

UCHWAŁA NR LXXII/816/2023  
RADY GMINY SZCZECINEK  
z dnia 14 listopada 2023r.

w sprawie przyjęcia "Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek na lata 2023-2025"

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 40, 572, 1463 i 1688) oraz art. 7 ust. 1 pkt. 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U z 2022r. poz. 2561, 2674 i 2770; z 2023r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831 i 1872) Rada Gminy Szczecinek uchwala, co następuje:

§ 1. Uchwala się "Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek na lata 2023-2025" stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Szczecinek.

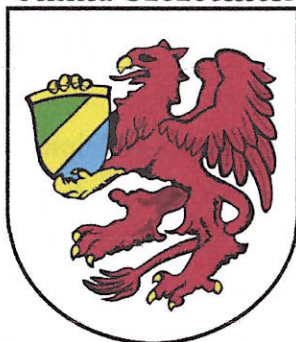
§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY

  
Aniela Isik

# **Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek na lata 2023-2025**

**Gmina Szczecinek**



Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Program został opracowany na podstawie Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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.

## Spis treści

Spis treści .....	2
Słowniczek .....	3
1. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej .....	5
1.1. Opis problemu zdrowotnego .....	5
1.2. Dane epidemiologiczne .....	9
1.3. Opis obecnego postępowania .....	11
2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji .....	13
2.1. Cel główny .....	13
2.2. Cele szczegółowe .....	14
2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	14
3. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej .....	15
3.1. Populacja docelowa .....	15
3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej .....	16
3.3. Planowane interwencje .....	19
3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej .....	24
3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	24
4. Organizacja programu polityki zdrowotnej .....	25
4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	25
4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	27
5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej .....	30
5.1. Monitorowanie .....	30
5.2. Ewaluacja .....	32
6. Budżet programu polityki zdrowotnej .....	33
6.1. Koszty jednostkowe .....	33
6.2. Koszty całkowite .....	37
6.3. Źródła finansowania .....	36
Bibliografia .....	38
Załącznik A. Wzór oświadczenia o miejscu zamieszkania .....	41
Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie .....	42
Załącznik C. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu .....	41
Załącznik D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego .....	45
Załącznik E. Test sprawdzający wiedzę z zakresu profilaktyki osteoporozy .....	46

## **Słowniczek**

**AOTMiT** - Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**BMD** - gęstość mineralna kości, Bone Mineral Density.

**Chorobowość** - liczba wszystkich przypadków danego problemu zdrowotnego z uwzględnieniem nowych przypadków dotkniętych danym problemem zdrowotnym, zarejestrowanych w przeciągu analizowanego roku.

**DALY (Disability Adjusted Life-Years)** - utracona długość życia korygowana niepełnosprawnością.

**Decyzja terapeutyczna** - ustalenie postępowania zmierzającego do rozwiązania problemu zdrowotnego.

**DXA** - dwuwiązkowa (dwuenergetyczna) absorpcjometria rentgenowska, dual energy X-ray absorptiometry.

**FRAX** - kalkulator ryzyka złamania kości, Fracture Risk Assessment Tool.

**GUS** - Główny Urząd Statystyczny.

**Koszty bezpośrednie** - koszty kwalifikowane, dotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanych w programie.

**Koszty pośrednie** - koszty kwalifikowane, niezbędne do realizacji programu, ale niedotyczące bezpośrednio interwencji zaplanowanej w programie. Zalicza się do nich np.: zakup materiałów promocyjnych i informacyjnych, koszty związane z obsługą administracyjną i księgową. Do kosztów pośrednich należą także koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu.

**Kryteria włączenia** - warunki, które musi spełnić osoba aplikująca, aby skorzystać z programu.

**Kryteria wyłączenia** - warunki, których zaistnienie wyklucza (trwale lub czasowo) udział w programie.

**NFZ** - Narodowy Fundusz Zdrowia.

**Organizator** – Gmina Szczecinek.

**Osteogeneza** - proces powstawania tkanki kostnej.

**Osteopenia** - stan charakteryzujący się zmniejszeniem gęstości mineralnej kości, uważana za wczesne stadium osteoporozy.

**Osteoporoza** - choroba układu szkieletowego.

**Personel medyczny** - zgodnie z rekomendacją nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., jest to personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt uczestnikami, np.: lekarze rodzinni, pielęgniarki POZ, koordynatorzy opieki medycznej, a także personel realizatora.

**Program** - Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek na lata 2023-2025.

**Realizator** - wybrany w drodze konkursu podmiot wykonujący działalność leczniczą od co najmniej 1 roku w myśl ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub podmiot, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

**T-score** - stosunek gęstości mineralnej kości (BMD) osoby badanej do średniej gęstości kości osoby młodej (interpretacja: T-score:  $> -1,0$  – zdrowa kość, T-score: od  $-1,0$  do  $-2,5$  – osteopenia; T-score  $< -2,5$  – osteoporoza).

**Uczestnik** - osoba spełniająca kryteria włączenia do programu i bezpośrednio korzystająca z co najmniej jednej interwencji przewidzianej w programie. W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników: I grupa docelowa – osoby korzystające z działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy; II grupa docelowa – personel medyczny korzystający ze szkoleń.

**WHO** - Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization).

**YLD (Years Lived with Disability/Years Lost due to Disability)** - lata przeżyte w niesprawności/ utrata lat życia spowodowana niesprawnością.

**YLL (Years of Life Lost)** - utrata lat życia na skutek przedwczesnej śmierci.

**Zapadalność** - liczba nowych przypadków danego problemu zdrowotnego w ciągu analizowanego roku.

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

## 1.1. Opis problemu zdrowotnego

Osteoporoza to uogólniona choroba układu kostnego związana z niską masą kostną, połączona z zaburzeniem architektury i jakości tkanki kostnej, która przyczynia się do zwiększonej podatności na złamania. Jej podstawowymi elementami patogenetycznymi są ubytek masy kostnej oraz uszkodzenie mikro architektury kości. Wyróżnia się dwie grupy osteoporozy: osteoporozę pierwotną i osteoporozę wtórną. Osteoporoza pierwotna jest naturalnym następstwem procesu starzenia się kości, osteoporoza wtórna jest następstwem występujących chorób współistniejących.<sup>1</sup>

Postać pierwotna osteoporozy dzieli się na:

1. idiopatyczną (młodzieńczą), charakteryzującą się występowaniem zaburzeń wzrostu szkieletu o nieustalonej etiologii,
2. postać inwolucyjną związaną z nieprawidłowym procesem metabolicznym kości. Wyróżnia się:

- a) osteoporozę inwolucyjną typu I (po menopauzalną), która występuje u kobiet w wieku 50-60 lat. Jest ona konsekwencją utraty tkanki kostnej spowodowanej ustaniem funkcjonowania endokrynych gruczołów jajnikowych. Działanie estrogenów na tkankę kostną polegające na stymulowaniu osteogenezy oraz hamowaniu procesu resorpcji kości zostaje wstrzymane. W jej przebiegu najczęściej dochodzi do złamań trzonów kręgowych oraz bliższej części kości promieniowej;
- b) osteoporozę inwolucyjną typu II (starczą) dotykającą kobiety oraz mężczyzn po 75 roku życia. Przyczyną powstającego procesu chorobowego jest zmniejszona aktywność komórek kościotwórczych osteoblastów oraz witaminy D<sub>3</sub>. W jej przebiegu dochodzi do złamań bliższej części udowej i trzonów kręgow<sup>2</sup>.

Czynniki ryzyka rozwoju osteoporozy pierwotnej:

1. genetyczne i demograficzne:

- a) predyspozycja rodzinna;
- b) wiek (kobiety > 65 lat, mężczyźni >75 lat);

<sup>1</sup> Rabijewski M., Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, Forum Zakazań 2017;8(5):383–388

<sup>2</sup> Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D, 12. Barańska A, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy po menopauzalnej Probl High Epidemiol 2015, 96(1), s. 107-110. Źródło: <http://phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf>

- c) płeć żeńska;
- d) rasa biała i żółta (osteoporoza występuje 3 razy częściej niż u rasy czarnej), BMI <18 kg/m<sup>2</sup>;

## 2. stan prokreacyjny:

- a) niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii;
- b) przedłużony brak miesiączki – późne pokwitanie, okresy niedoboru estrogenów (np. związane z jadłowstrętem psychicznym lub bardzo intensywnymi ćwiczeniami fizycznymi);
- c) nierodzenie;
- d) stan po menopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników);
- e) czynniki związane z odżywianiem i stylem życia;
- f) mała podaż wapnia (zapotrzebowanie dobowe na wapń w okresie 1.–10. r.ż. ~800 mg, u młodzieży dojrzewającej i osób dorosłych – 1000–1200 mg, u kobiet w ciąży i w okresie laktacji, po menopauzie i u osób w podeszłym wieku – 1200–1300 mg; dobowa podaż wapnia w diecie polskiej pokrywa jego zapotrzebowanie zwykle w 50–60%, a 40% kobiet spożywa <500 mg/d);
- g) niedobór witaminy D;
- h) mała lub nadmierna podaż fosforu;
- i) niedobory białkowe lub dieta bogato białkowa (niedobór białka w okresie rozwoju prowadzi do zaburzeń wchłaniania białka, a u osób starszych jest przyczyną zwiększenia utraty masy kostnej i zmniejszenia siły mięśniowej, co predysponuje do upadków);
- j) palenie tytoniu;
- k) alkoholizm;
- l) nadmierne spożywanie kawy (picie > 3 filiżanek kawy dziennie, zwłaszcza przy niewielkim spożyciu wapnia, może wywierać szkodliwy wpływ na bilans wapniowy ustroju);
- m) siedzący tryb życia (kość dostosowuje swoją masę i strukturę do obciążeń mechanicznych, a brak obciążenia powoduje jej demineralizację i osłabienie; ponadto zanik mięśni i ograniczona sprawność ruchowa zwiększają ryzyko upadków i złamań).<sup>3</sup>

