

Załącznik do Uchwały Nr XLVII/383/2023
Rady Gminy Tuszów Narodowy
z dnia 6 października 2023 r.



***Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy
dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy***

na lata 2023-2025

opracowany na podstawie Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

Tuszów Narodowy 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3
I.2 Dane epidemiologiczne.....	5
I.3 Opis obecnego postępowania.....	7
II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
II.1 Cel główny.....	10
II.2 Cele szczegółowe	10
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	10
III Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	10
III.1 Populacja docelowa	10
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	10
III.3 Planowane interwencje.....	14
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	16
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	17
IV Organizacja programu polityki zdrowotnej	17
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	17
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	18
V Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	19
V.1 Monitorowanie	19
V.2 Ewaluacja:.....	19
VI Budżet programu polityki zdrowotnej	20
VI.1 Koszty jednostkowe	20
VI.2 Koszty całkowite	21
VI.3 Źródła finansowania	21
VII. Załączniki	22
VIII Bibliografia	28

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Definicja

Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Odporność mechaniczna kości jest uwarunkowana gęstością mineralną (BMD) i jakością tkanki kostnej.

Rodzaje osteoporozy:

Wyróżnia się dwa rodzaje osteoporozy:

- pierwotna, która rozwija się u kobiet po menopauzie i rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku,
- wtórna – jest następstwem różnych stanów patologicznych lub wynikiem działania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów (Szczeklik 2017).

Czynniki ryzyka:

Do czynników ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej zalicza się:

- czynniki genetyczne i demograficzne:
 - predyspozycja rodzinna,
 - wiek (kobiety >65 lat, mężczyźni >70 lat),
 - płeć żeńska,
 - rasa biała i żółta (osteoporoza występuje 3 razy częściej niż u rasy czarnej)
 - BMI <18 kg/m²,
 - stan prokreacyjny:
 - niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii,
 - przedłużony brak miesiączki – późne pokwitanie,
 - brak przebytych porodów,
 - stan pomenopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników)
- czynniki związane z odżywianiem i stylem życia:
 - mała podaż wapnia;
 - niedobór witaminy D;
 - mała lub nadmierna podaż fosforu;
 - niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa;
 - palenie tytoniu;
 - alkoholizm;
 - nadmierne spożywanie kawy;
 - siedzący tryb życia.

Osteoporoza wtórna może być wynikiem:

- występowania chorób, w tym:
 - zaburzeń hormonalnych,

- chorób układu pokarmowego,
- chorób nerek,
- chorób reumatycznych,
- chorób układu oddechowego,
- chorób szpiku i krwi,
- hiperwitaminozy A,
- stanu po przeszczepieniu narządu,
- przyjmowania
 - glikokortykosteroidów,
 - hormonów tarczycy w dużych dawkach,
 - leków przeciwpadaczkowych (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina),
 - heparyny (zwłaszcza niefrakcjonowana),
 - antagonistów witaminy K,
 - cyklosporyny,
 - leków immunosupresyjnych w dużych dawkach i innych antymetabolitów,
 - żywic wiążących kwasy żółciowe (np. cholestyramina),
 - analogów gonadoliberyny,
 - pochodnych tiazolidynodionu (pioglitazon),
 - tamoksyfenu (u kobiet przed menopauzą),
 - inhibitorów aromatazy,
 - inhibitorów pompy protonowej,
 - leków przeciwtretowirusowych,
- unieruchomienia, przebytych złamań, sarkopenii (Szczeklik 2017). ¹

Rozpoznanie:

Osteoporoza jest niezwykle powszechną chorobą u osób w wieku podeszłym. Ze względu na podstępny, często bezobjawowy przebieg nazywana jest „cichą epidemią”. ²

Objawy pojawiają się bowiem najczęściej już jako następstwo złamania kości długich albo kręgow.

Często pierwszym objawem, z którym chory zgłasza się do lekarza jest ostry ból kości wskutek złamania. Złamanie kręgu i/lub złamanie pozakręgowe odniesione po niewielkim urazie bez względu na gęstość kości świadczy o obniżonej wytrzymałości kości i sugeruje, że jej przyczyną jest osteoporoza, ale już zawansowana tzw. jawna klinicznie.

Zasadniczym więc wysiłkiem diagnostycznym jest ocena zagrożenia złamaniem u indywidualnego pacjenta (przed wystąpieniem złamania) i oszacowanie progu tego zagrożenia, po którego przekroczeniu interwencja lecznicza jest konieczna. ³

Osteoporozę jako jednostkę chorobową można rozpoznać po stwierdzeniu zmniejszonej gęstości mineralnej kości (BMD, ang. bone mineral density) – wskaźnik T (ang. T-score) o wartości $\leq -2,5$ u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ≥ 50 lat. U osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka i zwykle jest to osteoporoza wtórna. W diagnostyce osteoporozy wskazana jest ocena bezwzględnego dziesięcioletniego ryzyka złamania na podstawie

¹ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

² Guła Z., Mariusz Korkosz M. Osteoporoza <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/64948,osteoporoza> dostęp z dnia 28.01.2023

³ Marcinowska-Suchowierska E., Czerwiński E., Janusz Badurski J., Walicka M., Tałała M. Osteoporoza – diagnostyka i terapia u osób starszych

występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań(Szczeklik 2017). ⁴

Złamania osteoporotyczne:

Złamanie osteoporotyczne jest definiowane jako złamanie niskoenergetyczne tzn. takie, które nastąpiło po działaniu siły, która nie uszkodziłaby zdrowej kości (WHO Scientific Group, 2008). Najczęściej występuje ono w wyniku upadku z własnej wysokości.

Za najczęstsze złamania osteoporotyczne uważa się złamania:

- bliższego końca kości udowej,
obarczone dużym ryzykiem powikłań ogólnoustrojowych, których efektem jest zgon co piątej kobiety i co czwartego mężczyzny w perspektywie roku.
Nazywane są „ostatnim złamaniem w życiu”.
- kręgosłupa,
dotycząc ok. 25% kobiet po 50. roku życia i 50% kobiet po 85. roku życia.
Mimo że w 70% przypadków są bezobjawowe, to często powodują zmiany anatomiczne kręgów i deformacje posturalne, co może być przyczyną dysfunkcji układu krążeniowo-oddechowego i pokarmowego. Przekłada się to na zwiększenie pięcioletniej śmiertelności o 15–20%.
- kości promieniowej,
(złamania loco typico) często niosą ze sobą komplikacje. W ok. 40% przypadków łączą się z przewlekłymi zespołami bólowymi, nieprawidłowym zrostem i zespołem algodystroficznym (Sudecka).
- bliższego końca kości ramiennej.⁵

