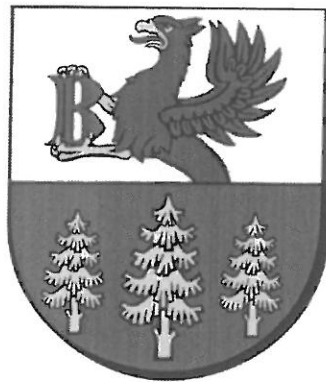


Załącznik
do Uchwały Nr XX/185/2013
Rady Miejskiej w Brusach
z dnia 26 czerwca 2013 roku



**PROGRAM PROMOCJI
I PROFILAKTYKI ZDROWIA
GMINY BRUSY**

„POMÓŻ SWEMU SERCU”

NA LATA 2013-2016

Autor projektu: Gmina Brusy.

Na jednostki samorządu terytorialnego zgodnie z zapisem art. 7 ust. 5 Ustawy o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 roku został nałożony obowiązek realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. Zgodnie z zapisami art. 7 ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. do zadań własnych gminy należy opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA GMINY

Gmina Brusy położona jest w południowej części województwa pomorskiego, w powiecie chojnickim, na obszarze Ziemi Zaborskiej. Miasto i gmina Brusy zajmują niespełna 401 km², co plasuje ją wśród trzech największych gmin na terenie województwa pomorskiego. Obecnie Gmina Brusy składa się z 23 sołectw i 2 osiedli położonych na terenie miasta.

1.1. Charakterystyka demograficzna – populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu

W mieście i gminie Brusy mieszka nieco ponad 14 tys. osób, z czego 4.965 w mieście a 9.143 w gminie.

Liczba mieszkańców na terenie miasta i gminy Brusy na dzień 31 grudnia 2012 roku wynosiła 14.108 osób, w tym:

- liczba osób powyżej 40 roku życia - 3.672 osób
- liczba osób w wieku 65 lat i więcej - 1.679 osób

1.2. Charakterystyka epidemiologiczna

Do głównych przyczyn zgonów mieszkańców miasta i gminy Brusy należą:

- choroby układu krążenia, w tym choroba nadciśnieniowa i niedokrwienność serca (ostre zawały serca), choroby tętnic i naczyń włosowatych (miażdżyca),
- nowotwory,
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej (cukrzyca),
- zewnętrzne przyczyny zgonu, takie jak wypadki komunikacyjne i samobójstwa.

2. ZASOBY GMINY DLA WDRAŻANIA PROGRAMU

Na terenie miasta i gminy Brusy zadania w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wykonują:

- Przychodnia Rodzinna Thielemann i Wspólnicy Sp. j. z siedziba w Brusach i Leśnie

(W budynku przychodni w Brusach funkcjonują poradnie: ogólna, dziecięca, ginekologiczno-położnicza, stomatologiczna, gabinet zabiegowy i punkt szczepień.

W Leśnie natomiast obecnie można skorzystać z poradni ogólnej i dziecięcej),

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej BRUSMED (gabinet reahabilitacji, opieka pielęgniarska – długoterminowa i rodzinna, gabinet pielęgniarki szkolnej).

Na terenie miasta i gminy Brusy funkcjonują 3 apteki i 1 punkt apteczny. Nocną i świąteczną opiekę zdrowotną sprawuje Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach. Na terenie Brus stacjonuje również Wyjazdowy Zespół Ratownictwa Medycznego – R4.

Gmina od kilku lat dotuje badania profilaktyczne mieszkańców, mające na celu przeciwdziałanie chorobom cywilizacyjnym (**udział w Projekcie 400 Miast, w ramach którego Gmina Brusy - na realizację Gminnego Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia „Pomóż swemu sercu” w latach 2009-2012 - otrzymała dofinansowanie w wysokości 25 tys. zł**).

Pomoc społeczna realizowana jest przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej, którego głównym zadaniem jest świadczenie pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji materialnej, niesienie pomocy najbardziej potrzebującym, poszkodowanym, pokrzywdzonym, bezrobotnym, samotnym i chorym. MGOPS działa jako jednostka budżetowa miasta i gminy, realizuje zarówno zadania własne jak i zlecone z zakresu ustawy o pomocy społecznej.

3. GŁÓWNE PROBLEMY ZDROWOTNE MIESZKAŃCÓW

Do głównych problemów zdrowotnych mieszkańców miasta i gminy Brusy należą:

- choroby układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, choroba reumatyczna, choroba naczyń mózgowych, choroba niedokrwienna serca w tym zawały,
- choroby układu nerwowego,
- nowotwory,
- zaburzenia wydzielania wewnętrznego, w tym cukrzyca (typu 1 i 2).

Za wszystkie choroby, a w szczególności za choroby układu krążenia tylko w 20% odpowiadają uwarunkowania genetyczne. Ponad 50% chorób spowodowanych jest złym stylem życia, tj.: brakiem aktywności fizycznej, niewłaściwą dietą, piciem alkoholu, paleniem papierosów oraz stresem.

4. ANALIZA SWOT

Mocne strony:

- realizacja i funkcjonowanie programów profilaktyki zdrowia,
- posiadanie zaplecza leczniczego,
- sale gimnastyczne i boiska sportowe, umożliwiające uprawianie różnych dyscyplin sportowych przez cały rok,
- duża aktywność społeczna.

Słabe strony:

- brak dostępu do specjalistycznej opieki zdrowotnej,

- bezrobocie,
- niski status materialny wielu rodzin.

Szanse:

- wpływ na poszerzenie się kręgu ludzi zdrowych i bez nałogów,
- konsolidacja społeczna mieszkańców wokół idei zdrowego stylu życia.

Zagrożenia:

- spadek nakładów finansowych na opiekę zdrowotną i pomoc społeczną.

5. DOTYCHCZASOWE DOŚWIADCZENIE URZĘDU MIEJSKIEGO W ZAKRESIE REALIZACJI PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

5.1. Doświadczenie w zakresie realizacji programów zdrowotnych i jednorazowych akcji profilaktycznych

Mając na uwadze potrzeby zdrowotne społeczeństwa w zakresie profilaktyki zdrowotnej Urząd Miejski w Brusach w ostatnich latach podejmował szereg działań mających na celu ochronę zdrowia swoich mieszkańców poprzez realizację bezpłatnych, profilaktycznych programów i jednorazowych akcji zdrowotnych.