## Czynniki ryzyka osteoporozy wtórnej:

### 1. choroby gastroenterologiczne:

---

<sup>3</sup> „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018

- a) choroba trzewna i zespoły złego wchłaniania;
  - b) ciężka niewydolność wątroby;
  - c) pierwotna marskość wątroby;
  - d) operacyjne leczenie otyłości;
2. stany niedożywienia:
- a) jadłowstręt psychiczny;
  - b) diety jarskie;
3. endokrynopatie:
- a) pierwotny lub wtórny brak miesiączki;
  - b) przedwczesna menopauza;
  - c) pierwotny lub wtórny hipogonadyzm;
  - d) pierwotna nadczynność przynajmniej;
  - e) nadczynność tarczycy;
  - f) nadczynność kory nadnerczy (zespół Cushinga);
4. choroby powodujące zaburzenia czynności układu ruchu:
- a) zapalne układowe choroby reumatyczne;
  - b) zapalenia swoiste i nieswoiste kości i stawów;
  - c) stany po urazach układu ruchu;
  - d) wady wrodzone układu ruchu;
  - e) choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych i kręgosłupa;
  - f) zespoły po porażeniu;
  - g) choroba Parkinsona;
  - h) stwardnienie rozsiane;
  - i) sarkopenia i choroby mięśni;
  - j) unieruchomienie z innych powodów;
5. choroby nerek;
6. choroby nowotworowe;
7. cukrzyca.<sup>4</sup>

Osteoporoza jest chorobą, która występuje u co czwartej kobiety w wieku po menopauzalnym i u 15% mężczyzn w starszym wieku. Całkowite ryzyko złamań u kobiet wynosi 30-40%, natomiast u mężczyzn około 20%. Czynnikiem wpływającym na ryzyko złamań jest gęstość mineralna kości (Bone Mineral Density – BMD), a w szczególności tzw. szczytowa masa kostna (PEAK BONE MASS – PBM), którą człowiek osiąga około 30-35 roku życia. Jeżeli

---

<sup>4</sup> Głuszko P. Osteoporoza. Reumatologia. 2016; supl.1:127



pacjent nie osiągnie zakładanej PBM, a dodatkowo będzie narażony na czynniki przyspieszające proces resorpcji kości, będzie można zaobserwować u niego osteoporozę, która objawia się niską wartością BMD oraz wysokim ryzykiem złamań osteoporotycznych. Osteoporoza może przez dłuższy czas przebiegać bezobjawowo, a jej pierwszym symptomem jest złamanie. Jest to najczęściej złamanie nadgarstka lub trzonu kręgowego do którego dochodzi po upadku z wysokości lub w wyniku podniesienia niewielkiego ciężaru. Średni wiek występowania typowych złamań osteoporotycznych wynosi odpowiednio:

- nadgarstka - około 55 rok życia,
- trzonów kręgowych - około 65 rok życia,
- szyjki kości udowej - około 75 rok życia.

U osób z wtórnymi przyczynami osteoporozy złamania mogą wystąpić znacznie wcześniej. Każde złamanie jest następstwem znacznego pogorszenia się sprawności fizycznej.

W celu uzyskania prawidłowej szczytowej masy kostnej (PMB) konieczne jest współdziałanie wielu czynników. Najważniejszym z nich jest przewaga procesu kościotworzenia nad procesem resorpcji kości. Jej generowanie rozpoczyna się już w okresie dzieciństwa. Trwa ono podczas procesu dojrzewania oraz w późniejszych latach życia. Jest to czas, w którym synteza nowej kości przewyższa jej resorpcję. Na uzyskanie prawidłowej wartości PMB mają wpływ głównie czynniki genetyczne. Istotny wpływ mają również hormony płciowe. Występują znaczne różnice pomiędzy kształtowaniem się ostatecznej masy kostnej u kobiet i u mężczyzn. Różnice te widoczne są już w dzieciństwie. Szczyt masy kostnej u chłopców osiągany jest później niż u dziewcząt. Przekroje kości u chłopców charakteryzują się większym rozmiarem, średnicą oraz wyższą odpornością mechaniczną. Dodatkowym elementem, który wpływa na odporność mechaniczną jest wyższa masa tkanki mięśniowej. Najważniejszymi czynnikami poza genetycznymi wpływającymi na osiągnięcie szczytowej masy kostnej są:

- prawidłowe odżywianie,
- regularna aktywność fizyczna,
- prawidłowa gospodarka hormonalna,
- ogólny stan zdrowia.

Osiągnięcie prawidłowej szczytowej masy kostnej jest bardzo istotne, ponieważ od około 40-45 roku życia procesy resorpcji kości zaczynają przeważać nad procesami mineralizacji. Następstwem jest stopniowy i powolny spadek całkowitej masy kostnej. Tempo spadku jest bardzo indywidualne i zależy od różnych czynników takich jak: brak ruchu lub unieruchomienie, choroby współistniejące, postępujące z wiekiem niedobory hormonalne,

leki (np. heparyny, leki retrowirusowe).<sup>5</sup>

Występowanie osteoporozy wzrasta wraz z wiekiem. Dotyka ona częściej kobiet niż mężczyzn. Grupami najbardziej narażonymi są kobiety w okresie menopauzy (osteoporoza post menopauzalna – typ I) oraz osoby starsze po 70 roku życia (osteoporoza starcza – typ II). Złamania osteoporotyczne będące najgroźniejszymi powikłaniami osteoporozy są przyczyną zgonów oraz niepełnosprawności. Do najczęściej występujących złamań osteoporotycznych zalicza się: złamania nadgarstka, kręgosłupa oraz bliższego odcinka kości udowej. Wyróżnia się czynniki niemodyfikowalne – takie, które są niemożliwe do wyeliminowania, czynniki modyfikowalne, na które człowiek ma wpływ. Większość z czynników modyfikowalnych to czynniki żywieniowe lub powiązane z aktywnością fizyczną. Działania prewencyjne powinny zatem opierać się na: przestrzeganiu odpowiednio zbilansowanej diety, uwzględniającej właściwą podaż witaminy D oraz wapnia i fosforu, regularnej aktywności fizycznej oraz wyeliminowaniu wszelkich nałogów.<sup>6</sup>

Osteoporoza uważana jest za chorobę, która stanowi nie tylko problem zdrowotny, ale także socjoekonomiczny. Wynika to z kosztów związanych z leczeniem złamań, będących następstwem osteoporozy. WHO uznało osteoporozę za chorobę cywilizacyjną, zwaną również „epidemią XXI wieku”. Jest ona chorobą ludzi starszych oraz kobiet po menopauzie, zatem wydłużanie życia populacji, starzenie się społeczeństw, jak również zmiana stylu życia i modelu odżywiania oraz ograniczenie aktywności fizycznej, wynikające z rozwoju technologicznego, wskazuje na możliwość zwiększenia liczby zachorowań.<sup>7</sup>

## 1.2. Dane epidemiologiczne

Osteoporoza jest najczęściej występującym schorzeniem w populacji osób dorosłych. Jako problem zdrowotny stała się problemem w wymiarze indywidualnym, społecznym oraz ekonomicznym. Z danych statystycznych wynika, że dotyka ona około 75 mln mieszkańców Europy, USA i Japonii. Problem dotyczy co trzeciej kobiety po menopauzie oraz większości osób po 70 roku życia. Statystyki informują, że osteoporoza rzadko występuje w krajach afrykańskich. Znacznie częściej występuje w Indiach, natomiast najbardziej rozpowszechniona jest w krajach Europy i Ameryki Północnej. Rozpoznaje się ją u 30% kobiet oraz

<sup>5</sup> Rabijewski M., Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, *Forum Zakażeń* 2017;8(5):383–388

<sup>6</sup> Kwiatkowska I, Lubawy M, Formanowicz D, Postępowanie żywieniowe w prewencji osteoporozy osób starszych, *Geriatrics* 2019; 13: 177. Źródło: [https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2019/12/Geriatrics\\_3\\_06.pdf](https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2019/12/Geriatrics_3_06.pdf)

<sup>7</sup> Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D, 12. Barańska A, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy po menopauzalnej *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96(1), s. 106 Źródło: <http://phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf>

u 8% mężczyzn powyżej 50 roku życia.<sup>8</sup> W Polsce problem ten dotyka 2,1 mln osób, z czego 1,7 mln stanowią kobiety. Liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w latach 2012-2018 systematycznie wzrasta. W 2012 roku liczba ta wynosiła 1,92 mln, natomiast w 2018 roku 2,12 mln. Większość tej grupy stanowiły kobiety. Od 2012 do 2018 roku liczba chorych kobiet wzrosła o 9,7% (z 1,57 mln do 1,72 mln), liczba chorych mężczyzn wzrosła o 11,9% (z 0,36 mln do 0,40 mln).<sup>9</sup>

Należy zwrócić szczególną uwagę na statystyki dotyczące złamań osteoporotycznych, które najczęściej dotyczą kręgosłupa, kości ramiennej, kości promieniowej i bliższego odcinka kości udowej. Oszacowano, że na świecie u 50-letniej kobiety rasy białej prawdopodobieństwo złamania osteoporotycznego sięga 40%, w tym złamania szyjki kości udowej 17,5%, kości promieniowej i kręgosłupa 16%. Ryzyko złamań u mężczyzny jest trzykrotnie mniejsze. Specjaliści z zakresu chorób reumatologicznych szacują, że ryzyko złamania bliższego odcinka kości udowej u kobiety znacznie przewyższa wspólne ryzyko zachorowania na chorobę nowotworową jajnika, macicy i piersi, natomiast prawdopodobieństwo zgonu na skutek złamania jest większe niż zgonu jako następstwa raka piersi. Niepokojąco przedstawiają się dane dotyczące złamań bliższego odcinka kości udowej na świecie.