Upadki jako jedna z najczęstszych przyczyn złamań osteoporotycznych:

Upadki domowe są jedną z ważnych przyczyn pogorszenia jakości życia lub śmierci wśród osób po 65. roku życia. Spośród wszystkich śmiertelnych wypadków w tej grupie wiekowej połowę stanowią upadki, które zdarzają się w domu. Upadek może być jednym z najgorszych urazów w życiu osoby starszej, głównie u kobiet. Zdarzenia te często prowadzą do całkowitej reorganizacji życia oraz do nieodwracalnych skutków zdrowotnych, psychicznych i społecznych. Czynniki sprzyjające wypadkom dzielą się na biologiczne, behawioralne, środowiskowe i socjoekonomiczne.⁶

Jedną z najczęstszych bezpośrednich przyczyn złamań osteoporotycznych są upadki. Przyczyniają się przynajmniej do 90% złamań loco typico i BKKU.⁷

Profiaktyka osteoporozy:

Odnalezione rekomendacje (WFO 2017, NOGG 2017, RACGP 2017, EULAR/EFORT 2016, SOGC 2014, SMS 2013) wskazują na szereg interwencji, które mają zastosowanie w prewencji osteoporozy.

⁴ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

⁵Kulej M., Morasiewicz P., Dragan Sz. F., Dragan Sz. Ł., Urbański W. Osteoporoza – cicha epidemia <https://www.praktyczna-ortopedia.pl/artukul/osteoporoza-cicha-epidemia> dostęp z dnia 28.01.2023

⁶Manasterski M., Mastalerz-Migas A. Upadki domowe wśród pacjentów 65+. Rola lekarza POZ w zapobieganiu i ograniczaniu skutków

⁷Kulej M., Morasiewicz P., Dragan Sz. F., Dragan Sz. Ł., Urbański W. Osteoporoza – cicha epidemia <https://www.praktyczna-ortopedia.pl/artukul/osteoporoza-cicha-epidemia> dostęp z dnia 28.01.2023

Podkreśla się przede wszystkim znaczenie

- odpowiedniej podaży wapnia i witaminy D w pożywieniu,
- aktywnego ruchowo trybu życia,
- eliminację używek - alkohol i papierosy.

Główne zalecenie dotyczy tego, aby w szeroko pojętej profilaktyce osteoporozy dążyć do zapewnienia prawidłowej podaży wapnia w codziennej diecie oraz podaży witaminy D.

Prewencja złamań:

- obejmuje wszystkich, także osoby z niskim ryzykiem złamań (<5%).
- zdrowy, aktywny ruchowo tryb życia,
- eliminacja używek,
- odpowiednia dieta,
- ograniczenie stosowania leków zwiększających ryzyko złamań,
- prewencja upadków i urazów,
- odpowiednia edukacja społeczeństwa

stanowią podstawowy warunek ograniczenia ryzyka rozwoju osteoporozy i jej powikłań (WFO 2017).

Wykrywanie osteoporozy w sposób zgodny z badaniami naukowymi:

Viswanathan 2018

- uzyskane wyniki sugerują, że prowadzenie badań przesiewowych może w przyszłości przełożyć się na mniejszą liczbę złamań szyjki kości udowej u kobiet w wieku 70-85 lat.
- wykazano, że ograniczone dane z dwóch badań obserwacyjnych dobrej jakości nie wykazały korzyści w prognozowaniu złamań wynikających z powtarzania testów pomiaru gęstości kości w okresie od 4 do 8 lat po wstępnym badaniu przesiewowym.
- W trzech badaniach sugerowano, że na optymalny odstęp między badaniami wpływa wyjściowa wartość BMD.

RCT Kastner 2017

- wdrażanie kompleksowych, wielokomponentowych interwencji (edukacja + informacja zwrotna + kontrola + ocena ryzyka + skryning) z zakresu osteoporozy, znacząco wpływa na przyspieszenie rozpoczęcia leczenia osteoporozy,
- nie zaobserwowano istotnego statystycznie wpływu żadnej z interwencji na redukcję złamań.

Ocena narzędzi (skal/kwestionariuszy) wykorzystywanych do oceny ryzyka złamań:

Odnalezione w ramach analizy klinicznej przeglądy systematyczne/metaanalizy oceniały szereg narzędzi wykorzystywanych w celu oceny 10-letniego ryzyka złamań (proste narzędzia m.in.

- Osteoporosis Self-assessment Tool (OST),
- Osteoporosis Risk Assessment Instrument (ORAI),
- Garvan Fracture Risk Calculator (Garvan)

oraz bardziej kompleksowe narzędzia, m.in.

- Simple Calculated Risk Estimation Score (SCORE),
- Fracture Risk Assessment Tool (FRAX),
- QFracture).

Wnioskując na podstawie dostępnych wyników, nie ma możliwości wskazania najskuteczniejszego narzędzia. Wszystkie opisywane oceniane są jako skuteczne.

W odniesieniu do badania densytometrii w przeglądzie Høiberg 2016 podkreśla się, że badanie to jest nadal traktowane jako złoty standard w zakresie rozpoznania osteoporozy i prognozowania

ryzyka złamań w populacji powyżej 40 r.ż⁸

I.2 Dane epidemiologiczne

Na potrzeby analizy liczby zachorowań w chorobach przewlekłych oszacowano wskaźnik zapadalności rejestrowanej - liczby nowych pacjentów z danym rozpoznaniem pojawiających się w systemie publicznej służby zdrowia.

W województwie podkarpackim w roku 2014 dla zaburzeń mineralizacji i struktury kości

- wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 152,2
- wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 1143,3⁹

Porównując szacowaną liczbę chorych z wartością chorobowości rejestrowanej oszacowano, że stopień niedoszacowania liczby chorych na osteoporozę w 2018 roku wyniósł 74%. Odpowiada to liczbie 1,56 mln niezdiagnozowanych osób, z czego prawie 500 tys. było powyżej 80. roku życia.¹⁰

Współczynnik DALY

GBD – Global (Polish) Burden of Disease

Przedsięwzięcie badawcze skierowane na możliwość ilościowego określenia utraty zdrowia z powodu

- chorób,
- urazów,
- czynników ryzyka
- wpływających na zdrowie za pomocą określonych i wystandaryzowanych miar zdrowotnych tj. DALY, YLL, YLD.

Wskaźnik DALY jest sumą liczby utraconych lat życia (Years of Life Lost – YLL) z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych w niesprawności (Years of Life with Disability – YLD).