Programy zdrowotne i jednorazowe akcje profilaktyczne dotychczas realizowane były we współpracy z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej „GEMINI”, Szpitalem Specjalistycznym w Chojnicach, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej – Przychodnią Lekarską w Brusach, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej BRUSMED, Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Medica z Łodzi oraz Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ars Medica z Człuchowa.

W ramach akcji profilaktycznych mieszkańcy Brus i okolic dotychczas mogli skorzystać z szerokiej oferty badań przesiewowych i laboratoryjnych, mających na celu wykrycie wielu dysfunkcji zdrowotnych w tym nowotworów szyjki macicy i piersi u kobiet, zaburzeń słyszenia, chorób układu krążenia, badań gęstości kości, badań wzroku, zabiegów fizjoterapeutycznych, porad ginekologicznych, rehabilitacyjnych i internistycznych oraz konsultacji laryngologicznej i urologicznej. Wszystkie te działania w w/w zakresie cieszyły i cieszą się dużym zainteresowaniem mieszkańców miasta i gminy, gdyż są niezbędne przy zapobieganiu wielu groźnym chorobom, a celem badań profilaktycznych jest wykrycie chorób we wczesnym etapie, które przy obecnym rozwoju medycyny daje niemal całkowitą pewność wyleczenia. Ze względu na utrudniony dostęp do bezpłatnych badań profilaktycznych, z uwagi na odległość do korzystania z tych usług (ok.40 km) realizacja programów lub jednorazowych akcji profilaktycznych okazuje się jedną z najlepszych form dotarcia do świadomości mieszkańców oraz aktywizuje ich do analizy swego stanu zdrowia.

5.2. Realizacja akcji i programów profilaktycznych

W ostatnich latach w ramach programów profilaktycznych dla mieszkańców terenu miasta i gminy Brusy były realizowane następujące badania:

- poprzez przystąpienie do, realizowanego w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2006-2008, Programu 400 na terenie miasta i gminy Brusy przeprowadzono badania dzieci w wieku 11 lat (Ich celem była ocena stanu zdrowia jedenastoletków pod kątem występowania czynników ryzyka chorób układu krążenia, czyli nadciśnienia tętniczego, nadwagi, braku aktywności fizycznej itp. W tym celu, w szkołach, odbyły się bezpłatne badania uczniów klas piątych, poprzedzone informacją dla rodziców. Badania te zostały zrealizowane przez odpowiednio przeszkoloną pielęgniarkę w czasie godzin lekcyjnych wyznaczonych przez dyrektorów szkół.),
- bezpłatne badania mammograficzne w ramach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi w mammobusie w Brusach, w Leśnie, Kosobudach i Męcikale – w ramach współpracy z NZOZ Medica z Łodzi (od początku 2012 roku w ramach 2 akcji przebadano 260 osób) oraz w Szpitalu Specjalistycznym w Chojnicach im. J.K. Łukowicza w Chojnicach (zapisy na bieżąco),
- bezpłatne badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy ("Program profilaktyki raka szyjki macicy") we współpracy ze Szpitalu Specjalistycznym w Chojnicach im. J.K. Łukowicza w Chojnicach oraz NZOZ Ars Medica z Człuchowa,
- bezpłatne świadczenia zdrowotne – badania laboratoryjne, porady ginekologiczne, badanie usg, cytologia, drobne zabiegi ginekologiczne – realizowane w ośrodku zdrowia w Brusach przez lekarza ginekologa-położnika (realizator NZOZ Przychodnia Lekarska w Brusach, następnie cesja kontraktu na rzecz ARS Medica z Człuchowa),
- bezpłatne badania słuchu połączone z konsultacją laryngologa, organizowane we współpracy z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej GEMINI, z których skorzystało w 2011 roku skorzystało 72 osoby,
- bezpłatne konsultacje urologiczne, w tym USG dróg moczowych (w 2011 roku skorzystało z nich 7 panów),
- **realizacja Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia „Pomóż swemu sercu” w Gminie Brusy w latach 2009-2012**, (program zakładający obniżenie poziomu zachorowalności i umieralności z powodu zawału serca i udaru mózgu – w tym pomiary ciśnienia tętniczego, szczepienia przeciwko grypie, wczesne wykrywanie cukrzycy, olimpiada zdrowia, itp.).

6. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

6.1. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego - prewencja cukrzycy typu 2

6.1.1. Problem zdrowotny

Schorzenia układu sercowo-naczyniowego obejmują: chorobę niedokrwienną serca, chorobę naczyniowo-mózgową, nadciśnienie tętnicze, chorobę naczyń obwodowych, chorobę reumatyczną serca, zakrzepicę żył głębokich i zatorowość płucną. Choroby te stanowią jeden z głównych problemów zdrowotnych współczesnego społeczeństwa i są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet oraz stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadząc do inwalidztwa.

Realizacja badań przesiewowych w kierunku chorób układu sercowo-naczyniowego (w tym cukrzycy), a także promocja zdrowego stylu życia oraz edukacja zdrowotna wpisują się w cele Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 dotyczące ograniczania czynników ryzyka i działań w zakresie promocji zdrowia, jak również w cel operacyjny dotyczący usprawniania wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi (w tym z chorobami układu krążenia). Działania skierowane na wczesne wykrycie oraz leczenie chorób układu krążenia, zapobieganie im i ich czynniki ryzyka wpisują się w priorytet zdrowotny „Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu”, określonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

Według Światowej Organizacji Zdrowia CUKRZYCA – to grupa chorób metabolicznych, charakteryzujących się hiperglikemią wynikającą z defektu wydzielania lub działania insuliny, bądź współistnienia obu tych mechanizmów.

Przewlekła hiperglikemia w cukrzycy wiąże się z uszkodzeniem, zaburzeniem czynności i niewydolnością różnych narządów - szczególnie oczu, nerek, nerwów i naczyń krwionośnych. Prawidłowa glikemia na czczo powinna wynosić 60-99 mg/dl (3,4 -5,5 mmol/l).

Cukrzyca typu 2 zwiększa ryzyko chorób układu krążenia na tle miażdżycy, zwanych dalej chorobami sercowo-naczyniowymi (ChSN) – 2 lub 3 – krotnie u mężczyzn i 3-5 – krotnie u kobiet. Wzrost ryzyka jest również związany ze stanem przedcukrzycowym. Glikemia po obciążeniu glukozą jest lepszym niż glikemia na czczo wskaźnikiem ryzyka ChSN.

Do czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych podlegających modyfikacji należą nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, trójglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga i otyłość.

