie potrzeby uczniowie w ramach programu będą indywidualnie kierowani do lekarzy specjalistów lub psychologia.

b. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

W programie biorą udział wszyscy uczniowie z danej placówki oświatowej. Każdy uczeń bierze udział w prelekcjach dostosowanych do jego wieku i potrzeb np: uczniowie klas I Szkoły Podstawowej uczestniczą w zajęciach z nauki prawidłowego mycia zębów. Przechodzenie do kolejnych etapów programu jest związane z wiekiem uczestników. Uczeń kończy udział w programie kończąc naukę w gminnej placówce oświatowej.

c. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

W ramach programu każdy uczeń, który ulegnie na terenie szkoły wypadkowi lub dozna urazu będzie miał udzieloną pomoc medyczną przez pielęgniarkę szkolną. W ramach programu pielęgniarki szkolne wykonują badania i przydzielą uczniów do poszczególnych grup dyspanseryjnych oraz wskażą rodzicom dalsze możliwości leczenia lub postępowania w każdym przypadku indywidualnie. Program to także pogadanki i prelekcje na poszczególne tematy.

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

Dzięki programowi "Medycyna szkolna" pielęgniarki przebywają w szkołach w godzinach pracy szkół i w każdej chwili są do dyspozycji uczniów, sprawując nadzór nad ich zdrowiem podczas ich pobytu w szkole.

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

Zakończenie udziału w programie jest równoznaczne z zakończeniem nauki w gminnej szkole lub zakończeniem programu.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Nie dotyczy

h. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

W każdej szkole jest gabinet lekarski odebrany przez Sanepid z odpowiednim wyposażeniem. Pielęgniarki zatrudnione przez SPZZOZ Konstancin-Jeziorna mają odpowiednie wykształcenie oraz wieloletnie doświadczenie w pracy z dziećmi i młodzieżą.

j. Opinie ekspertów klinicznych

nie dotyczy

k. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek

nie dotyczy

I. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Program ma szerokie spektrum działania ponieważ skierowany jest głównie do uczniów, ale także do nauczycieli i rodziców, którzy mogą w porozumieniu z pielęgniarką szkolną szybko przeciwdziałać zagrożeniom zdrowotnym u swoich dzieci. Uczniowie dzięki edukacji prozdrowotnej są chronieni przed złymi nawykami np. żywieniowymi, ale także mają wysoką świadomość profilaktyki zdrowotnej.

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

brak dostępności takich danych.

Rozdział V - Koszty

a. Koszty jednostkowe

59,82 zł w jednym roku trwania programu na jednego ucznia.

b. Planowane koszty całkowite

120 000 zł na jeden rok.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

nie dotyczy

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

Najważniejszy w szkole jest uczeń, który powinien być traktowany podmiotowo i jego dobro w całym procesie nauczania, wychowania i opieki na terenie szkoły jest najważniejsze.

Rozdział VI - Monitorowanie i ewaluacja

a. Ocena zgłaszalności do programu

sprawozdania pielęgniarek szkolnych

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Karty ewaluacyjne wypełniane przez rodziców, wychowawców oraz dyrektorów szkół na zakończenie każdego roku szkolnego. Wnioski z ewaluacji będą jednocześnie wytycznymi do pracy w kolejnym roku szkolnym.

c. Ocena efektywności programu

Zmniejszenie ilości wypadków i urazów w szkołach. Zwiększenie świadomości uczniów i ich rodziców na temat zaburzeń odżywiania i nieracjonalnego odżywiania, wczesnego wykrywania chorób nowotworowych, profilaktyki uzależnień, profilaktyki chorób zakaźnych.

Rozdział VII - Okres realizacji programu

2015 rok

PRZEWODNICZĄCY
RADY SZKOLNEJ

Andrzej Cieślowski