Poprzez wskaźnik DALY można szacować wagę (umieralność i chorobowość) konkretnych chorób, a w konsekwencji – wagę czynników ryzyka powodujących ich wystąpienie, korzyści wynikające ze zmniejszenia rozpowszechnienia choroby wskutek prewencji lub leczenia, a po przeliczeniu na wartości monetarne – także koszty oraz korzyści wynikające z poszczególnych interwencji. Jeden DALY można uznać za jeden rok utraconego życia w pełnym zdrowiu.¹¹

Osteoporoza w DALY

Osteoporoza zaliczana jest do chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Wartość globalna dla 183 krajów DALYs dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego wzrosła w badanym okresie z 80.225 634,6 w roku 2010 do 107 885 832,6 w roku 2015. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego znalazły się na drugim miejscu wśród głównych przyczyn YLDs (ang. years live with disability) lat przeżytych z niepełnosprawnością zaraz za zaburzeniami psychicznymi.

Głównymi spostrzeżeniami autorów tego badania była ewidentna i stała tendencja wzrostowa wpływu chorób układu mięśniowo-szkieletowego na stan zdrowia człowieka (zarówno w ujęciu liczbowym jak i odsetkowym) na przestrzeni poszczególnych lat.

⁸ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

⁹ Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa podkarpackiego w zakresie 30 grup chorób Ministerstwo Zdrowia

¹⁰ NFZ o zdrowiu – Osteoporoza 2019

¹¹ <https://www.aotm.gov.pl/projekty-aotmit/gbd/> dostęp z dnia 28.01.2022

Największe wartości DAILYs i YLD dla chrób układu mięśniowo-szkieletowego uzyskiwano w krajach na kontynencie europejskim. Chroby układu mięśniowo-szkieletowego były głównie przyczyną niesprawności, natomiast w dużo mniejszym stopniu związane były ze skróceniem przeżycia (w 2015 roku - 19. pozycja, na miejscu 1.- choroby układu krążenia).

Obliczane wartości wpływu ChUMS na stan zdrowia dodatnio korelowały z wskaźnikiem rozwoju gospodarczego jakim jest dochód krajowy brutto, tzn. im bogatszy był kraj tym większy był wpływ ChUMS na ogólny stan zdrowia jego mieszkańców.¹²

Upadki w DALY

Najwyższą wartość YLD (liczba lat przeżytych w niesprawności wartości bezwzględne) dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. odnotowano dla problemów zdrowotnych obejmujących ból dolnego odcinka kręgosłupa (0,57 mln), cukrzycę (0,34 mln) oraz upadki (0,28 mln).

Upadki oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa znacznie pogarszają jakość życia społeczeństwa ze względu na powodowaną przez nie niesprawność. Sumarycznie odpowiadają one za ok. 17% wartości YLD i za 7,7% wartości DALY.¹³

Liczba złamań

"W roku 2021 i w styczniu 2022 grupa autorów związana z International Osteoporosis Foundation (IOF) opublikowała szerokie opracowania statystyczne dotyczące epidemiologii osteoporozy i złamań oraz ich diagnostyki, leczenia i kosztów wposzczególnych krajach Unii Europejskiej oraz w Szwajcarii i Wielkiej Brytanii. Podano, że w Polsce, która nie należy do krajów o dużym ryzyku złamań (dane z lat 2019–2020), na osteoporozę (rozpoznawaną wg kryteriów Światowej Organizacji Zdrowia) choruje około 1 985 000 osób, w tym 80% kobiet, co stanowi około 4,8% całej populacji, podczas gdy w populacjach europejskich jest to średnio około 5,6%. Rocznie w naszym kraju ma dochodzić do około 206 000 nowych złamańiskoenergetycznych (tj. 563 dziennie). W związku z szybkim starzeniem się polskiej populacji w latach 2019–2030 populacja kobiet w wieku >75 lat ma się powiększyć o 61%, przewiduje się więc szybki i znaczny wzrost liczby złamań.

Analiza przedstawia także dane dotyczące dostępu do leczenia – aż 83% kobiet z osteoporozą nie otrzymuje żadnego leczenia; tylko w Bułgarii odsetek ten jest większy (87%). Problem jest powszechny, gdyż w zdecydowanej większości krajów odsetek chorych leczonych nie przekracza 50%.¹⁴

I.3 Opis obecnego postępowania

Zarówno polskie jak i międzynarodowe rekomendacje zalecają prowadzenie działań przesiewowych poprzez ocenę ryzyka złamań w grupach osób narażonych na rozwój osteoporozy (głównie kobiety po menopauzie i mężczyźni w wieku 65 lat i więcej).

"W jednym z badań RCT (SCOOP 2018) włączonych do przeglądu systematycznego Viswanathan 2018, uzyskane wyniki sugerują, że prowadzenie badań przesiewowych może w przyszłości przełożyć się na mniejszą liczbę złamań szyjki kości udowej u kobiet w wieku 70-85 lat. Porównując przesiew z jego brakiem, raportowano mniej złamań kości udowej."¹⁵

Aktualnie w ramach świadczeń gwarantowanych leczenie osteoporozy na podkarpaciu prowadzą trzy poradnie zlokalizowane w Rzeszowie, Stalowej Woli oraz Mielcu. W ramach świadczeń NFZ

¹²<https://www.termedia.pl/reumatologia/Choroby-ukladu-miesniowo-szkieletowego-w-statystyce-WHO,34415.html>

¹³ OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA1)z dnia 27 sierpnia 2021 r.w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

¹⁴ Głuszko P.: *Osteoporoza – postępy 2021/2022*. Med. Prakt., 2022; 5: 79–85

¹⁵ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

skierowanie na badanie densytometryczne może wystawić lekarz specjalista w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Lekarz POZ nie jest uprawniony do wystawienia skierowania na badanie densytometryczne¹⁶

Czynnikiem ograniczającym dostępność badania densytometrycznego jest konieczność oczekiwania na wizytę specjalistyczną.

- Poradnia Leczenia Osteoporozy w Mielcu średni czas oczekiwania 102 dni,
- Poradnia Leczenia Osteoporozy w Rzeszowie średni czas oczekiwania 172 dni,
- Poradnia Leczenia Osteoporozy w Stalowej Woli średni czas oczekiwania 26 dni¹⁷

Kolejnym czynnikiem, który może utrudniać dostęp do świadczeń w zakresie profilaktyki i diagnostyki osteoporozy może być konieczność dojazdu do miejsc realizacji świadczeń, zwłaszcza dla osób posiadających trudności w poruszaniu się.