6.1.2. Epidemiologia i skuteczność planowanych interwencji

W ostatnim pięćdziesięcioleciu znacznie wzrosła zachorowalność z powodu cukrzycy, głównie typu 2. W 1994 r. liczba chorych na cukrzycę na świecie wynosiła 110 mln, w 2000 r. już 171 mln (2,8% populacji ogólnej), a prognozy na rok 2010 przewidywały wzrost tej liczby do 221 mln, w 2025 r. do 333 mln (5,0–7,6% populacji ogólnej) i w 2030 r. do 366 mln. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych do 2050 r. zachorowalność zwiększy się o ponad 165%. Wzrost zachorowalności z powodu cukrzycy zwiększa zapadalność i umieralność z powodu chorób układu krążenia, szczególnie etiologii miażdżycowej, tym bardziej, że powikłania te mogą być obecne już na wiele lat przed klinicznym ujawnieniem się cukrzycy, w stanie przedcukrzycowym i w czasie rozpoznania cukrzycy. Wśród czynników etiopatogentycznych brana jest pod uwagę hiperglikemia, szczególnie poposiłkowa, dysfunkcja śródbłonna, zaburzenia procesu krzepnięcia i fibrynolizy, zaburzenia reologiczne, lipidowe, hiperinsulinemia, insulinooporność, czynniki genetyczne, nadciśnienie tętnicze, palenie papierosów, itp. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej stwierdza się u 40–50% chorych hospitalizowanych na oddziałach kardiologicznych. W badaniu Euro Heart Survey on diabetes and the heart (EHS) cukrzycę rozpoznano u 31% chorych z chorobą niedokrwienną serca, a u chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi cukrzycę de novo u 22%. W regionie północno-wschodnim Polski, u chorych kierowanych na badania koronarograficzne, nieprawidłową tolerancję węglowodanów obserwowano u 36%, a cukrzycę u 16% badanych. Miażdżyca jest procesem ogólnoustrojowym, a jej objawy kliniczne zależą od lokalizacji. Może wystąpić pod postacią choroby wieńcowej (stabilna dławica piersiowa, ostre zespoły wieńcowe, tętniak aorty, nagły zgon, niewydolność serca) i choroby naczyń mózgowych (udar mózgu, przejściowy atak niedokrwienny, demencja), a także powodować objawy zwężenia tętnic zaopatrujących kończyny dolne (chroma- nie przestankowe, krytyczne niedokrwienie kończyn – zgorzel/amputacja) oraz tętnice trzewne i nerkowe. Określenie choroby tętnic obwodowych (ang. Peripheral Arterial Disease – PAD) obejmuje wszystkie tętnice z wyjątkiem tętnic zaopatrujących środkowy układ nerwowy (zewnątrczaszkowe tętnice szyjne) i krążenie wieńcowe. Cukrzyca zwiększa ryzyko i przyspiesza przebieg kliniczny oraz umieralność każdej z tych postaci miażdżycy.

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

W Polsce realizowany jest Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowany jest ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka, zadeklarowanych do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i w danym roku będących w 35, 40, 45, 50 oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu.

6.1.4. Uzasadnienie wdrożenia programu zdrowotnego

Częstotliwość występowania cukrzycy typu 2 rośnie gwałtownie na całym świecie, a równolegle do niej wzrastają pośrednie i bezpośrednie koszty jej leczenia. Leczenie

cukrzycy i jej powikłań pochłania corocznie od 7 do 14% całkowitych nakładów na ochronę zdrowia w Europie i USA. Koszty leczenia cukrzycy będą nadal rosły, ponieważ choroba ta ujawnia się w coraz młodszym wieku, czego bezpośrednią konsekwencją będzie wydłużenie czasu życia z cukrzycą, a co za tym idzie zwiększone ryzyko rozwoju powikłań cukrzycowych.

Od 1992 r. umieralność z powodu chorób układu krążenia (późnych powikłań miażdżycy) w Polsce systematycznie obniża się, nie zmienia to jednak faktu, że w okresie ostatnich 10 lat ciągle nasz kraj uważany jest za obszar o dużym ryzyku zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych. W świetle powyższych faktów jasnym staje się, że jak najwcześniejsza identyfikacja osób z miażdżycą czy cukrzycą typu 2 i rozpoczęcie właściwego, zapobiegającego powikłaniom, leczenia, są bardzo ważne.

Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa wcześniej przewiduje niewielki % populacji, która predysponowana jest do badań. Bowiem zgodnie z ogólnymi zaleceniami, wydanymi przez ekspertów klinicznych, dla programów zdrowotnych przewiduje, że programy przesiewowe w kierunku wykrywania chorób układu krążenia oraz cukrzycy skierowane powinny być do populacji osób w średnim wieku (osoby ze środowiskowymi czynnikami ryzyka) – 40-65 lat.

Cukrzyca typu 2 stanowi wręcz modelowy przykład choroby spełniającej wszystkie warunki uzasadniające podejmowanie badań przesiewowych. Ponad 150 milionów chorych na cukrzycę na świecie potwierdza, że choroba ta stanowi ważny problem społeczny. Ponadto w przeciwieństwie do chorób nowotworowych zapadalność i chorobowość cukrzycy gwałtownie wzrasta. Jest chorobą, której naturalna historia jest dobrze poznana, i w której początkowym, długim i bezobjawowym okresie stopniowo rozwijają się powikłania sercowo-naczyniowe. U części chorych mikroangiopatia cukrzycowa bywa rozpoznawana jednocześnie z cukrzycą. To samo dotyczy makroangiopatii-często rozpoznanie cukrzycy po raz pierwszy jest stawiane w trakcie badań wykonywanych z powodu wystąpienia zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu. Ustalono, że okres choroby od początku jej wystąpienia do postawienia rozpoznania może wynosić od 4 do 7 lat, a w pewnych przypadkach nawet do 12 lat. W tym bardzo długim okresie czasu możliwe jest postawienie rozpoznania cukrzycy tylko w trakcie badań przesiewowych.