W roku 1990 zarejestrowano 1,6 mln złamań. Szacuje się, że liczba ta wzrośnie w roku 2025 do 4 mln a w roku 2050 aż do 6 mln 20% osób ze złamaniem przeżywa jedynie pierwsze 6 miesięcy, zaś 50% - 12 miesięcy. Pacjenci, którzy przeżywają, najczęściej doświadczają trwałego kalectwa czy niepełnosprawności. Następstwa złamań znacznie wpływają na jakość życia oraz funkcjonowanie w społeczeństwie. Często potrzebna jest pomoc osób trzecich, która wiąże się ze wzrostem kosztów opieki medycznej.<sup>10</sup> W Polsce w 2018 roku na 100 tys. mieszkańców powyżej 50 roku życia przypadały 882 złamania. Liczba złamań jest zróżnicowana między województwami i waha się od 734 do 1 071 przypadających na 100 tys. mieszkańców powyżej 50 roku życia. W województwie zachodniopomorskim zanotowano 815 złamań.

Na podstawie danych Mapy Potrzeb Zdrowotnych dla chorób układu kostno-mięśniowego, opublikowanej w 2018 roku przez Ministerstwo Zdrowia, liczba chorych (chorobowość) w grupie „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości”, czyli w praktyce dotyczącej

<sup>8</sup> J. Rottermund, A. Knapik, Terapia zajęciowa w kompleksowej rehabilitacji osób z osteoporozą. Kwartalnik Niepełnosprawność, PFRON 2020

<sup>9</sup> Raport „NFZ o zdrowiu – osteoporoza” listopad 2019 r., źródło: <https://zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=47>

<sup>10</sup> Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żołnierczuk-Kieliszek D, 12. Barańska A, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy po menopauzalnej Probl High Epidemiol 2015, 96(1), s. 107-110. Źródło: <http://phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf>

osteoporozy, została w Polsce w 2016 roku oszacowana na 635,4 tys. ( w przeliczeniu na 100tys. Mieszkańców było to 1,7 tys.). W przypadku województwa zachodniopomorskiego, liczba chorych (chorobowość) wyniosła 15,7 tysięcy, a wskaźnik na 100 tysięcy mieszkańców zaledwie 920 pacjentów.

Wskaźnik zapadalności (liczba nowych przypadków osteoporozy) rozpoznanych po raz pierwszy w 2016 roku) z grupy „Zaburzenia mineralizacji i struktury kości” wyniósł 63,9 tys. przypadków w Polsce. W województwie zachodniopomorskim zapadalność wyniosła 1,92 tys<sup>11</sup>.

Ludność Gminy Szczecinek liczy 8871 mieszkańców. W związku z tym, należy oszacować chorobowość na osteoporozę na około 0,1 tysiąca osób, zgodnie ze wskaźnikiem chorobowości rejestrowanej dla województwa zachodniopomorskiego, który wynosi 0,92% populacji. Należy zaznaczyć, że iska zapadalność i chorobowość w województwie zachodniopomorskim, wynikająca z map potrzeb zdrowotnych, może być związana z niską wykrywalnością, spowodowaną między innymi brakiem specjalistycznych poradni leczenia osteoporozy w województwie.

### **1.3. Opis obecnego postępowania**

Diagnostyka osteoporozy polega na pomiarze gęstości mineralnej kości (BMD). Gęstość mineralna kości świadczy o wytrzymałości, poziomie zmineralizowania i zawartości struktury tkanki kostnej. Pomiaru dokonuje się metodą densytometrii, która wykorzystuje zjawisko absorpcjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej energii (DXA). Jest to najczęściej wykorzystywana metoda w zakresie diagnostyki osteoporozy, ponieważ charakteryzuje się dużą czułością oraz powtarzalnością wyników. Opiera się na różnicy absorpcji promieniowania rentgenowskiego tkanki kostnej i tkanek miękkich organizmu. Gęstość mineralną kości bada się zwykle dla tych części układu kostnego, które najczęściej ulegają osłabieniu (bliższa kość udowa, kręgosłup, dystalny odcinek kości przedramienia). Wynik badania podawany jest w g/cm<sup>3</sup>. Badanie przesiewowe gęstości mineralnej kości zalecane jest osobom po 50 roku życia z przebyłym złamaniem a także kobietom po 65 roku życia.<sup>12</sup>

W praktyce, rozpoznanie osteoporozy stawia się na podstawie kryteriów densytometrycznych zaproponowanych przez WHO. Wynik badania przedstawiany jest jako wskaźnik T (T-score),

<sup>11</sup> „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego”, źródło: [https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/01\\_choroby\\_ukladu\\_kostno\\_miesniowego\\_zachodniopomorskie.pdf](https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2016/12/01_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_zachodniopomorskie.pdf) (stan na 06.11.2020)

<sup>12</sup> Smektała A., Dobosz A., Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie, 2020, str. 347 źródło: <https://www.ptfarm.pl/PF/przeglad-numerow/-/28652>

który wyraża liczbę odchyłeń standardowych (SD) od punktu odniesienia, jakim jest szczytowa masa kostna. Interpretacja wskaźnika T u kobiet po menopauzie i mężczyzn jest następująca:

- $>-1$  SD – wartość prawidłowa
- od  $-1$  do  $-2,5$  SD – osteopenia
- $<-2,5$  SD – osteoporoza
- $<-2,5$  SD i złamanie osteoporotyczne – osteoporoza zaawansowana.<sup>13</sup>

Drugą metodą diagnostyczną jest FRAX (Fracture Assessment Tool). Metoda ta umożliwia oszacowanie ryzyka złamań w oparciu o dane epidemiologiczne oraz występujące czynniki ryzyka. Decyzje terapeutyczne podejmowane są u chorych, którzy odniosą największe korzyści z leczenia. Stosując metodę FRAX, wylicza się dziesięcioletnie ryzyko złamań osteoporotycznych biorąc pod uwagę:

- wartość BMD,
- wzrost,
- masę ciała.

Należy także uwzględnić inne, dodatkowe czynniki ryzyka niskiej masy kostnej (np. leczenie glikokortykoidami lub fakt nosicielstwa HIV).<sup>14</sup> Metoda FRAX nie uwzględnia zmiennych dla wieku poniżej 40 lat, osób leczonych na osteoporozę. Skuteczność w przypadku prawdopodobieństwa złamań w odcinku biodrowym kręgosłupa nie została zatwierdzona. Ze względu na wynikające ograniczenia, metodę FRAX stosuje się pomocniczo przy pomiarze BMD. Metoda FRAX może być stosowana w ocenie zarówno postępu kostnego, jak i skuteczności leczenia. BMD należy mierzyć co 6-12 miesięcy.

Wykonanie badania rentgenowskiego pozwala zdiagnozować osteoporozę jedynie w bardzo zaawansowanym stadium, w momencie gdy porowatość kości jest tak duża, że jest na nim widoczna. W związku z tym, badania rentgenowskiego nie stosuje się w powszechnej praktyce lekarskiej. Ponadto zalecane jest wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych takich jak: pomiar stężenia wapnia, fosforu i aktywnej witaminy D w surowicy krwi.<sup>15</sup>

Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, badanie absorpcjometrii rentgenowskiej o podwójnej energii (DXA) pozostaje złotym standardem służącym wykonaniu pomiaru BMD w rozpoznaniu osteoporozy (WFO 2017, ICSI 2017, AACE/ACE 2016, MCG 2016, ESC

<sup>13</sup> J. Dardzińska, H. Chabaj – Kędroń, S. Małgorzewicz, Osteoporoza jako choroba społeczna i cywilizacyjna – metody profilaktyki, Hygeia Public Health 2016, 51(1), s. 23

<sup>14</sup> Rabijewski M., Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, Forum Zakazań 2017;8(5):383–388

<sup>15</sup> Smehtała A., Dobosz A, Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie, 2020, str. 347 źródło: <https://www.ptfarm.pl/PF/przeglad-numerow/-/28652>

2012). Metoda DXA wciąż pozostaje rekomendowaną metodą w diagnostyce osteoporozy i monitorowaniu efektów terapii (USPSTF 2018a, AACE/ACE 2016, MCG 2016, ISCD 2015, ESCEO/IOF 2013, ESC 2012). Za podstawę rozpoznania osteoporozy uznaje się wartość T- score  $\leq - 2,5$  zgodną z kryteriami WHO (WFO 2017, ESCEO/IOF 2013 oraz CTFPHC 2010, 2013, AACE/ACE 2016, ACOG 2012).