- Poradnia Leczenia Osteoporozy w Mielcu odległość 10 km od Tuszowa Narodowego
- Poradnia Leczenia Osteoporozy w Rzeszowie odległość 65 km od Tuszowa Narodowego
- Poradnia Leczenia Osteoporozy w Stalowej Woli odległość 60 km od Tuszowa Narodowego

Demografia województwa podkarpackiego:

Prognozowana długość życia w województwie jest najdłuższa ze wszystkich województw w kraju (w przypadku mężczyzn - 75,4 lata, a kobiet – 83,2) Wysoka prognozowana długość życia spowoduje wzrost zapotrzebowania na świadczenia dedykowane osobom starszym. Przewidywana jest zmiana struktury wiekowej ludności czyli tzw. „starzenie się społeczeństwa.”¹⁸

Uzasadnienie

Plan oparto na Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy.

Niska wartość chorobowości rejestrowanej w porównaniu do wartości podawanej w literaturze, wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy dostępności do diagnostyki oraz upowszechnienia standardów leczenia osteoporozy. Wskazane jest zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych, szczególnie w odpowiednio zdefiniowanych grupach ryzyka (zwłaszcza u pacjentów z już dokonanymi złamaniamiiskoenergetycznymi).¹⁹

Poniższy plan polityki zdrowotnej stanowi uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, uwzględnia dane demograficzne gminy i wpisuje się w potrzeby zdrowotne jej Mieszkańców. Plan obejmuje edukację mieszkańców gminy oraz personelu medycznego. Zakłada się, że wpłynie to korzystnie na profilaktykę i wykrywalność opisanego problemu zdrowotnego. Uczestnicy programu motywowani będą do zmiany codziennych nawyków, należących do możliwych do wyeliminowania czynników zwiększających ryzyko zachorowania na osteoporozę.

Zakłada się możliwie najwięcej interwencji przeprowadzonych na terenie gminy, co eliminuje konieczność dojazdów. Ponadto osoby z grupy ryzyka zostaną objęte badaniem densytometrycznym DXA uznawanym za złoty standard w diagnostyce osteoporozy. W przypadku wykrycia u uczestnika osteoporozy, zostanie mu wskazana poradnia, w której otrzyma opiekę specjalistyczną.

¹⁶ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

¹⁷<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> dostęp z dnia 29.01.2023

¹⁸ OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

¹⁹Mapy potrzeb zdrowotnych: wnioski i rekomendacje Ministerstwo Zdrowia

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Głównym celem "Programu edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy" jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników programu.

II.2 Cele szczegółowe

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
2. Wykrycie osób zagrożonych złamaniem wśród całej zbadanej populacji.
3. Poprawa dostępności do diagnostyki w zakresie osteoporozy – przebadanie założonej populacji w okresie 2 lat.
4. Zaproponowanie ścieżek dalszego postępowania wśród 100% osób z wykrytą osteoporozą, które zgłoszą się na lekarską wizytę podsumowującą.
5. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Miernik celu głównego:

Odsetek przedstawicieli świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z świadczeniobiorców, które wypełniły pre-test.

Miernik celu szczegółowego nr 1

Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.

Miernik celu szczegółowego nr 2

Liczba osób u których $FRAX \geq 5\%$

Miernik celu szczegółowego nr 3

Odsetek osób z $FRAX \geq 5\%$ u których wykonano badanie DXA (pomiar zgłaszalności na diagnostykę)

Miernik celu szczegółowego nr 4

Liczba osób, którym zalecono leczenie w poradni specjalistycznej

Miernik celu szczegółowego nr 5

Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

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

III.1 Populacja docelowa

Program będzie skierowany do uczestników Programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło $\geq 5\%$ (Pomiar BMD za pomocą DXA oraz lekarska wizyta podsumowująca) – według szacunków epidemiologicznych dziesięcioletnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych dotyczy ok 40% kobiet oraz ok. 13 - 30% mężczyzn z populacji docelowej, w związku z czym szacuje się, że program w tym etapie obejmie ok. 286 kobiet i 27 mężczyzn.

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: - osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne - lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna osób dorosłych powyżej 50 r.ż (53 % tj. 788 osób)
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Kobiety w wieku ≥ 65 lat (30% tj. 214 kobiet), lub kobiety w wieku 40- 64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego (2% tj. 26 kobiet) lub mężczyźni w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet) 10% tj. 21 mężczyzn.
Pomiar BMD za pomocą DXA	Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło $\geq 5\%$ (tj.ok. 286 kobiet i 27 mężczyzn)
Lekarska wizyta podsumowująca	Każdy świadczeniobiorca, który w ramach programu uzyskał wynik pomiaru BMD za pomocą DXA.

Liczba mieszkańców Gminy Tuszów Narodowy: 8272

- kobiety 4133
- mężczyźni 4139

Liczba osób w wieku >50 lat: 1487

- kobiety 737
- mężczyźni 750

Liczba kobiet w wieku ≥ 65 lat: 715

Liczba kobiet w wieku 40-64 lata: 1347

Liczba mężczyzn w wieku ≥ 75 lat: 211²⁰

²⁰Dane GUS za rok 2021 <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/dane/teryt/tablica#>

Planowany zakres interwencji może zostać rozszerzony o odbiorców gmin sąsiadujących (tj. Gmina Padew Narodowa, Gmina Gawłuszowice oraz Gmina Mielec (wiejska)), którzy mogą korzystać z zasobów i możliwości Gminy Tuszów tj. :

- w sytuacji zagrożenia, że wśród mieszkańców z terenu Gminy Tuszów Narodowy nie zostaną osiągnięte planowane wskaźniki;
- w sytuacji, gdy mieszkańcy gmin sąsiednich, wyrażą chęć udziału w projekcie, a to nie zagrozi/unimozliwi, udziałowi w PPZ mieszkańcom Gminy Tuszów Narodowy.

Zasoby i możliwości, jakimi dysponuje gmina Tuszów Narodowy, umożliwia włączenie mieszkańców gmin sąsiadujących do uczestnictwa w projekcie, przy zachowaniu równego dla wszystkich uczestników dostępu do oferowanych działań i narzędzi diagnostycznych i ewaluacyjnych. Ponadto, włączenie do programu większej populacji, daje większe możliwości uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w danym zakresie i umożliwia w pełni wykorzystanie możliwości oferowanych w ramach PPZ.