Bardzo ważnym warunkiem uzasadniającym podjęcie badań przesiewowych jest istnienie takich metod badania, które są pozbawione ryzyka powikłań oraz akceptowane przez badanych. Cukrzycę w badaniach przesiewowych rozpoznajemy w oparciu o glikemię na czczo lub doustny test tolerancji glukozy. Inne metody takie jak badanie przygodnej glikemii, cukromoczu czy hemoglobiny glikowanej nie są stosowane ze względu na niską czułość, brak standaryzacji, czy też wysokie koszty badania. Badanie poziomu glukozy w osoczu na czczo jest tanie, proste i standaryzowane, pozbawione ryzyka wystąpienia powikłań i akceptowane przez chorych, nie może jednak stanowić jedynej podstawy rozpoznania cukrzycy chociażby dlatego, że brak jest możliwości kontroli czy badany jest rzeczywiście na czczo. Badania udowodniły ponadto, że eliminując test doustnego obciążenia glukozą z badań przesiewowych i używając jako jedynej metody oznaczania glikemii na czczo nie rozpoznaje się choroby u około jednej trzeciej osób z cukrzycą.

Według zaleceń WHO z 1999r. należy dążyć do wykonania testu doustnego obciążenia glukozą u wszystkich osób bez jawnych objawów klinicznych, u których podejrzewamy cukrzycę. Ponadto tylko w oparciu o test doustnego obciążenia glukozą można rozpoznać upośledzoną tolerancję glukozy, jedna z trzech kategorii nieprawidłowej tolerancji węglowodanów.

Ponadto badania epidemiologiczne i socjometryczne pokazują, że ważną rolę w rozwoju chorób układu krążenia odrywają niewłaściwe wzorce zachowań składające się na współczesny styl życia. Są to: niewłaściwe odżywianie się, mała aktywność ruchowa, palenie papierosów, picie alkoholu oraz stres.

W oparciu o powyższe przesłanki realizacja Programu jest uzasadniona.

6.2. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na grypę

6.2.1. Problem zdrowotny

Grypa jest chorobą zakaźną stanowiącą duże zagrożenie dla zdrowia. Według Światowej Organizacji Zdrowia na świecie rocznie na grypę zapada 5 - 10% ogólnej populacji. Grypa jest jedną z ważniejszych przyczyn zachorowań oraz umieralności ludzi. Największa zachorowalność jest wśród osób młodych, natomiast zgony z powodu grypy występują głównie w populacji osób powyżej 60 roku życia. Zmniejszenie zapadalności na choroby zakaźne, którym można zapobiegać przez szczepienia, należy do priorytetów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015.

Ta forma zabezpieczenia przeciwko zachorowalności na grypę (w tym jej powikłań) w postaci szczepionek sprawdza się w wielu krajach zachodnich. Obecnie dostępne szczepionki chronią już nie tylko przed grypą ludzką, ale świńską i ptasią, które straszą w ostatnich latach.

Zarazenie wirusem grypy następuje drogą kropelkową. Zachorowanie na grypę może powodować pojawienie się innych chorób i powikłań. Może również doprowadzić do pogorszenia przebiegu chorób występujących przed zachorowaniem. Grypa może doprowadzić do groźnych powikłań ze strony układu oddechowego, krążenia, ośrodkowego układu nerwowego oraz innych narządów (ucha środkowego, nerek, itp.).

Wskazania medyczne do szczepienia dotyczą głównie osób starszych po 65 roku życia oraz osób cierpiących na choroby przewlekłe (np. choroby układu krążenia – cukrzyca, niewydolność układu krążenia, oddechowego i nerek, astma, itp.). Infekcje grypowe są szczególnie groźne dla osób w podeszłym wieku, mogą prowadzić do powikłań ze strony pozostałych układów, w tym układu sercowo-naczyniowego. Liczne badania farmakoekonomiczne wskazują, iż szczepienie przeciwko grypie jest postępowaniem o wysokim współczynniku efektywności, szczególnie w populacji osób starszych. Stosowanie szczepień ochronnych zmniejsza liczbę zachorowań, redukuje liczbę hospitalizacji i śmiertelność z powodu grypy i jej powikłań.

Szczepienia ochronne dodatkowo zmniejszają zużycie antybiotyków, co biorąc pod uwagę rosnącą oporność bakterii, jest korzystnym zjawiskiem.

6.1.2. Epidemiologia i skuteczność planowanych interwencji

Szeroko prowadzone badania genetyczne wskazują na ewolucję i znaczną zmienność antygenową szczepów izolowanych grypy w poszczególnych latach z kolejnych epidemii oraz okresów między epidemiami grypy. Z badań tych wynika, że istotną cechą biologii wirusów grypy jest pojawianie się w przyrodzie co pewien czas (10-15 lat) ich nowych podtypów o zmienionych, zupełnie innych niż wcześniej poznane, właściwościach antygenów powierzchniowych. Właśnie w następstwie takich zmian spotykamy nowe podtypy wirusa odpowiedzialne za pandemie grypy u człowieka (podtyp H0N1 - epidemia lat 1929-1947, podtyp H1N1 - epidemia lat 1946-1957, podtyp H2N2 odpowiedzialny za epidemię "grypy azjatyckiej", podtyp H3N2 - epidemia grypy "Hongkong", podtyp H1N1 – epidemia „świńskiej” grypy, podtyp H5 i H7 – epidemia „ptasiej” grypy, itp.).

Na epidemiologiczny obraz choroby rzutuje olbrzymia zmienność antygenowa wirusów i brak krzyżowej odporności po przechorowaniu. Zmienność aktualnie występujących wirusów grypy znajduje się pod ciągłym nadzorem WHO. Jest to rezultat utworzenia sieci referencyjnych laboratoriów monitorujących występowanie lokalnych szczepów wirusa na całym świecie. W Polsce Ośrodek ds. Grypy Światowej Organizacji Zdrowia, kierowany przez prof. dr. hab. L. Brydaka znajduje się w Państwowym Zakładzie Higieny. Program ten pozwala każdego roku aktualizować dobór szczepów wirusa, wykorzystywanych do przygotowania szczepionek

Kluczowym momentem w badaniach nad grypą okazało się wykrycie zlepnego działania wirusów na krwinki czerwone. Szczególnie intensywnie działanie to przejawiało się w odniesieniu do krwinek kury, człowieka i świnki morskiej. Spostrzeżenie niniejsze było podstawą opracowanego w 1941 roku odczynu hemaglutynacji - znanego później pod nazwą odczynu Hirsta. W wyniku wprowadzenia pojęcia jednostki hemaglutynacyjnej, odczyn Hirsta stał się narzędziem pozwalającym na ilościowe oznaczanie wirusów grypy. Był to istotny postęp w metodyce opracowania odczynów serologicznych, jak również w procesie wytwarzania szczepionek.