Większość rekomendacji dotyczących badań przesiewowych, rekomenduje ich wykonywanie w populacji kobiet  $\geq 65$  r.ż. z wykorzystaniem jedynie badania densytometrycznego (pomiar BMD) - USPSTF 2018a, ACR 2017, ICSI 2017, ACOG 2012, ESC 2012, NOF 2014, ISCD/IOF 2011. Poprzedzenie densytometrii oceną ryzyka złamania za pomocą odpowiedniego narzędzia oceny ryzyka złamania wśród kobiet  $\geq 65$  r.ż. rekomenduje NICE 2017, NOGG 2017 oraz AACE/ACE 2016. NICE wskazuje na możliwość zastosowania narzędzia FRAX lub QFracture (wykorzystywanego w populacji brytyjskiej). Badanie przesiewowe mężczyzn  $>70$  r.ż. z zastosowaniem densytometrii zalecane jest przez następujące towarzystwa naukowe: ACR 2017, ESC 2012, NOF 2014, ISCD/IOF 2011.<sup>16</sup>

Program został opracowany na podstawie Rekomendacji nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r.<sup>17</sup>

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej badanie densytometryczne gwarantowane jest w ramach działalności poradni specjalistycznych z zakresu: chorób metabolicznych, endokrynologii, geriatrici, reumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Aktualnie w Polsce realizowany jest Program Koordynacji Profilaktyki Złamań Osteoporotycznych, do którego kwalifikują się kobiety w wieku 50-70, u których osteoporoza nie została do tej pory zdiagnozowana.

## **2. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji**

### **2.1. Cel główny**

Cel główny programu jest uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne wśród 60% wszystkich uczestników programu korzystających z edukacji zdrowotnej.

<sup>16</sup> Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 79/2020z dnia 30 października 2020r.o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na lata 2021-2025”, źródło: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst>

<sup>17</sup>Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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, źródło: [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/9\\_2020.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2020/REK/9_2020.pdf) (odczyt: 20.04.2021 r.)

## 2.2. Cele szczegółowe

Cel szczegółowy 1: Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60% uczestników w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi (dot. populacji ogólnej osób dorosłych + I grupy docelowej).

Cel szczegółowy 2: Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom (dot. II grupy docelowej).

## 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Wskaźnik nr 1 - Odsetek wszystkich osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy\*, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test - dotyczy celu głównego.

$$\text{Wskaźnik nr 1} = \frac{\text{Liczba osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy}}{\text{Liczba osób, które wypełniły pre-test}} \times 100$$

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 60%.

Wskaźnik nr 2 - Odsetek uczestników, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy\*, względem wszystkich uczestników, którzy wypełnili pre-test (tj. populacja ogólna osób dorosłych + I grupa docelowa) – dotyczy celu szczegółowego nr 1.

$$\text{Wskaźnik nr 2} = \frac{\text{Liczba osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy}}{\text{Liczba osób, które wypełniły pre-test}} \times 100$$

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 60%.

Wskaźnik nr 3 - Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy\*, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test - dotyczy celu szczegółowego nr 2.

$$\text{Wskaźnik nr 3} = \frac{\text{Liczba osób, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy}}{\text{Liczba osób, które wypełniły pre-test}} \times 100$$

Osiągnięcie zaplanowanej wartości miernika na poziomie minimum 70%.

\*Jako „osoby z wysokim poziomem wiedzy” uznaje się osoby, które uzyskały w post-teście od 60% do 100% poprawnych odpowiedzi.

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

#### **3.1. Populacja docelowa**

Do programu zostaną włączone osoby z terenu Gminy Szczecinek, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w podrozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

W programie wyróżnia się dwie grupy uczestników: I grupa – osoby korzystające z działań w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy; II grupa – personel medyczny korzystający ze szkoleń. Dodatkowo zgodnie z Rekomendacją nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. działaniami informacyjno-edukacyjnymi objęte także będą osoby z populacji ogólnej (od 50 r.ż.).

Zgodnie z danymi GUS w 2022 r. w Gminie Szczecinek populacja kobiet w wieku 40-64 lat wynosiła 1 478, populacja kobiet powyżej 65 roku życia wynosiła 808. Populacja mężczyzn po 75 roku życia wynosiła 150<sup>18</sup>. Populacja ogólna osób dorosłych od 50+ wyniosła 3 205. Wobec powyższych danych przyjęto następujące założenia do programu:

- 35% osób z populacji ogólnej mieszkańców gminy powyżej 50 roku życia skorzysta z działań informacyjno-edukacyjnych w ramach programu – 3205\*35% tj. 1125 osoby

<sup>18</sup><https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2022-r-stan-w-dniu-30-czerwca-2022,6,33.html>



- 35 % kobiet z I grupy docelowej programu tj. kobiet w wieku  $\geq 65$ lat - mieszkających na terenie gminy objętych zostanie kompleksową interwencją tj. skorzysta z działań informacyjno-edukacyjnych, oszacowania ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX, z badania densytometrycznego i konsultacji lekarskiej,  $-761*35\%$  tj. 266 osoby
- 30 % osób mężczyzn w wieku  $\geq 75$ lat (z niezdiagnozowanej populacji) skorzysta z działań edukacyjnych, oszacowania ryzyka złamań metodą FRAX, z badania densytometrycznego i konsultacji lekarskiej, czyli z kompleksowego zestawu interwencji w ramach projektu (w przypadku objęcia kompleksową interwencją min. 30% kobiet  $\geq 65$  roku życia mieszkających na terenie gminy oraz niewykorzystania całości środków)– $145*30\%$  tj. 44 osób
- 30 % osób z I grupy docelowej programu - kobiet w wieku 40 - 64 lata, (z niezdiagnozowanej populacji) z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego mieszkających na terenie gminy, objętych zostanie kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu – $1458*30\%$  tj. 437 osoby
- 69,88 % z osób, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej i uzyskali wynik FRAX  $\geq 5\%$  skorzysta z badania densytometrycznego –  $(266K + 44M + 437K = 747)$   
 $747*69,88\%=522$ , w tym 491 Kobiet i 31 Mężczyzn
- **30 osób** z II grupy docelowej programu skorzysta ze szkoleń dla personelu medycznego.

### **3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej**

#### **Kryteria włączenia do programu polityki zdrowotnej**

Do programu zostaną zakwalifikowane osoby spełniające jednocześnie wszystkie kryteria wskazane w pkt 1-3. Niespełnienie nawet jednego kryterium określonego w pkt 1-3 stanowi przeciwwskazanie do udziału w programie.

## Kryteria kwalifikacji do udziału w programie – I grupa:

Kryteria formalne, które muszą zostać spełnione jednocześnie:

- 1) Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia:
  - w przypadku kobiet – muszą mieć ukończone 65 lat lub być w wieku 40-64 lat i spełniać co najmniej jedno kryterium wskazane w pkt 3.
  - w przypadku mężczyzn – muszą mieć ukończone 75 lat. Udział mężczyzn w programie jest możliwy tylko w przypadku objęcia działaniami min. 30% kobiet  $\geq$  65 roku życia.
- 2) Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia musi:
  - a) mieszkać na terenie Gminy Szczecinek (tj. musi być osobą fizyczną mieszkającą na terenie Gminy Szczecinek w rozumieniu Kodeksu cywilnego<sup>19</sup>);
  - b) udzielić świadomej zgody na udział w programie;
  - c) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych i nie uczestniczyła w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy;
  - d) złożyć pisemne oświadczenie, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miała przeprowadzonego badania densytometrycznego.

Weryfikacja kryteriów z pkt 2 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku A do programu.

Kryterium medyczne, weryfikowane podczas kwalifikacji do programu:

- 3) Kobieta aplikująca do programu w wieku 40-64 lat musi mieć stwierdzony co najmniej jeden z poniższych czynników ryzyka:
  - a) zaburzenia hormonalne (nadczynność przytarczyc, nadczynność kory nadnerczy, nadczynność tarczycy, akromegalia, cukrzyca typu 1, endometrioza, hiperprolaktynemia, hipogonadyzm (pierwotny i wtórny), wydzielanie peptydu podobnego do parathormonu (PTHrP) przez nowotwór, choroba Addisona);
  - b) choroby układu pokarmowego (zaburzenia trawienia lub wchłaniania (głównie celiakia), stan po resekcji żołądka lub jelit, stan po operacjach bariatrycznych, choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego - Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita

---

<sup>19</sup> Weryfikacja na podstawie oświadczenia – druk zgodny z załącznikiem A. W przypadku wystąpienia wątpliwości realizatora w tym zakresie, weryfikacja może nastąpić na podstawie dokumentu przedstawionego do wglądu realizatorowi (np. dowód osobisty, paszport, aktualny druk PIT, aktualne zaświadczenie z urzędu prowadzącego dział zajmujący się merytorycznie ewidencją ludności i inne)