Analiza demograficzna gmin sąsiadujących:

Liczba mieszkańców Gminy Padew Narodowa: 5308

- kobiety 2650
- mężczyźni 2658

Liczba osób w wieku >50 lat: 1999

- kobiety 1060
- mężczyźni 939

Liczba kobiet w wieku ≥ 65 lat: 556

Liczba kobiet w wieku 40-64 lata: 871

Liczba mężczyzn w wieku ≥ 75 lat: 162 ²⁰

Liczba mieszkańców Gminy Gawłuszowice: 2 706

- kobiety 1373
- mężczyźni 1333

Liczba osób w wieku >50 lat: 979

- kobiety 503
- mężczyźni 476

Liczba kobiet w wieku ≥ 65 lat: 269

Liczba kobiet w wieku 40-64 lata: 419

Liczba mężczyzn w wieku ≥ 75 lat: 68 ²⁰

Liczba mieszkańców Gminy Mielec (wiejska): 13 472

- kobiety 6 696
- mężczyźni 6 731

Liczba osób w wieku >50 lat: 4 967

- kobiety 2 740

- mężczyźni 2 227

Liczba kobiet w wieku ≥ 65 lat: 1 212

Liczba kobiet w wieku 40-64 lata: 2 291

Liczba mężczyzn w wieku ≥ 75 lat: 340²⁰

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

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Kryteria formalne dla uczestnika programu:

Status mieszkańca Gminy Tuszów Narodowy i rozliczanie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla Gminy Tuszów Narodowy.

W przypadku mieszkańców gmin sąsiadujących – status mieszkańca danej gminy i rozliczanie podatku w w Urzędzie Skarbowym właściwym dla danej gminy.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia personelu medycznego	personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej	ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; • wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Działania informacyjno-edukacyjne	osoba ≥ 50 r.ż.	uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	kobiety w wieku ≥ 65 lat, lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, lub mężczyźni w wieku ≥ 75 lat (po objęciu działaniami całej populacji kobiet) • podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX	wcześniej zdiagnozowana osteoporoza;
Pomiar BMD za pomocą DXA	zakwalifikowanie w ramach programu przez uzyskanie wyniku FRAX $\geq 5\%$ (wartość obliczana i wpisywana przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy na podstawie zawartych w nim danych)	ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce kości udowej w ciągu poprzednich 2 lat przy jednoczesnym braku nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru • obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np. obustronna endoproteza całkowita stawu biodrowego, znaczna otyłość; • obecność innych przeciwwskazań,

		np. ciąża;
Lekarska wizyta podsumowująca	dostępny wynik pomiaru BMD za pomocą DXA wykonany w ramach realizowanego PPZ	brak

Planowane sposób informowania o PPZ.

Informacje dotyczące realizowanego PPZ zostaną przekazane mieszkańcom poprzez sprawdzone środki komunikacji tj. ogłoszenia na stronach internetowych gminy (www.tuszownarodowy.pl), media społecznościowe gminy, rozmieszczenie w centralnych punktach gminy plakatów informacyjnych oraz pisemnych zaproszeń wysyłanych bezpośrednio do potencjalnych uczestników projektu. Do promocji i informowania mieszkańców włączą się jednostki organizacyjne gminy, w szczególności Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej oraz Gminna Biblioteka Publiczna (wraz z filiami). Ze względu na wiek, specyfikę oraz aktywność grupy docelowej, przewidujemy skorzystanie z informowania mieszkańców w sposób „zwyczajowy przyjęty” tj. współpracę z 5 parafiami na terenie gminy (poprzez tzw. „ogłoszenia parafialne”) oraz sołtysami (na terenie gminy jest 14 sołectw), poprzez informację pisemną przekazywaną mieszkańcom „z domu do domu”. Dodatkowo informacje zostaną przekazane do 12 Kół Gospodyń Wiejskich, działających na terenie gminy oraz podopiecznym - seniorów Domu Dziennego Pobytu w Dębiakach (30 osób). Gmina udostępni (poprzez zamieszczenie informacji na stronach internetowych gminy), numer telefonu koordynatora, do kontaktu z mieszkańcami w sprawie realizowanego PPZ. Są to sprawdzone i skuteczne formy informacji i promocji, wykorzystywane przy realizacji innych programów/projektów, kierowanych do mieszkańców gminy, w tym także seniorów.

W przypadku włączenia do udziału w projekcie mieszkańców gmin sąsiadujących – działania informacyjne będą przebiegały analogicznie.

III.3 Planowane interwencje

Interwencje planowane w ramach Programu edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy na lata 2023-2025 to:

- 1) prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dedykowanych personelowi medycznemu;
- 2) działania informacyjno-edukacyjne nakierowane na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom w populacji osób ≥ 50 r.ż;
- 3) ocena ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku ≥ 65 lat, kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego oraz, po objęciu działaniami całej populacji kobiet, również mężczyzn w wieku ≥ 75 lat;
- 4) pomiar gęstości mineralnej kości (BMD) z wykorzystaniem badania densytometrycznego dla osób, które w narzędziu FRAX dla populacji polskiej uzyskały wyniki dziesięcioletniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych $\geq 5\%$;
- 5) lekarska wizyta podsumowująca dla osób, które w ramach programu uzyskały wynik pomiaru BMD w badaniu densytometrycznym DXA, o którym mowa w pkt 4.

Szkolenia personelu medycznego:

W ramach PPZ realizowane będą szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokona Rada ds. Programu

Formy szkolenia będą dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.

W ramach szkoleń personel medyczny zostanie zapoznany z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa będzie wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, będzie zobowiązana do wypełnienia post-testu.

Działania informacyjno-edukacyjne:

Przygotowane zostaną broszury z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom. W działaniach zostanie wykorzystana broszura udostępniona przez Ministerstwo Zdrowia pt. „*Osteoporoza. Jak dbać o zdrowie kości? Czynniki ryzyka choroby i zalecenia profilaktyczne*“ (autorstwa M.Lesicka, A. Bukowska-Damska, E. Jabłońska), z podaniem źródła tj. autorów i mechanizmu finansowego.

Personel medyczny będzie przekazywał informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

Działania edukacyjno-informacyjne nakierowane na podniesienie poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczyć będą co najmniej:

- promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości;
- zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD
- przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw;
- działań pomagających zapobiegać upadkom;
- identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę;
- podkreślenia roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu (ICSI 2017, RACGP 2017, AACE/ACE 2016, EULAR/EFORT 2016, MCG 2016, SMS 2013, ESC 2012)

Zastosowana zostanie mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja.

Dla osób, które kwalifikują się do badania DXA w ramach programu, będzie prowadzona uzupełniająca edukacja indywidualna podczas lekarskiej wizyty podsumowującej, w ramach której lekarz udzieli wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy, przez co wyjaśni i utrwali przekazane wcześniej informacje.