Wytyczne organizacji światowych (WHO) oraz ogólnoeuropejskich (ECDPC) w większości rekomendują coroczne szczepienia przeciwko grypie osób w podeszłym wieku. W polskim Programie Szczepień Ochronnych szczepienia zaleca się osobom powyżej 55. roku życia, z kolei Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce zaleca objęcie szczepieniami w osób w wieku 50-64 rokiem życia ze wskazaniami medycznymi i społecznymi oraz powyżej 65. roku życia ze wskazaniami medycznymi. Biorąc pod uwagę ilość zgonów w poszczególnych kategoriach wiekowych z powodu grypy, to najwięcej jest ich w populacji powyżej 60. roku życia.

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

Obecnie w Polsce nie są refundowane zakupy szczepionek przeciwko grypie z budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.

6.2.4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

Celem szczepień przeciwko grypie jest nie tylko uniknięcie zachorowania, ale przede wszystkim uniknięcie poważnych powikłań pogrypowych takich jak: zapalenie płuc, zapalenie ucha środkowego, jak również powikłań sercowo-naczyniowych. Grypa może także wywołać zaburzenia neurologiczne oraz powikłania ze strony układu nerwowego np. zapalenie mózgu.

Skuteczność szczepionki przeciwko grypie ocenia się na 70 – 90%. Odporność po szczepieniu wykształca się po około dwóch tygodniach i trwa od 6 do 12 miesięcy.

Wykazano również, iż szczepienie przeciwko grypie jest bezpieczną i skuteczną metodą profilaktyki powikłań pogrypowych w grupach wysokiego ryzyka. Coroczne szczepienie przeciwko grypie jest rekomendowane jako metoda prewencji wtórnej przez American Heart Association i American College of Cardiology¹.

7. CEL STRATEGICZNY ORAZ CELE SZCZEGÓŁOWE PROGRAMU

7.1. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego - prewencja miażdżycy, cukrzycy typu 2 i nadciśnienia

7.1.1.CEL STRATEGICZNY

Obniżenie poziomu zachorowalności i umieralności z powodu schorzeń układu krążenia

CELE SZCZEGÓŁOWE, ZADANIA I METODY DZIAŁANIA

Cele szczegółowe

- *kontrola czynników ryzyka cukrzycy typu 2 oraz ewentualne wdrożenie leczenia u pacjentów z nierozpoznaną dotychczas chorobą,*
- *prewencja chorób sercowo – naczyniowych u osób ze stanem przedcukrzycowym,*
- *obniżenie częstości występowania innych niż palenie czynników ryzyka chorób układu krążenia,*
- *obniżenie poziomu umieralności z powodu przewlekłych chorób układu krążenia i sercowo-naczyniowych (w tym cukrzycy typu 2),*
- *kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych wśród mieszkańców miasta i gminy Brusy (aktywny tryb życia, zdrowa dieta, itp.),*
- *podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców miasta i gminy Brusy,*
- *zrozumienie przez mieszkańców potrzeby badań profilaktycznych.*

7.1.2. Oczekiwane efekty

- niwelowanie czynników ryzyka zachorowalności na cukrzycę typu 2,
- zmniejszenie częstotliwości występowania innych niż palenie czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- zmniejszenie częstotliwości występowania chorób sercowo – naczyniowych,
- zmniejszenie poziomu umieralności z powodu przewlekłych chorób układu krążenia i sercowo-naczyniowych (w tym cukrzycy typu 2),
- nabycie przez dorosłych mieszkańców miasta i gminy Brusy wiedzy na temat prozdrowotnych zachowań, służących utrzymaniu zdrowia (*prowadzenie odpowiedniego trybu życia – aktywność fizyczna, odpowiednia, zdrowa dieta, udział w profilaktycznych badaniach, itp.*).

7.1.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

- procentowa liczba uczestników Programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu,
- procentowa liczba osób z prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu w stosunku do osób biorących udział w Programie,
- procentowa liczba osób z czynnikami ryzyka i jednocześnie prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu w stosunku do osób biorących udział w Programie,
- procentowa liczba osób z upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłową glikemią na czczo w stosunku do osób biorących udział w Programie,
- poziom zadowolenia uczestników Programu z uczestnictwa w nim (ankieta ewaluacyjna).

7.1.4. Metoda za pomocą której realizowane będą cele programu

Realizacja programu edukacyjno – zdrowotnego pod hasłem „Wyprzedź cukrzycę”.

7.2. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na grypę

7.2.1.CEL STRATEGICZNY

Obniżenie poziomu powikłań sercowo-naczyniowych (w tym umieralności) z powodu zachorowania na grypę.

CELE SZCZEGÓŁOWE, ZADANIA I METODY DZIAŁANIA

Cele szczegółowe

- *prewencja chorób sercowo – naczyniowych będących powikłaniami po grypie,*
- *obniżenie częstotliwości występowania powikłań sercowo-naczyniowych w wyniku przebytej grypy,*
- *obniżenie poziomu umieralności z powodu powikłań sercowo-naczyniowych po przebytej grypie,*
- *podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców miasta i gminy Brusy.*

7.2.2. Oczekiwane efekty

- *zmniejszenie częstotliwości występowania pogrypowych powikłań sercowo – naczyniowych,*
- *zmniejszenie poziomu umieralności z powodu powikłań sercowo-naczyniowych po przebytej grypie,*
- *nabycie przez dorosłych mieszkańców miasta i gminy Brusy wiedzy na temat prozdrowotnych zachowań.*

7.2.3. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu

- *procentowa liczba uczestników programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do Programu,*
- *wskaźnika powikłań sercowo – naczyniowych z powodu zachorowania na grypę u osób zaszczepionych,*
- *poziom zadowolenia uczestników Programu z uczestnictwa w nim (ankieta ewaluacyjna).*

7.3.4. Metoda za pomocą której realizowane będą cele Programu

Realizacja programu szczepień ochronnych przeciwko grypie dla osób po 65. roku życia.

8. Adresaci Programu

8.1. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego - prewencja cukrzycy typu 2

Do uczestnictwa w programie zaprosimy mieszkańców miasta i gminy Brusy (najczęściej narażone na choroby cywilizacyjne):

- mężczyźni w wieku 40-55 lat,
- kobiety w wieku 50-65 lat.

którzy wyrażą chęć uczestnictwa w programie, u których nie stwierdzano wcześniej zaawansowanej choroby, które nie przeżyły zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu i nie

są w momencie badania leczone z powodu cukrzycy typu 2. Z udziału w programie nie będą mogły skorzystać również osoby, które w danym roku kwalifikują się do badania w ramach programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia - finansowanego ze środków NFZ oraz te, które w ciągu ostatnich pięciu lat skorzystały z tychże świadczeń (realizator Programu zobowiązany będzie do weryfikacji osób zainteresowanych udziałem).