- grubego), przewlekłe choroby wątroby z cholestazą (zwłaszcza pierwotna marskość żółciowa u kobiet lub bez, żywienie pozajelitowe);
- c) choroby nerek (nefropatie z ucieczką wapnia i fosforu, zespół nerczykowy, przewlekła choroba nerek, zwłaszcza w okresie leczenia nerkozastępczego);
  - d) choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczykowe zapalenie stawów);
  - e) choroby układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza);
  - f) choroby szpiku i krwi (szpiczak plazmocytowy, białaczka szpikowa, chłoniaki, hemofila, mastocytoza układowa, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, talasemie, sarkoidoza);
  - g) hiperwitaminoza A;
  - h) stan po przeszczepieniu narządu (nerki, płuc, serca, komórek krwiotwórczych, wątroby) – głównie wpływ leków;
  - i) zażywane leki – GKS, hormony tarczycy w dużych dawkach, leki przeciwpadaczkowe (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyna (zwłaszcza niefrakcjonowana), antagoniści witaminy K, cyklosporyna, leki immunosupresyjne w dużych dawkach i inne antymetabolity, żywice wiążące kwasy żółciowe (np. cholestyramina), analogi gonadoliberyny, pochodne tiazolidynodionu (pioglitazon), tamoksifen (u kobiet przed menopauzą), inhibitory aromatazy, inhibitory pompy protonowej, leki przeciwretrowirusowe;
  - j) unieruchomienie;
  - k) przebyte złamania;
  - l) sarkopenia (zmniejszenie masy, siły i sprawności mięśni szkieletowych związane z procesem starzenia się lub współistniejącymi chorobami).<sup>20</sup>

### **Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – I grupa**

Niespełnienie co najmniej jednego z kryteriów włączenia do programu określonych w pkt 1-2 (dot. kobiet powyżej 65 r.ż. oraz mężczyzn powyżej 75 r.ż.) oraz niespełnienie także co najmniej jednego czynnika ryzyka wskazanego w pkt 3 (dot. tylko kobiet w wieku 40-64 lat) lub przedłożenie realizatorowi przez uczestnika programu pisemnej rezygnacji z udziału w programie, zgodnej z treścią załącznika B do programu, powoduje wyłączenie z programu.

<sup>20</sup> „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018

Ponadto, wyłączenie z programu powodują następujące kryteria:

1. Uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących profilaktykę osteoporozy w ciągu poprzednich 24 miesięcy.
2. Zdiagnozowana wcześniej osteoporoza.
3. Ostatni pomiar BMD za pomocą DXA na szyjce kości udowej w ciągu poprzednich 24 miesięcy przy jednoczesnym braku nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru.
4. Obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np. obustronna endoproteza stawu biodrowego, znaczna otyłość.
5. Ponowne uczestnictwo w programie i wcześniejsze skorzystanie ze wszystkich dostępnych interwencji w ramach programu.

### **Kryterium włączenia do programu polityki zdrowotnej – II grupa:**

Zgodnie z Rekomendacją nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r., do udziału w szkoleniu kwalifikuje się personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z uczestnikami np.: lekarze rodzinni, pielęgniarki POZ, koordynatorzy opieki medycznej, personel realizatora programu.

### **Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej – II grupa**

Zgodnie z Rekomendacją nr 9/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 r. kryterium wyłączającym jest:

1. ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat;
2. wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim.

### **3.3. Planowane interwencje**

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- dla populacji ogólnej osób dorosłych: działania informacyjno-edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej;
- dla I grupy docelowej: edukacja zdrowotna, oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX, badanie densytometryczne, konsultacja - wizyta lekarska;
- dla II grupy docelowej: szkolenia personelu medycznego.

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator jest zobowiązany do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba aplikująca do programu spełnia wymagania formalne i medyczne. Kwalifikację do programu pod względem wymagań

formalnych może przeprowadzić pracownik administracyjny przeszkolony.

## **Interwencje dla I grupy docelowej programu polityki zdrowotnej**

### **Działania informacyjno-edukacyjne**

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w edukacji zdrowotnej jest zakwalifikowanie się do programu oraz wypełnienie pre-testu dotyczącego oceny wiedzy uczestników programu na temat osteoporozy. Każda osoba, która uczestniczyła w działaniach edukacyjnych, będzie zobowiązana do wypełnienia post-testu składającego 10 pytań jednokrotnego wyboru (załącznik E).

Powyższa edukacja przeprowadzana jest dla całej badanej populacji ogólnej.

Edukacja zdrowotna powinna obejmować zagadnienia dotyczące: promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości, zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczególnym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika, 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. Personel medyczny pierwszego kontaktu tj. w POZ-tach powinien przekazywać uczestnikowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej. Dopuszczalne jest przeprowadzenie działań edukacyjnych w grupach. **Realizatorowi programu wybranemu w drodze konkursu ofert, Organizator - Gmina Szczecinek nieodpłatnie użyczy obiektów - świetlic wiejskich celem przeprowadzenia działań edukacyjnych.** Wszystkie obiekty dostosowane są do potrzeb osób niepełnosprawnych, posiadają odpowiednie zaplecze techniczne jak i socjalne do tego typu działań. Świetlice wiejskie na czas realizacji programu wyposażone zostaną w sprzęt komputerowy oraz audiowizualny niezbędny do przeprowadzenia prelekcji i wykładów.

Realizator powinien zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie, konferencja, webinar. Każdy uczestnik programu powinien odbyć co najmniej 45 minut edukacji. Szkolenia mogą odbywać się w grupach za pomocą rozwiązań teleinformatycznych lub innych środków łączności.

Podczas tej interwencji mogą być przekazane uczestnikom materiały edukacyjne przygotowane przez realizatora (ulotki, broszury). Ponadto, podczas edukacji powinna być zapewniona możliwość zadawania przez uczestników pytań dotyczących zakresu edukacji zdrowotnej, a osoba prowadząca edukację powinna udzielać odpowiedzi na zadane pytania zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy medycznej. Wskazane jest aby materiały wykładowe opracowane zostały na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji medycznych z zakresu profilaktyki osteoporozy.

Edukację zdrowotną przeprowadza osoba, posiadająca kwalifikacje wskazane w podrozdziale 4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

W przypadku osób, które kwalifikują się do oceny narzędziem FRAX w ramach programu, dopuszcza się możliwość prowadzenia uzupełniającej edukacji indywidualnej, np. podczas lekarskiej wizyty podsumowującej.

### **Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX**

Każda osoba zakwalifikowana do programu (kobiety w przedziale 40-64l,  $\geq 65$ r.ż. oraz mężczyźni  $\geq 75$ r.ż.), po udziale w edukacji zdrowotnej, wypełnia formularz, 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 należy zamieścić stosowne wyjaśnienie, np. ze strony internetowej: [www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po&country=40](http://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=po&country=40).

Osoba przyjmująca formularz weryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z kalkulatora FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) wylicza dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego. Wynik wpisywany jest do formularza zgłoszeniowego. Wynik udostępniany jest uczestnikowi w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego.

Osoba przyjmująca formularz udziela merytorycznych odpowiedzi na pytania dotyczące osteoporozy i zapobieganiu upadkom oraz kieruje uczestników do rzetelnych źródeł wiedzy.

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

W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzymuje informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA, a także szczegóły dotyczące miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobie przygotowania do badania. Uczestnik powinien zostać poinformowany o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA. Uczestnik jest informowany, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

### **Badanie densytometryczne**

Działania są skierowane do uczestników programu, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej i uzyskali wynik FRAX  $\geq 5\%$ . Pomiar densytometrii DXA zgodnie z zaleceniami lekarzy specjalistów jest dokonywany na 2 okolicach: szyjce kości udowej oraz odcinku kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego.

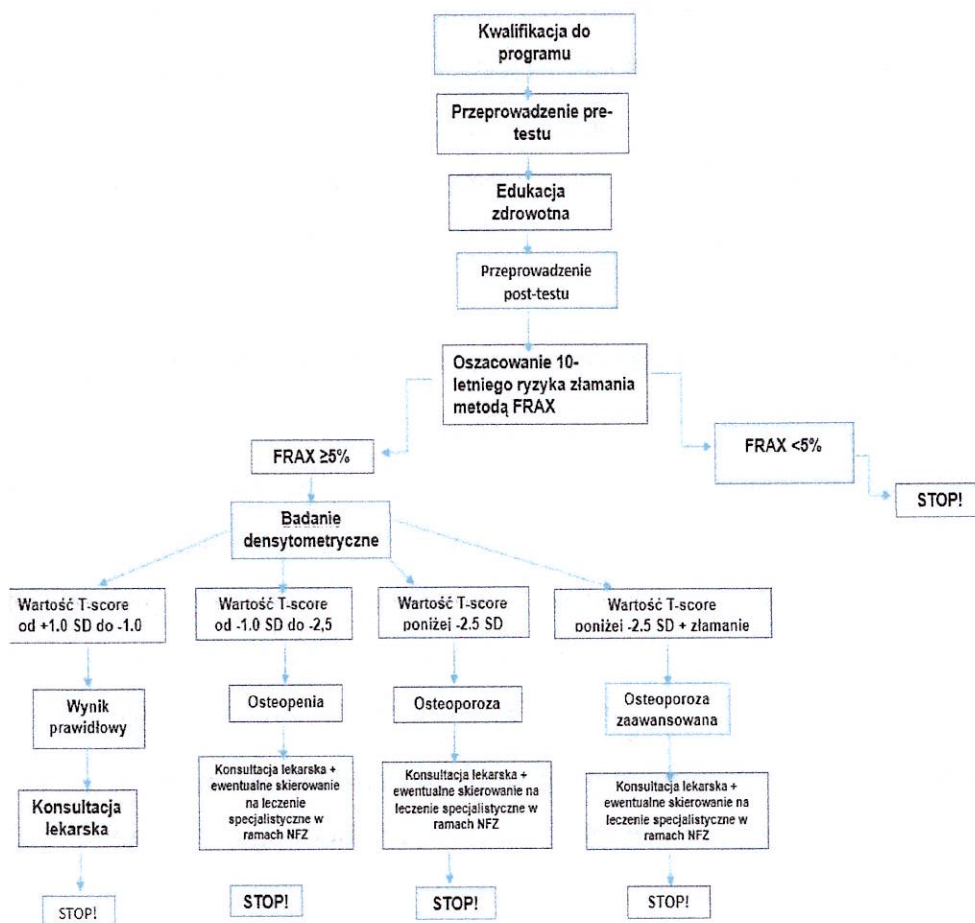
### **Konsultacja lekarska**

Po wykonaniu badania densytometrycznego każdy uczestnik programu odbywa wizytę lekarską – niezależnie od wyniku badania. W trakcie tej wizyty, lekarz omawia z uczestnikiem wynik badania DXA. Następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX – tym razem uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omawia z uczestnikiem uzyskany wynik badania.