Do materiałów informacyjnych zaadaptowane zostaną materiały edukacyjne przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia. Prezentowane treści będą rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej. W ramach realizacji działań informacyjno – edukacyjnych, dodatkowo wykorzystana broszura informacyjna, udostępniona przez Ministerstwo Zdrowia, dot. czynników ryzyka osteoporozy i zaleceń praktycznych pt. „*Osteoporoza*“ *Jak dbać o zdrowie kości? Czynniki ryzyka choroby i zalecenia profilaktyczne.* (autorstwa M.Lesicka, A.Bukowska-Damska, E.Jabłońska), z podaniem źródła (tj. autorów i mechanizmu finansowego).

Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX:

Każda osoba zgłaszająca się do programu wypełni formularz zgłoszeniowy, który poza innymi informacjami uwzględnia także wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj.:

- wiek (w latach),
- płeć (kobieta lub mężczyzna),
- masę ciała (w kg),
- wzrost (w cm)

oraz

pytania „tak”/”nie” dotyczące wystąpienia dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego:

- przebyte złamania,
- złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców,
- obecne palenie tytoniu,
- stosowanie glikokortykosteroidów,
- zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów,
- obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą,
- spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie.

Obok każdego z pytań o obecność dodatkowego czynnika ryzyka złamania osteoporotycznego zamieszczone zostanie stosowne wyjaśnienie.

Osoba przyjmująca formularz zweryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) wyliczy dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego.

Wynik wpisywany zostanie do formularza zgłoszeniowego i zostanie udostępniony świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego.

Osoba przyjmująca formularz udzieli merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobiegania upadkom oraz pokieruje świadczeniobiorców do rzetelnych źródeł wiedzy.

W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej niższego niż 5% uczestnik otrzyma informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.

W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzyma informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA, a także szczegóły dotyczące miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania.

Świadczeniobiorca zostanie poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA. Świadczeniobiorca zostanie poinformowany, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

Pomiar BMD za pomocą DXA:

Działania są skierowane do uczestników programu, którzy uzyskali wynik FRAX $\geq 5\%$ i zostali zakwalifikowani do programu.

Pomiar densytometrii DXA będzie dokonywany na szyjce kości udowej. Przy wyznaczaniu T-score dla kobiet i mężczyzn norma referencyjna to NHANES III dla kobiety rasy białej pomiędzy 20-29

rokiem życia. Przestrzeganie powyższej specyfikacji wskazanej przez autorów narzędzia FRAX umożliwi zastosowanie wyniku pomiaru w narzędziu FRAX.

Lekarska wizyta podsumowująca:

W trakcie wizyty lekarz omówi ze świadczeniobiorcą wynik badania DXA. Następnie wykona ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – tym razem uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omówi ze świadczeniobiorcą uzyskany wynik.

✓ W przypadku braku osteoporozy pacjent zostanie poinformowany o wyniku ujemnym (tj. brak stwierdzonej osteoporozy). Przekazane zostaną zalecenia odnośnie czynników ryzyka osteoporozy. Świadczeniobiorca zostanie poinformowany o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata. Świadczeniobiorca zakończy swój udział w programie.

✓ W przypadku wykrycia osteoporozy zostanie zalecona wizyta w poradni, w ramach świadczeń gwarantowanych. W czasie konsultacji lekarz przekaze pacjentowi informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia, zalecenia odnośnie dalszego postępowania oraz wskaże wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej. Na tym etapie pacjent zakończy swój udział w programie.

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

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu ofert.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

1. w przypadku osób, które nie kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
2. w przypadku osób, które kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie kończy się;
3. wraz z uzyskaniem wyniku mniejszego niż 5%,
lub
4. wraz ze zidentyfikowaniem przeciwwskazania do wykonania pomiaru DXA,
lub
5. wraz z zakończeniem lekarskiej wizyty podsumowującej;
6. poprzez zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
7. poprzez zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników przekazane zostaną zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Przyjęcie uchwały zatwierdzającej PPZ przez Radę Gminy (**IV kwartał 2023**).
2. Powołanie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu będzie

pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej **(IV kwartał 2023)**.

Rada ds. programu będzie odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie.

Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem.

Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu będą przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu **(IV kwartał 2023)**.

Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.

Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) - **IV kwartał 2023**.

4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ) - **IV kwartał 2023**.

5. Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego **(IV kwartał 2023, I kwartał 2024 oraz I kwartał 2025)**.

6. Działania edukacyjno-informacyjnych **(IV kwartał 2023, I kwartał 2024 oraz I kwartał 2025)**.

7. Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX **(IV kwartał 2023, I kwartał 2024 oraz I kwartał 2025)**.

8. Pomiary BMD za pomocą DXA **(IV kwartał 2023, I kwartał 2024 oraz I kwartał 2025)**.

9. Lekarskie wizyty podsumowujące **(IV kwartał 2023, I kwartał 2024 oraz I kwartał 2025)**.

10. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy) - **IV kwartał 2023, I,II,III, IV kwartał 2024 oraz I,II,III,IV kwartał 2025**.

11. Zakończenie realizacji PPZ **(IV kwartał 2025)**.

12. Rozliczenie finansowe PPZ **(IV kwartał 2025)**.

13. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji **(IV kwartał 2025)**.

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

i warunków lokalowych

Interwencja	Personel
Szkolenia personelu medycznego	Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, fizjoterapeuta pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Osoba przyjmująca formularz musi posiadać odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców, np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu dla personelu medycznego realizowanym w ramach programu.
Pomiar BMD za pomocą DXA	Pomiar BMD za pomocą DXA [rzeprowadzi technik elektorradiolog, natomiast opis i interpretację wyniku wykona specjalista radiolog, posiadający doświadczenie w diagnostyce.
Lekarska wizyta podsumowująca	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy, lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.

Zasoby rzeczowe (warunki lokalowe, wyposażenie niezbędne do przeprowadzenia danego działania) w zakresie:

Szkolenia personelu medycznego będzie się odbywać w odremontowanym, w pełni wyposażonym i dostosowanym do osób z niepełnosprawnościami budynku ośrodka zdrowia w Tuszowie Narodowym, który jest własnością gminy i zostanie wykorzystany na potrzeby realizacji szkoleń (w budynku jest hall zapewniający komfortowe przeprowadzenie szkoleń, wyposażone gabinety medyczne oraz sprzęt komputerowy).

Działania informacyjno-edukacyjne będą organizowane w formie spotkań/konferencji dla mieszkańców. aby zapewnić komfort i ułatwić dostęp do udziału, na potrzeby spotkań zostaną udostępnione przez gminę budynki użyteczności publicznej (dom ludowy, dom kultury, budynek biblioteki, szkół itp.), w zależności od wielkości i potrzeb grupy zainteresowanej. Sale są

wyposażone w sprzęt nagłaśniający, sprzęt komputerowy oraz sprzęt audiowizualny (rzutnik multimedialny, szkoły dysponują tablicami multimedialnymi), niezbędny do przeprowadzenia wykładu.

Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX zostanie wykonana przy pomocy komputera z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej. Zadanie będzie realizowane w odremontowanym, w pełni wyposażonym i dostosowanym do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym osób starszych budynku ośrodka zdrowia w Tuszowie Narodowym, który jest własnością gminy i zostanie udostępniony na potrzeby realizacji zadania. Na potrzeby zadania zostaną udostępnione pomieszczenia i gabinety, w liczbie umożliwiającej komfortową obsługę uczestników programu (do dyspozycji pozostają 2 klimatyzowane gabinety lekarskie, w pełni wyposażone w sprzęt medyczny i komputerowy, obszerna poczekalnia oraz gabinet zabiegowy).

Pomiar BMD za pomocą DXA Ze względu na charakter, będzie odbywał się w pełni wyposażonym i dostosowywanym do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w tym osób starszych, budynku realizatora programu. Pracownia densytometryczna, zlokalizowana w podmiocie leczniczym i spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych. Do pomiaru zostanie wykorzystany densytometr DXA (technika podwójnej wiązki promieniowania rentgenowskiego), oceniający BMD w obrębie szyjki kości udowej metodą DXA.

Lekarska wizyta podsumowująca, w celu ułatwienia dostępu mieszkańcom -beneficjentom programu, odbędzie się w budynku ośrodka zdrowia w Tuszowie Narodowym, który jest w pełni odremontowany i wyposażony, a także dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami i osób starszych. Budynek jest własnością gminy i zostanie wykorzystany na potrzeby realizacji zadania. Na potrzeby zadania zostaną udostępnione pomieszczenia i gabinety, w liczbie umożliwiającej komfortową obsługę uczestników programu (do dyspozycji pozostają 2 klimatyzowane gabinety lekarskie, w pełni wyposażone w sprzęt medyczny i komputerowy, obszerna poczekalnia oraz gabinet zabiegowy).

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco (przez tworzenie raportów okresowych) i zostanie zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie będzie się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy na lata 2024-2025.

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i będzie prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne (15 osób);
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym (800 osób);
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$ (600 osób);
- liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa >-1 ; grupa ≤ -1 i $>-2,5$; grupa $\leq -2,5$) – 300 osób;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej (300 osób);
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu

polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów (40 osób);

- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie (40 osób).

Informacje o każdym z uczestników PPZ będą na bieżąco uzupełniane w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik;
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Przeprowadzona będzie ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach PPZ. W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ zostanie zapewniona możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, zostaną przedstawione w raporcie końcowym.

V.2 Ewaluacja:

Ewaluacja zostanie rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ.

Wynik ewaluacji zostanie umieszczony w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ewaluacji znajdzie się odniesienie do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) - 8 osób,
- liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)- 400 osób,
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX – 37;
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu – 58;

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI. 1 Koszty jednostkowe

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowy [3X4]
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
Koszty pośrednie (katalog otwarty)				
1.	Ewaluacja i monitorowanie	25	200,00 zł	5 000,00 zł
2.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, koszty Rady ds. Programu, w szczególności koszty wynagrodzenia.	26	1 258,00 zł	37 708,00 zł

3.	Koszty personelu obsługującego PPZ (np. obsługa finansowa, informatyczna dot. strony internetowej).	25	340,40 zł	8 510,00 zł
4.	Działania informacyjno – promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, plakaty, ulotki).	800	9,415 zł	7 532,00 zł
5.	Inne koszty PPZ bezpośrednio związane z PPZ (koszty administracyjno – biurowe, koszty utrzymania gabinetu).	26	870,00 zł	21 750,00 zł
Koszty bezpośrednie				
1.	Koszty przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego.	3	3 000,00 zł	9 000,00 zł
2.	Koszty przygotowania i prowadzenia działań informacyjno – edukacyjnych dla świadczeniobiorców.	9	3 000,00 zł	27 000,00 zł
3.	Koszt obsługi narzędzia FRAX	600	55,00 zł	33 000,00 zł
4.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej	600	145,00 zł	87 000,00 zł
5.	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA	300	125,00 zł	37 500,00 zł
6.	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej.	300	145,00 zł	43 500,00 zł
SUMA				312 500,00 zł

VI.2 Koszty całkowite:

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
2023	30 220,00 zł (w tym: 24 176,00 zł budżet MZ; 6 044,00 zł budżet gminy TN)
2024	175 850,00 zł (w tym: 140 680,00 zł budżet MZ; 35 170,00 zł budżet gminy TN)
2025	106 430,00 zł (w tym: 85 144,00 zł budżet MZ; 21 286,00 zł budżet gminy TN)
Koszt całkowity	312 500,00 zł (w tym: 250 000,00 zł budżet MZ; 62 500,00 zł budżet gminy TN)

VI.3 Źródła finansowania:

Program polityki zdrowotnej jest finansowany ze środków Subfunduszu rozwoju profilaktyki pochodzących z budżetu Ministerstwa Zdrowia w ramach złożonego wniosku o dofinansowanie „Programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy” (w 80%) oraz budżetu Gminy Tuszów Narodowy (20%).

VII. Załączniki:

Załącznik nr 1

WYWIAD LEKARSKI – OSTEOPOROZA

„Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy na lata 2023-2025”

1. Imię, nazwisko i wiek.

Imię	Nazwisko	Wiek

2. Czy w ciągu ostatnich 2 lat Pacjent był diagnozowany i leczony z powodu osteoporozy.

--

3. Czy Pacjent jest leczony z powodu chorób przewlekłych.

--

4. Czy Pacjent przebył złamania kości.

--

5. Czy Pacjent był leczony z powodu chorób nowotworowych.

--

6. Czy Pacjent pali papierosy i pije alkohol.

--

7. Czy Pacjent jest uczulony na leki.

--

8. Kiedy wystąpiła menopauza (dotyczy kobiet).

--

Załącznik nr 2

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy
dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy na lata 2023-2025"

1)

Dane realizatora programu polityki zdrowotnej przyjmującego oświadczenie

Dane uczestnika Programu	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	

Informacje dotyczące Programu

Organizatorem programu jest Gmina Tuszów Narodowy.

Program jest adresowany do kobiet w wieku 40 lat i więcej, mieszkających w Gminie Tuszów Narodowy.