Można zadać w tym miejscu pytanie, dlaczego z przesiewu w kierunku cukrzycy zostały wykluczone osoby ze zdiagnozowaną chorobą sercowo-naczyniową, a z kolei z przesiewu w kierunku miażdżycy osoby ze zdiagnozowaną wcześniej cukrzycą, jeżeli wiadomo, że te dwie choroby współistnieją ze sobą i występowanie jednej zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania na drugą. Decyzję tę podjęto po przeanalizowaniu obowiązujących w Polsce standardów postępowania u chorych z cukrzycą typu 2 i u chorych z chorobą sercowo-naczyniową. W każdym z powyższych standardów kładzie się bardzo duży nacisk na wykonywanie częstych badań mających rozpoznać współistniejące choroby, tak więc osoby z już rozpoznaną jedną chorobą są w stałej opiece czy to lekarza pierwszego kontaktu czy to specjalisty, który kontroluje zarówno ich gospodarkę węglowodanową jak i lipidową.

Program wczesnej identyfikacji skierowany jest do ludzi, u których zarówno cukrzyca jak i miażdżycy może co najwyżej występować *bezobjawowo* w swoim długim przedklinicznym stadium i chorobę zdiagnozować można tylko w trakcie badań przesiewowych.

Populacja objęta programem:

- mężczyźni w wieku 40-55 lat	1.478
- kobiety w wieku 50-65 lat	1.222
ŁĄCZNIE:	2.700

minus 10% po zawałach mięśnia sercowego	= 2.430 osoby
5% chorych na cukrzycę	= 2.309 osoby
2 % chorych po udarze mózgu	= 2.262 osób
z tego 40 % zagrożonych	= 904 osoby
minus przebadani w latach ubiegłych w ramach P „PSS”	= 504 osoby
minus przebadani w latach ubiegłych w ramach Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (20%)	= 403 osoby

8.2. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na gripę

Mieszkańcy miasta i gminy Brusy w wieku powyżej 65 roku życia (populacja szczególnego ryzyka), którzy wyrażą chęć uczestnictwa w programie.

Populacja – liczba osób po 65 roku życia

= 1.679 osób

9. Organizacja Programu

9.1. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego - prewencja cukrzycy typu 2

9.1.1. Plan działania

1. Promocja projektu obejmująca: nabór uczestników, organizację spotkań informacyjnych dla mieszkańców miasta i gminy Brusy oraz wydanie i rozdysponowanie ulotek i plakatów informujących m.in. o czynnikach ryzyka zachorowalności na cukrzycę i ewentualnych skutkach późnego zdiagnozowania choroby (**działania podejmowane w ramach akcji profilaktyczno-promocyjnej**).

Tryb zapraszania do programu

Program realizowany będzie przez podmioty wyłonione w wyniku otwartego konkursu ofert. Działania informacyjne nt. realizowanego programu, **w tym czynników ryzyka zachorowalności oraz właściwych zachowań prozdrowotnych** prowadzone będą podczas zebrań wiejskich i osiedlowych (23 sołectw, 2 osiedla) corocznie odbywających się na terenie miasta i gminy Brusy w okresie wczesno jesiennym.

W ramach spotkań informacyjnych przekazywana będzie mieszkańcom wiedza nt. eliminowania czynników ryzyka, tj. nadwagi, otyłości (zwłaszcza brzusznej), nadciśnienia tętniczego, wysokiego poziomu cholesterolu, palenia tytoniu, braku regularnego wysiłku fizycznego oraz nadużywania alkoholu.

Akcja informacyjno - promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miejski w Brusach, jak i realizatora Programu. Informacja o realizacji działań profilaktycznych (wraz z zaproszeniem do udziału) przekazana zostanie do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie miasta i gminy Brusy. Informacja na temat realizacji Programu umieszczona zostanie na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Brusach (www.brusy.pl) oraz na tablicy ogłoszeń znajdującej się w w/w urzędzie.

1. Badania wstępne:

Początkowo, u każdej z badanych osób powinny zostać przeprowadzone pomiary antropometryczne i dwukrotne badane ciśnienia tętniczego krwi.

Na podstawie tego badania u każdego pacjenta powinien zostać określony stopień zagrożenia wystąpieniem cukrzycy. Osoby, które w powyższej ocenie osiągnęły co najmniej 9 punktów, powinny zostać uznane jako osoby z dużym ryzykiem wystąpienia cukrzycy.

- u wszystkich uczestników programu wykonane powinno zostać na czczo badanie glikemii oraz poziom całkowitego cholesterolu.

- u osób, u których poziom cholesterolu całkowitego przekraczał będzie 5,2 mmol/l wykonany powinien zostać pomiar cholesterolu HDL i trójglicerydów.
- u osób, u których glikemia na czczo była $\geq 6,1$ mmol i $< 7,0$ mmol/l, lub wskaźnik ryzyka cukrzycy wynosić będzie co najmniej 9 punktów, należy wykonać test doustnego obciążenia glukozą.

W celu uniknięcia błędów przed laboratoryjnych test doustnego obciążenia glukozą wykonany powinien zostać według opracowanej instrukcji:

- u osób, u których glikemia w pierwszym badaniu przekraczała będzie 7 mmol/l, należy wykonać powtórne badanie rozpoznające cukrzycę - w przypadku potwierdzenia podwyższonej wartości glikemii, albo test doustnego obciążenia glukozą, gdy druga wartość glikemii na czczo będzie niższa od 7 mmol/l.

2. Kwalifikacja uczestników programu do dalszego postępowania:

Osoby z prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu powinny otrzymać informację, że w chwili obecnej gospodarka lipidowa i węglowodanowa jest u nich prawidłowa.

Osoby z nieprawidłowymi wartościami lipidów i upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłową glikemią na czczo - zaproszeni powinni zostać do udziału w programie interwencyjnym, który stanowi II ETAP opisywanego programu, polegający na edukacji prozdrowotnej (modyfikacja nieprawidłowego stylu życia).

3. Po zakończeniu programu interwencyjnego uczestnik programu przechodzi do ETAPU III, w którym prowadzone będą następujące działania:

- konsultacja pielęgniarska,
- kontrola osób ze stwierdzanymi wcześniej zaburzeniami gospodarki lipidowej (w ramach umowy, jaką realizator programu posiada z NFZ).