W przypadku braku osteoporozy pacjent informowany jest o wyniku ujemnym (tj. brak stwierdzonej osteoporozy). Przekazywane są zalecenia odnośnie czynników ryzyka osteoporozy. Uczestnik jest informowany o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata. Uczestnik kończy swój udział w programie.

W przypadku wykrycia osteoporozy uczestnik kierowany jest do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. W czasie konsultacji lekarz przekazuje pacjentowi informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia, zalecenia odnośnie dalszego postępowania oraz wskazuje wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej. Po otrzymaniu skierowania na leczenie osteoporozy pacjent kończy swój udział w programie.

Lekarz może skierować uczestnika do leczenia specjalistycznego w ramach NFZ bez względu na wynik badania densytometrycznego, jeśli występują medyczne wskazania programu polityki zdrowotnej. Poniżej przedstawiony jest dokładny diagram uczestnictwa w programie dla I grupy docelowej.





## **Interwencje dla II grupy docelowej programu polityki zdrowotnej**

Szkolenia personelu medycznego.

W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniami osteoporotycznym i upadkom. Forma szkolenia powinna być dostosowana do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje. Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia pre-testu i post-testu. Realizator programu zobowiązany jest do przeprowadzenia badania wiedzy uczestników - testu w formie pytań zamkniętych.

### **3.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej**

Dostępność do świadczeń finansowanych w ramach programu powinna być zapewniona przez realizatora przez co najmniej 5 dni w tygodniu i minimum 8 godzin dziennie.

Zaplanowane interwencje będą udzielane zgodnie z opisem wskazanym w podrozdziale 3.3. Planowane interwencje zgodnie ze wskazaniami medycznymi i klinicznymi oraz mogą zostać przerwane ze względu na przeciwwskazania medyczne lub rezygnację uczestnika.

### **3.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej**

Uczestnik z grupy I zakończy udział w programie w przypadku, gdy wystąpi co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

1. Uczestnik nie zostanie zakwalifikowany do dalszej oceny ryzyka złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX.
2. Uczestnik programu uzyska wynik FRAX mniejszy niż 5%.
3. U uczestnika programu wystąpią przeciwwskazania do wykonania pomiaru DXA.
4. Uczestnik odbędzie podsumowującą konsultację lekarską.
5. Zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w podrozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej;
6. Uczestnik programu złoży pisemną rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie;

## 7. Realizacja programu zakończy się.<sup>21</sup>

Działania stosowane podczas programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia dla uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

U osób, u których badania przeprowadzone w ramach programu potwierdzą osteoporozę, leczenie będzie kontynuowane w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego (NFZ). Osoby z populacji ogólnej osób dorosłych zakończą udział w programie po wypełnieniu post-testu.

Uczestnik - Personel medyczny zakończy udział w programie po wypełnieniu post-testu.

Osoby z populacji ogólnej osób dorosłych zakończą udział w programie po wypełnieniu post-testu.

## 4. Organizacja programu polityki zdrowotnej

### 4.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach programu zaplanowano następujące etapy:

1. Wybór realizatorów w drodze konkursu (IV kw. 2023r.)
2. Działania informacyjno-promocyjne dotyczące realizacji programu (IV kw.2023r-IVkw. 2025)
3. Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego – II grupy docelowej (IV kw. 2023r.)
4. Kwalifikacja uczestników do programu z I grupy docelowej. (IV kw. 2023 - IV kw. 2025r.)
5. Przeprowadzenie interwencji wskazanych w programie skierowanej do I grupy docelowej (IV kw. 2023 - IV kw. 2025)
6. Monitorowanie realizacji programu w każdym roku jego realizacji – sprawozdania kwartalne i roczne (IV kw. 2023 - IV kw. 2025)
7. Rozliczenie finansowe programu (IV kw.2025r)
8. Ewaluacja programu po jego zakończeniu (IV kw. 2025r)

**Ad 1.** Realizator programu będzie wybrany w drodze konkursu ofert, zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Warunki konkursu zostaną określone w ogłoszeniu o konkursie.

---

<sup>21</sup> Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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, źródło: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz> (odczyt:20.04.2021 r.)

Ogłoszenie zostanie opublikowane na stronie [www.gminaszczecinek.pl](http://www.gminaszczecinek.pl) w zakładce „Przetargi” oraz w siedzibie Organizatora tj. na tablicy ogłoszeń w siedzibie Urzędu Gminy Szczecinek, ul. Piłska 3, 78-400 Szczecinek.

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu i wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Decyzja o rozstrzygnięciu konkursu zostanie podjęta w formie decyzji Wójta Gminy Szczecinek.

**Ad 2.** Gmina Szczecinek oraz realizatorzy programu na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych będą informowali o możliwości i warunkach uczestnictwa w programie. Dopuszczone są inne formy przekazywania informacji o programie w zależności od przyjętych sposobów stosowanych przez realizatora i wskazanych w ofercie (np. plakaty, ulotki).

**Ad 3.** Realizatorzy programu przeprowadzą szkolenie z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dla personelu zaangażowanego w realizację programu.

**Ad 4.** Realizatorzy programu będą prowadzili kwalifikacje uczestników do programu zgodnie z kryteriami określonymi w podrozdziale 3.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

Po zakwalifikowaniu uczestników realizator będzie przeprowadzał interwencje wskazane w programie.

**Ad 5.** Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji dla I grupy docelowej.

- 1) Działania informacyjno-edukacyjne dot. edukacji zdrowotnej:
  - a) badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników na temat profilaktyki osteoporozy – pre-test;
  - b) edukacja zdrowotna;
  - c) powtórne badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników na temat profilaktyki osteoporozy – post-test.
- 2) Oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX.
- 3) Wykonanie badania densytometrycznego.
- 4) Konsultacja lekarska.
- 5) Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji dla II grupy docelowej.

Szkolenia dla personelu medycznego:

- a) badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników – pre-test;
  - b) edukacja zdrowotna;
  - c) powtórne badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników – post-test.
- 6) Przeprowadzenie przez realizatora następujących interwencji dla populacji ogólnej osób dorosłych.
- 7) Działania informacyjno-edukacyjne dot. edukacji zdrowotnej:
- a) badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników na temat profilaktyki osteoporozy – pre-test;
  - b) edukacja zdrowotna;
  - c) powtórne badanie wiedzy, w formie testu, sprawdzające poziom wiedzy uczestników na temat profilaktyki osteoporozy – post-test.

**Ad 7.** Z wybranymi realizatorami programu zostaną podpisane umowy, w których określone będą warunki składania sprawozdań oraz warunki płatności za wykonane interwencje.

**Ad 8.** W trakcie realizacji programu będzie prowadzony monitoring, a po jego zakończeniu zostanie przeprowadzona ewaluacja w zakresie i na zasadach opisanych w rozdziale 5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.

#### **4.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych**

Realizatorem programu będzie podmiot wybrany w drodze konkursu, wykonujący działalność leczniczą lub oferent, którego partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Z zastrzeżeniem, że świadczenia medyczne wykonuje tylko podmiot wykonujący działalność leczniczą.

Realizator musi podczas realizacji programu posiadać do dyspozycji zgodnie z poniższymi wymaganiami personel medyczny i sprzęt.

##### **Wymagania dotyczące personelu medycznego:**

1. w zakresie szkoleń personelu medycznego co najmniej 1 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;

2. w zakresie oszacowania 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX: co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania uczestników np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu personelu medycznego realizowanym w ramach programu.
3. w zakresie konsultacji lekarskich: co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.
4. w zakresie wykonania densytometrycznego: co najmniej 1 technik elektroradiolog/elektroradiolog z certyfikatem do obsługi densytometru;
5. w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych dot. edukacji zdrowotnej: co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

Świadczenia w ramach programu może wykonywać inny personel medyczny niż powyżej wskazany, o ile jest uprawniony do wykonywania tego świadczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

#### **Wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną:**

1. gabinet lekarski w liczbie, która umożliwi realizację programu;
2. pracownia densytometryczna zlokalizowana w budynku dostosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych i spełniająca ogólne warunki dla pracowni radiologicznych, Organizator dopuści pracownie mobilne do realizacji programu pod warunkiem spełnienia wymagań, mających na względzie zdrowie i dobro pacjenta, a także zachowanie odpowiednich warunków sanitarnych - zapewnienie m. in. toalety, poczekalni oraz przebieralni dla pacjentów.
3. komputer z kalkulatorem FRAX dedykowany dla populacji polskiej;
4. densytometr oceniający BMD w obrębie szyjki kości udowej i odcinka krzyżowo-lędźwiowego metodą DXA.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej", Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018

5. Realizator szkoleń powinien dysponować salą wykładową, sprzętem komputerowym oraz audiowizualnym do przeprowadzenia szkolenia lub posiadać odpowiednie oprogramowanie do przeprowadzenia szkolenia w formie e-learningowej.