W ramach programu zaplanowane są:

1. działania informacyjno-edukacyjne nakierowane na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom;
2. ocena ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX
3. pomiar gęstości mineralnej kości (BMD) z wykorzystaniem badania densytometrycznego dla osób, które w narzędziu FRAX dla populacji polskiej uzyskały wyniki dziesięcioletniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych $\geq 5\%$;
4. lekarska wizyta podsumowującą dla osób, które w ramach programu uzyskały wynik pomiaru BMD w badaniu densytometrycznym DXA, o którym mowa w pkt 4

Osoby biorące udział w programie muszą spełniać następujące warunki:

- 1) wiek kobiet 40+ według rocznika urodzenia,
- 2) podpisanie przez uczestnika programu druku świadomej zgody na udział w programie,
- 3) zameldowanie na stałe lub czasowo w Gminie Tuszów Narodowy,
- 4) rozliczanie podatku dochodowego od osób fizycznych w urzędzie skarbowym właściwym dla Gminy Tuszów Narodowy,
- 5) brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie badania gęstości kości.

Oświadczenia Uczestnika

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

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

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

☐ oświadczam, że rozliczam się z podatku we właściwym dla Gminy Tuszów Narodowy urzędzie

skarbowym;

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

Tuszów Narodowy, dnia.....

.....
Podpis Uczestnika Programu

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

Przystępując do udziału w programie pn. „Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy na lata 2023-2025”, przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem danych osobowych jest realizator Programu Polityki Zdrowotnej, tj.
- 2) dane po osiągnięciu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów ewaluacji oraz archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u administratora;
- 3) zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 4) osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
 - a) dostępu do swoich danych osobowych,
 - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
 - c) żądania usunięcia danych, gdy:
 - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
 - cofnięto zgodę na przetwarzanie danych,
 - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
 - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
 - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
 - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych,
 - administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 5) mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 6) podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przeprowadzenia procedur przewidzianych w Programie
- 7) dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu;
- 8) odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną administratora, podmioty, którym administrator zlecił realizację Programu oraz mogą być podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa.

Tuszów Narodowy, dnia.....

.....
Podpis Uczestnika Programu

Załącznik nr 3

ANKIETA PRE-TEST I POST-TEST DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

„ Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców Gminy Tuszów Narodowy na lata 2023-2025”

1. Osteoporoza to choroba, która na świecie dotyczy:

a. 22,1% kobiet powyżej 50 rż b. 5,2% kobiet powyżej 50 rż c. 61,4% kobiet powyżej 50 rż

2. Wartość refundacji świadczeń z powodu osteoporozy wyniosła (za rok 2018):

a. 42 mln pln b. 6 mln pln c. 23 mln

3. W roku 2017 śmiertelność roczna z powodu złamania bliższego końca kości udowej wyniosła:

a. 14,8% b. 5,6% c. 29,4%

4. WHO definiuje osteoporozę w przypadku, gdy wartość pomiaru BMD w odniesieniu do T-score jest mniejsza od:

a. -1,5 b. -2,2 c. -2,5

5. Do modyfikowalnych czynników wystąpienia osteoporozy NIE należy:

a. duża aktywność fizyczna b. niedobór witaminy D3 c. palenie tytoniu

6. Na ryzyko wystąpienia osteoporozy może wpłynąć zażywanie:

a. leków obniżających poziom cholesterolu b. niektórych leków przeciwpadaczkowych c. leków stosowanych w leczeniu jaskry

7. Ocenia się że, poziom niedoszacowania występowania osteoporozy w woj. podkarpackim w roku 2018r wynosił:

a. 56% b. 23% c. 77%

8. Zgodnie z danymi z roku 2018 najwięcej środków pochłonęła refundacja złamań:

a. bliższego końca kości udowej b. ramienia c. przedramienia

9. W leczeniu osteoporozy jest stosowany lek biologiczny, podawany podskórnie co 6 miesięcy, ocenia się że około% pacjentów którzy rozpoczęli terapię stosuje ją regularnie:

a. 90% b. 75% c. 30%

10. Do chorób wywołujących osteoporozę wtórną NIE należy:

a. zespół złego wchłaniania (celiakia) b. nadciśnienie c. nadczynność przytarczyc

Załącznik 4

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

"Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Tuszów Narodowy na lata 2023-2025"

1. Jak oceniają Państwo dostęp do informacji o Programie?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Jak oceniają Państwo jakość usług podczas rejestracji do Programu?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jak oceniają Państwo treść przygotowanej broszury informacyjno-edukacyjnej (zrozumiałość, przydatność, kompletność i jakość)?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jak Państwo oceniają poziom obsługi w ramach Programu?

	Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
Dostępność usług	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Uprzejmość personelu	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Chęć udzielenia pomocy przez personel	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Komunikatywność personelu (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zapewnianie Pacjentowi intymności podczas wizyty	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Punktualność	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Jak oceniają Państwo swój stan wiedzy (poszerzenie posiadanych informacji) na temat osteoporozy po zakończeniu udziału w programie?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
☐	☐	☐	☐	☐	☐

6. Jak Państwo całościowo oceniają Program?

Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
☐	☐	☐	☐	☐

Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety. Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.

VIII. Bibliografia

2)	Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy
	Guła Z., Mariusz Korkosz M. <i>Osteoporoza</i> https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/64948,osteoporoza dostęp z dnia 28.01.2023
	Marcinowska-Suchowierska E., Czerwiński E., Janusz Badurski J., Walicka M., Tałałaj M. <i>Osteoporoza – diagnostyka i terapia u osób starszych</i>
	Kulej M., Morasiewicz P., Dragan Sz. F., Dragan Sz. Ł., Urbański W. <i>Osteoporoza – cicha epidemia</i> https://www.praktyczna-ortopedia.pl/artukul/osteoporoza-cicha-epidemia dostęp z dnia 28.01.2023
	Manasterski M., Mastalerz-Migas A. <i>Upadki domowe wśród pacjentów 65+. Rola lekarza POZ w zapobieganiu i ograniczaniu skutków</i>
	Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa podkarpackiego w zakresie 30 grup chorób Ministerstwo Zdrowia
3)	NFZ o zdrowiu – Osteoporoza 2019
	https://www.aotm.gov.pl/projekty-aotmit/gbd/ dostęp z dnia 28.01.2022
	https://www.termidia.pl/reumatologia/Choroby-ukladu-miesniowo-szkielekowego-w-statystyce-WHO,34415.html
4)	OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA 1) z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych
5)	Głuszko P.: <i>Osteoporoza – postępy 2021/2022</i> , Med. Prakt., 2022; 5: 79–85
6)	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
	https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/ dostęp z dnia 29.01.2023
7)	OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych
	Mapy potrzeb zdrowotnych: wnioski i rekomendacje Ministerstwo Zdrowia
	Dane GUS za rok 2021 https://bdl.stat.gov.pl/bd1/dane/teryt/tablica#