W ramach programu przeprowadzone powinny zostać (szczegółowy opis poszczególnych etapów):

I ETAP

1). Konsultacja pielęgniarska obejmująca:

- ankietę na temat czynników ryzyka miażdżycy i cukrzycy,
- dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego,
- pomiar wzrostu oraz masy ciała i określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu pasa i bioder,

- pobranie krwi do badań laboratoryjnych.
- 2). Oznaczenie poziomu glikemii oraz lipidogramu (u wszystkich cholesterolu całkowitego, w razie wartości przekraczającej 5,2 mmol/l – cholesterolu HDL i trójglicerydów) oraz przeprowadzenie doustnego testu obciążenia glukozą w grupie ryzyka.
- 3). Konsultacja lekarska obejmująca:
- dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego,
 - ocenę stanu gospodarki lipidowej i węglowodanowej wraz z oceną ryzyka rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2,
 - skierowanie osób z nieprawidłową gospodarką lipidową i węglowodanową lub obciążonych ryzykiem rozwoju chorób układu krążenia i cukrzycy typu 2 na szkolenie modyfikujące nieprawidłowy styl życia (przeprowadzane przez pielęgniarkę) oraz przekazanie im ulotek informacyjnych (**działanie podejmowane w ramach akcji profilaktyczno-promocyjnej**).

II ETAP

1). Szkolenie dotyczące stylu życia:

- **spotkanie pierwsze** - pomiary antropometryczne, ocena stopnia nadwagi, pomiar ciśnienia tętniczego, ocena dotychczas stosowanej diety i wydatkowanej średniej dobowej energii. Korekta nieprawidłowych nawyków żywieniowych, zalecenia dietetyczne,
- **spotkanie drugie** (ok. 2 tyg. po pierwszym)- pomiary antropometryczne, ocena stopnia realizacji zalecanej diety, dalsza korekta dietetyczna, zalecenia dotyczące indywidualnego wysiłku fizycznego,
- **spotkanie trzecie** (ok. 2 tyg. po poprzednim) – pomiary antropometryczne, ocena stopnia realizacji zalecanej diety i wysiłku fizycznego, korekta diety i zaleceń dotyczących wysiłku fizycznego. Dla osób uzależnionych od tytoniu: ocena testu Fagerströma i Schneider'a, zalecenia dotyczące leczenia uzależnienia od tytoniu,
- **spotkanie czwarte** (ok. 4 tyg. po poprzednim) - pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego. Ocena stopnia realizacji zaleceń dotyczących diety i wysiłku fizycznego. Dla osób uzależnionych od tytoniu – ocena wyników leczenia uzależnienia od tytoniu.

III ETAP

1). Kontrola osób ze stwierdzanymi wcześniej zaburzeniami gospodarki lipidowej 3 miesiące po rozpoczęciu programu interwencyjnego (w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia);

- konsultacja pielęgniarska - ocena wyników realizacji programu interwencyjnego- pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena uzależnienia od tytoniu,
- badania laboratoryjne- lipidogram,

- konsultacja lekarska – decyzja o dalszym sposobie leczenia.
- 2). Kontrola osób z upośledzoną tolerancją glukozy – 12 miesięcy po rozpoczęciu programu interwencji niefarmakologicznej (w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia);
- konsultacja pielęgniarska - ocena wyników realizacji programu interwencyjnego- pomiary antropometryczne, pomiar ciśnienia tętniczego krwi, ocena uzależnienia od tytoniu,
 - badania laboratoryjne- test doustnego obciążenia glukozą,
 - konsultacja lekarska - decyzja o dalszym sposobie leczenia.

Realizator programu zobowiązany jest do:

- weryfikacji osób, które mogą skorzystać z Programu (brak udziału w ciągu 5 lat w programie finansowanym przez NFZ),
- prowadzenia dokumentacji realizacji programu (uwierzytelnionej podpisami osób uczestniczących w programie stanowiących potwierdzenie wykonywanych badań i szczepień):
- uzyskania zgody na udział w programie, w tym przetwarzania danych osobowych oraz wykorzystania wizerunku,
- przygotowania raportu zbiorczego podejmowanych działań.

9.2. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na grype

9.2.1. Plan działania

1. Nabór uczestników.

Program realizowany będzie przez podmioty wyłonione w wyniku otwartego konkursu ofert. Działania informacyjne nt. realizowanego programu prowadzone będą podczas zebrań wiejskich i osiedlowych (23 sołectw, 2 osiedla) corocznie odbywających się na terenie miasta i gminy Brusy w okresie wczesno jesiennym. Akcja informacyjno-promocyjna prowadzona będzie zarówno przez Urząd Miejski w Brusach, jak i realizatora Programu. Informacja wraz z zaproszeniem do udziału przekazana zostanie do wszystkich zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących na terenie miasta i gminy Brusy. Informacja na temat realizacji Programu umieszczona zostanie na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Brusach (www.brusy.pl) oraz na tablicy ogłoszeń znajdującej się w w/w urzędzie.

2. Udzielanie porady na etapie podstawowym obejmującej:

- zarejestrowanie osoby z ustalonej grupy wiekowej, która zgłosi się do programu,
- edukację w zakresie prewencji grypy.

3. Przeprowadzenie procedury diagnostycznej obejmującej:

- przeprowadzenie wywiadu i zbadanie osoby,
 - wykonanie szczepienia przeciw grypowego (w tym zakup szczepionki).
4. Etap pogłębionej diagnostyki:
- w przypadku niezakwalifikowania się do programu osoby z określonej populacji, etap pogłębionej diagnostyki będzie odbywać się w ramach umowy, jaką realizator programu podpisał z NFZ,
 - w przypadku wystąpienia reakcji poszczepiennych osoba objęta programem powinna zgłosić się do lekarza w celu konsultacji.

Realizator programu zobowiązany jest do:

- prowadzenia dokumentacji realizacji programu (uwierzytelnionej podpisami osób uczestniczących w programie stanowiących potwierdzenie wykonywanych badań i szczepień):
- uzyskania zgody na udział w programie, w tym przetwarzania danych osobowych oraz wykorzystania wizerunku,
- przygotowania raportu zbiorczego podejmowanych działań.

10. Realizatorzy, budżet i harmonogram:

10.1. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na grype

Program powinien być realizowany przez zakłady opieki zdrowotnej; wybór realizatora nastąpi poprzez przeprowadzenie otwartego konkursu ofert.