Interwencje w ramach programu nie mogą stanowić żadnego zagrożenia dla zdrowia i życia uczestników. Wymagane jest, aby w przypadku korzystania ze sprzętu w programie, spełniał on wszystkie normy zgodne z obowiązującym prawem oraz posiadał niezbędne certyfikaty.

Ponadto, każdy realizator musi spełniać wymagania określone w przepisach odrębnych, w szczególności:

- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej,
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi.

#### **Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej:**

1. Realizator musi wykonywać interwencje w ramach programu stawiając dobro uczestników jako wartość nadrzędną i zapewnić im najwyższy możliwy poziom bezpieczeństwa na każdym etapie udziału w programie.
2. Wszystkie interwencje w ramach programu muszą być udzielane uczestnikom programu bezpłatnie.
3. Udział w programie jest dobrowolny – każdy uczestnik musi przedłożyć realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, zgodny z treścią załącznika A, przed rozpoczęciem działań w ramach programu. Ponadto uczestnicy programu muszą zostać informowani o źródłach finansowania programu.
4. O włączeniu do programu decyduje kolejność zgłoszeń. Do programu będą zakwalifikowane osoby, które spełniły wszystkie kryteria włączenia podane w rozdziale 3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

5. Uczestnicy będą włączani do programu, do momentu osiągnięcia limitu osób lub do wysokości kwoty wskazanej w umowie zawartej pomiędzy Gminą Szczecinek a realizatorem.
6. Uczestnik, który ukończył wszystkie etapy programu, nie może ponownie wziąć w nim udziału.
7. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu musi być prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych. Dane osobowe osób biorących udział w programie nie będą udostępniane osobom trzecim, a ich administratorem będzie realizator programu.
8. Wiedza przekazywana uczestnikom programu przez realizatora, musi opierać się na aktualnych i rzetelnych źródłach naukowych.
9. Wiedza przekazana personelowi medycznemu w ramach szkolenia, musi być zgodna z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

## **5. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej**

### **5.1. Monitorowanie**

Monitoring programu będzie prowadzony w trzech podstawowych zakresach:

- 1) oceny zgłaszalności do programu,
- 2) oceny jakości świadczeń przewidzianych w programie,
- 3) oceny efektywności programu.

W ramach monitoringu, każdy realizator zobowiązany jest do złożenia następujących dokumentów:

- 1) sprawozdania kwartalnego/rocznego z wykonania świadczeń w ramach programu – zgodnie z treścią wzoru stanowiącego załącznik D do programu;
- 2) analizę wyników ankiet satysfakcji uczestników programu – zgodnie z treścią wzoru ankiety stanowiącej załącznik C do programu.

Sprawozdanie kwartalne/roczne może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone we wzorze, które realizator uzna za niezbędne. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

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

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne – 30 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym - 1122 osoby
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki  $<5\%$  i  $\geq 5\%$  - 747 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa  $>-1$ ; grupa  $\leq -1$  i  $>-2,5$ ; grupa  $\leq -2,5$ ) – 522 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej – 522 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów – 96 osób
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie – 96 osób

#### **Ad 1. Ocena zgłaszalności do programu**

Realizator ma obowiązek prowadzić rejestr osób aplikujących do programu. Rejestr ma obowiązkowo zawierać takie dane jak:

- 1) imiona i nazwiska osób ubiegających się o udział w programie;
- 2) dane kontaktowe do osób ubiegających się o udział w programie.

Rejestr może zawierać inne dane niezbędne do prowadzenia działań z zakresu programu. Sugeruje się, żeby rejestr był prowadzony w formie elektronicznej. Rejestr zgłoszeń do programu będzie prowadzony zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

Administratorem danych osobowych osób aplikujących do programu jest podmiot realizujący program.

#### **Ad 2. Ocena jakości świadczeń w programie**

Jakość świadczeń oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zgodnej z treścią załącznika C do programu. Każdy uczestnik programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po:

- 1) udzieleniu uczestnikowi wszystkich interwencji, w których uczestniczył lub
- 2) rezygnacji z dalszego udziału w programie lub
- 3) wykluczeniu z dalszego udziału w programie.

Ankieta może być prowadzona w formie papierowej lub w formie elektronicznej.



Analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu musi zawierać:

- 1) liczbę uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji;
- 2) liczbę analizowanych ankiet satysfakcji;
- 3) powód/powody zaistnienia różnicy między liczbą uczestników programu biorących udział w badaniu satysfakcji a liczbą analizowanych ankiet – jeśli taka różnica zaistniała;
- 4) liczbę udzielonych odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego;
- 5) informację jaki procent wszystkich udzielonych odpowiedzi na dane pytanie stanowią odpowiedzi danego rodzaju w podziale na poszczególne pytania arkusza ankietowego.

Sugeruje się, aby analiza wyników ankiet satysfakcji uczestników programu zawierała wykresy, tabele oraz inne formy obrazowania danych.

Analiza wyników ankiet może zawierać inne elementy, które realizator uzna za niezbędne lub pomocne.

Ponadto każdy realizator musi zapewnić możliwość zgłaszania uwag przez uczestników Programu. Realizator ma obowiązek poinformowania uczestników o takiej możliwości.

Jakość szkoleń dla personelu medycznego oceniana będzie na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników szkolenia zgodnej z treścią załącznika C1 do programu. Każdy uczestnik programu zostanie poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi ankiety po wypełnieniu post-testu.

### **Ad 3. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu będzie polegała na zbieraniu informacji o osiągnięciu mierników efektywności realizacji programu oraz informacji o ilości wykonanych świadczeń w ramach programu na koniec roku - zgodnie z załącznikiem D. Wzór sprawozdania kwartalnego/rocznego/końcowego.

#### **5.2. Ewaluacja**

Ewaluacja programu będzie prowadzona na podstawie analizy mierników przedstawionych w podrozdziale 2.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Realizator jest zobowiązany do przedłożenia po zakończeniu programu, w ramach ewaluacji, sprawozdania końcowego ze świadczeń zrealizowanych w ramach programu. Sprawozdanie końcowe musi obejmować cały okres trwania programu oraz musi zawierać te same elementy, co sprawozdanie roczne. Sprawozdanie końcowe może zawierać dodatkowe elementy, nieokreślone w programie, które realizator uzna za niezbędne. W przypadku wprowadzenia

modyfikacji w sprawozdaniu rocznym, sprawozdanie końcowe musi również zostać zmodyfikowane. Warunki i terminy przekazania sprawozdań będą określać umowy zawarte z realizatorami.

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej. Raport końcowy zostanie opracowany na podstawie m.in. raportów końcowych oraz innych danych otrzymanych od realizatorów programu.

Na podstawie, między innymi raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Rada Gminy Szczecinek może podjąć decyzję o aktualizacji i dalszej realizacji programu w kolejnych latach lub o zaprzestaniu jego realizacji.

W ramach ewaluacji należy odnieść się 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) - 21
- liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) - 673
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX  $\geq 5\%$  względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX - 66,6%
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score  $\leq -2,5$  względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu - 46,5

## **6. Budżet programu polityki zdrowotnej**

### **6.1. Koszty jednostkowe**

Koszty programu zostały podzielone na dwie kategorie: bezpośrednie i pośrednie. Definicje poszczególnych kategorii kosztów znajdują się w słowniczku programu.

W związku z opracowywaniem projektu programu dokonano rozeznania rynku pod względem oferowania świadczeń – badania densymetrycznego.

Wartości poszczególnych elementów kosztu jednostkowego zaproponowanego w programie są średnią arytmetyczną tych samych elementów z wycen uwzględnionych podczas analizy.<sup>23</sup>

**Tabela 1. Wartość świadczeń uczestnika z I grupy docelowej (źródło: opracowanie własne)**

Nazwa elementu	Ilość	Stawka jednostkowa	Koszty całkowite (zł)
<b>KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b>			
Przeprowadzenie działań edukacyjnych wraz z pre-testem i post-testem	1122,00	50,00	56.100,00
Kwalifikacja uczestników do programu	747,00	15,00	11.205,00
Oszacowanie FRAX-em	747,00	30,00	22.410,00
Badanie dwóch okolic	522,00	150,00	78.300,00
Wizyta lekarska	522,00	250,00	130.500,00
Szkolenie personelu medycznemu	30,00	400,00	12.000,00
<b>suma kosztów bezpośrednich</b>			<b>310.515,00</b>
<b>KOSZTY POŚREDNIE</b>			
Koszt nieodpłatnego wynajmu świetlic wiejskich	110,00	300,00	33.000,00
Koszt obsługi projektu do 15,0% wartości kosztów bezpośrednich	5,0	11.600,00	58.000,00
Koszt obsługi bezpośrednio związanej z realizacją projektu	5,0	5.349,00	26.745,00
Akcja informacyjno - promocyjna oraz koszty materiałowe zarządzania projektem	5,00	5.000,00	25.000,00
Koszt dowozu mieszkańców	60,00	550,00	33.000,00
<b>suma kosztów pośrednich</b>			<b>175.745,00</b>
<b>Całkowita wartość projektu</b>			<b>486.260,00</b>

Koszty przedstawione w Tabeli 1 są kwotami **maksymalnymi**, jakie oferenci mogą przedstawić w swoich ofertach w ramach konkursu na wybór realizatora programu.