Wymagana kadra:

- o lekarze POZ,
- o pielęgniarki POZ,
- o edukator promocji zdrowia,
- o dietetyk.

Harmonogram – czas i miejsce: kres realizacji projektu - lata 2013-2016.

Miejsce realizacji projektu: zakłady opieki zdrowotnej zlokalizowane na terenie miasta i gminy Brusy.

Budżet: **12.000 zł/ rok**. Łączny koszt realizacji programu w latach 2013-2016 wynosić będzie 48.000 zł, co pozwala na przebadanie prawie 100 % (400 osób) zagrożonych w ciągu całego okresu trwania programu, tj. 100 osób rocznie.

Koszt na 1 osobę – ok. 120 zł.

Źródła finansowania: budżet Gminy Brusy (100%).

10.2. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na grype

Program powinien być realizowany przez zakłady opieki zdrowotnej; wybór realizatora nastąpi poprzez przeprowadzenie otwartego konkursu ofert.

Wymagana kadra:

- lekarze POZ,
- pielęgniarki POZ.

Harmonogram – czas i miejsce:

Okres realizacji projektu - wrzesień - październik w latach 2013-2016.

Miejsce realizacji projektu - zakłady opieki zdrowotnej zlokalizowane na terenie miasta i gminy Brusy.

Budżet: 6.800 zł/ rok. Łączny koszt realizacji programu w latach 2013-2016 wynosić będzie 27.200 zł, co pozwala na przebadanie ok. 23 % (400 osób) zagrożonych w ciągu całego okresu trwania programu, tj. 100 osób rocznie.

Koszt na 1 osobę (w tym zakup szczepionki) – ok. 68 zł.

Źródła finansowania: budżet Gminy Brusy (100%).

11. Monitorowanie i ewaluacja.

11.1. Schorzenia układu sercowo-naczyniowego - prewencja cukrzycy typu 2

11.1.1. Ocena jakości świadczeń w Programie

Ewaluacja Programu prowadzona będzie na bieżąco. Będzie podlegała jej atrakcyjność spotkań informacyjnych i edukacyjnych, stosowane przez realizatora metody pracy oraz atrakcyjność i zawartość merytoryczna wydanych materiałów. Ocena jakości świadczeń w programie będzie monitorowana na bieżąco na podstawie:

- rozmów z uczestnikami Programu,
- obserwacji realizacji Programu.

11.1.2. Ocena efektywności Programu

Końcowa ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie następujących kryteriów:

- zgłaszalności do Programu,
- liczby osób uczestniczących w spotkaniach informacyjnych i edukacyjnych,

- liczby zidentyfikowanych osób z wysokim ryzykiem rozwoju miażdżycy i cukrzycy typu 2 (w tym procentowa liczba osób z prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu w stosunku do osób biorących udział w Programie, procentowa liczba osób z czynnikami ryzyka i jednocześnie prawidłową tolerancją glukozy i prawidłowymi wartościami lipidogramu w stosunku do osób biorących udział w Programie oraz procentowa liczba osób z upośledzoną tolerancją glukozy lub nieprawidłową glikemią na czczo w stosunku do osób biorących udział w Programie),
- liczby przeprowadzonych interwencji nefarmakologicznych,
- zakres prospektywnej obserwacji osób – uczestników programu w celu identyfikacji osób, u których wystąpiły powikłania sercowo-naczyniowe lub cukrzyca.

11.2. Powikłania sercowo – naczyniowe z powodu zachorowania na grypę

11.2.1. Ocena jakości świadczeń w Programie

Ewaluacja Programu prowadzona będzie na bieżąco na podstawie:

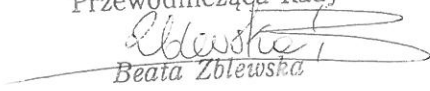
- rozmów z uczestnikami Programu,
- obserwacji realizacji Programu.

11.2.1. Ocena efektywności Programu

Końcowa ocena efektywności Programu zostanie dokonana na podstawie następujących kryteriów:

- zgłaszalności do Programu,
- zmniejszenie zachorowalności na grypę i infekcje grypopochodne,
- zmniejszenie wskaźnika powikłań z powodu zachorowania na grypę w tym sercowo-naczyniowych,
- podniesienie poziomu wiedzy na temat szczepień przeciwko grypie i ich celowości,
- dotarcie do osób wymagających opieki - przede wszystkim pacjentów po 65 roku życia.

Przewodnicząca Rady


Beata Zblewska

Bibliografia:

1. „Programy dla zdrowia w społeczności lokalnej” – Zofia Słońska, Barbara Woynarowska.
2. „Epidemiologia wybranych czynników ryzyka chorób układu krążenia” - Piotr Matyjaszczyk, Karolina Hoffmann, Wiesław Bryl.
3. „Choroby serca” tom I – Redakcja I polskiego wydania; Waldemar Banasiak, Grzegorz Opolski, Lech Poloński.
4. „Ogólnopolski Program Prewencji Choroby Wieńcowej POLSCREN” – Andrzej Cieśliński, Andrzej Pająk, Piotr Podolec, Andrzej Rynkiewicz.
5. „Choroby wewnętrzne” tom I – Redakcja I polskiego wydania: Eugeniusz Kucharz, Krzysztof Simon, Maria Witkowska.
6. „Choroby wewnętrzne” tom III – Redakcja I polskiego wydania: Maria Podolak-Dawidziak, Sławomir Sidorowicz, Zbigniew Szybiński.
7. „Terapia skojarzona nadciśnienia tętniczego” – Andrzej Januszewicz.
8. „Kompedium diabetologii” – Anna Czech, Jan Tatoń, Małgorzata Bernas.
9. „Cukrzyca podręcznik diagnostyki i terapii” – Anna Czech, Jan Tatoń.
10. „Podręczny Leksykon Diabetologiczny” - Józef Drzewoski.
11. „Grypa - wciąż powracający problem zdrowotny” -Eugeniusz Małafiej.
12. „Grypa - influenza jest chorobą opisywaną od dawna. Już w opisach Hipokratesa niektórzy próbowali dostrzec grypę, jednak w opinii historyków brak na to dowodów - http://www.sluzbazdrowia.com.pl/artukul.php?numer_wydania=3066&art=4
13. „Grypa A H1N1 v jako problem kliniczny i epidemiologiczny” – Anna Moniuszko, Sławomir Pancewicz, Maciej Kondrusik, Sambor Grygorczuk, Piotr Czupryna, Joanna Zajkowska-
<http://pml.strefa.pl/ePUBLI/166/18.pdf>