**Tabela 2. Oszacowanie populacji objętej programem (źródło: opracowanie własne)**

Przedział wiekowy kobiet	Liczba mieszkańców	Odsetek populacji (%)	Teoretyczna liczba chorych	Wykryta liczba chorych	Niewykryta liczba chorych	Niezdiagnozowana populacja

<sup>23</sup> Wycena została sporządzona w oparciu o analizę wycen pochodzących od 3 podmiotów.

<b>KOBIETY</b>						
<b>40-44</b>	347	-	-	-	-	347
<b>45-49</b>	300	-	-	-	-	300
<b>50-54</b>	273	6,3	17	4	13	269
<b>55-59</b>	253	96	24	6	18	247
<b>65-69</b>	306	20,2	62	14	48	295
<b>70-74</b>	204	27,9	57	13	44	292
<b>75-79</b>	130	37,5	49	1	38	191
<b>80-84</b>	76	47,2	36	8	28	129
<b>85+</b>	92	57,0	52	11	41	68
<b>PODSUMA</b>	2286	-	340	67	263	2219
<b>MEŹCZYŹNI</b>						
<b>75-79</b>	82	10,3	8	2	6	80
<b>80-84</b>	40	16,6	7	2	5	38
<b>85+</b>	28	21,6	6	1	5	27
<b>PODSUMA</b>	150	-	21	5	16	145
<b>SUMA</b>	<b>2436</b>	-	<b>361</b>	<b>72</b>	<b>279</b>	<b>2364</b>

W populacji Gminy Szczecinek 808 kobiet spełnia kryterium wiekowe 65+ oraz 150 mężczyzn powyżej 75 roku życia. Na podstawie danych z raportu „NFZ o zdrowiu. Osteoporoza”, uwzględniając zawarte tam dane co do przewidywanego występowania osteoporozy, została oszacowana teoretyczna liczba chorych. W publikacji „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa zachodniopomorskiego” podany został współczynnik określający stopień wykrywalności - 23%. Na jego podstawie została wyliczona wykryta liczba chorych. Powyższe dane pozwalają na wyliczenie niewykrytej liczby chorych oraz na wyłączenie z populacji osób z już wykrytą osteoporozą. Zatem biorąc pod uwagę ww. elementy, liczba mieszkańców Gminy Szczecinek, którzy będą mogli wziąć udział w programie to 946 osób, co stanowi 40% opisanej populacji,

z której wyłączono przypadki rozpoznane ( $2436 - 72 = 2364$ ). Należy zaznaczyć, że nie wszyscy beneficjenci objęci będą wszystkimi interwencjami.

Na podstawie danych epidemiologicznych, zawartych w raporcie NFZ, skorygowanych o rozpoznaną liczbę chorych, ustaloną w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych, ustalono potencjalną, niewykrytą liczbę chorych kobiet i mężczyzn, która wynosi 2364 osób, co stanowi 97,04% populacji. Ta grupa będzie wymagała pełnego postępowania medycznego, tj. FRAX, badania densytometrycznego oraz porady lekarza specjalisty.

Zgodnie z danymi „International Osteoporosis Foundation”, 1 na 2 kobiety i 1 na 5 mężczyzn dozna złamania po 50 roku życia. Dane te dotyczą Wielkiej Brytanii. Jednakże w swoich analizach NFZ niejednokrotnie opierał się na danych brytyjskich, w związku z powyższym, liczby te zostały zaadaptowane dla potrzeb raportu. Jeżeli zatem 50% kobiet w ciągu całego życia dozna złamania osteoporotycznego, oznacza to, że jest w potencjalnej grupie zagrożonych złamaniem.

Równocześnie przeanalizowana została zgłaszalność do Programów Profilaktyki Zdrowotnej współfinansowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Mieszkańcy Gminy Szczecinek nie mieli przeprowadzanej akcji informacyjnej dotyczącej osteoporozy. W związku z powyższym, przyjęto zgłaszalność na poziomie 50%.

Wobec powyższego do kalkulacji budżetu założono, że:

- 35% osób z populacji ogólnej od 50 roku życia skorzysta z działań informacyjno-edukacyjnych –  $3205 * 35\% = 1122$  osób
- 35 % osób z I grupy docelowej programu - kobiet  $\geq 65$ lat zostanie objęte działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu – 266 osób
- 30 % osób z I grupy docelowej programu - mężczyzn w wieku  $\geq 75$ lat kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu – 44 osoby
- 30 % osób z I grupy docelowej programu - kobiet w wieku 40 - 64 lata, obejmę kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego mieszkających na terenie gminy – 437 osób

- 30 osób z II grupy docelowej programu skorzysta ze szkoleń dla personelu medycznego.

Planowane jest objęcie 69,88 % z osób, którzy skorzystali z edukacji zdrowotnej i uzyskali wynik FRAX  $\geq 5\%$  skorzysta z badania densytometrycznego – (266K + 44M + 437K = 747)  $747 * 69,88\% = 522$ , w tym 491 Kobiet i 31 Mężczyzn.

W przypadku innej niż ww. szacunkowa wartość procentowa osób, które skorzystają ze świadczeń, środki można przeznaczyć zgodnie z realnym zapotrzebowaniem i stanem. Jednakże, suma kosztów nie może przekroczyć budżetu programu.

Budżet programu został określony na lata 2023-2025 w wysokości 486.260,00 zł, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2023 r.: 46.599,00 zł;
- 2024 r.: 219.808,00 zł;
- 2025 r.: 219.853,00 zł.

Szacuje się, że w ramach programu z działań informacyjno-edukacyjnych dla populacji ogólnej skorzysta ok. 1122 uczestników, w tym:

- w 2023 r. 10 uczestników;
- w 2024 r. 556 uczestników;
- w 2025 r. 556 uczestników.

Szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji interwencjami można objąć ok. **747** uczestników z I grupy docelowej, w tym:

- w 2023 r. 10 uczestników;
- w 2024 r. 368 uczestników;
- w 2025 r. 369 uczestników.

Dodatkowo, szacuje się, że w ramach programu w trakcie jego realizacji szkoleniami dla personelu medycznego można objąć ok. **30** uczestników z II grupy docelowej, w tym:

- w 2023 r. 30 uczestników;

## **6.2. Koszty całkowite**

Okres realizacji Programu został zaplanowany na lata 2023-2025. Planowany budżet programu został określony w wysokości 486 260,00 zł. Program zostanie sfinansowany ze

środków własnych Gminy Szczecinek i Ministerstwa Zdrowia. Dofinansowanie ze strony Ministerstwa Zdrowia wyniesie do 80% wartości projektu tj. 389 008,00zł przy 20% udziale środków własnych Gminy Szczecinek w wysokości 97.252,00zł.

### **6.3. Źródła finansowania**

Program zostanie sfinansowany ze środków własnych Gminy Szczecinek i Ministerstwa Zdrowia.

### **Bibliografia**

#### Publikacje:

1. A. Smektała, A. Dobosz, Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie, 2020, źródło: <https://www.ptfarm.pl/PF/przeglad-numerow/-/28652>
2. I. Kwiatkowska, M. Lubawy, D. Formanowicz, Postępowanie żywieniowe w prewencji osteoporozy osób starszych, Geriatria 2019, źródło: [https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2019/12/Geriatria\\_3\\_06.pdf](https://www.akademiamedycyny.pl/wp-content/uploads/2019/12/Geriatria_3_06.pdf)
3. J. Dardzińska, H. Chabaj – Kędroń, S. Małgorzewicz,, Osteoporoza jako choroba społeczna i cywilizacyjna – metody profilaktyki, Hygeia Public Health 2016
4. J. Rottermund, A. Knapik, Terapia zajęciowa w kompleksowej rehabilitacji osób z osteoporozą. Kwartalnik Niepełnosprawność, PFRON 2020.
5. M. Janiszewska, T. Kulik, M. Dziedzic, D. Żołnierczuk-Kieliszek, A. Barańska, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej Probl Hig Epidemiol 2015, źródło: <http://phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf>
6. M. Rabijewski, Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, Forum Zakażeń 2017.
7. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 79/2020 z dnia 30 października 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na lata 2021-2025”, źródło: [www.bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst](http://www.bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programow-zdrowotnych-realizowanych-przez-jst)

8. P. Głuszko, Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, Osteoporoza, Reumatologia, 2016.
9. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018.
10. Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. 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, źródło: [www.bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz](http://www.bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz)

#### Źródła internetowe:

1. Raport „NFZ o zdrowiu – osteoporoza”, listopad 2019 r., źródło: [www.zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=47](http://www.zdrowedane.nfz.gov.pl/course/view.php?id=47)
2. Główny Urząd Statystyczny w Warszawie, Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 30.06.2022), źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2022-r-stan-w-dniu-30-czerwca-2022,6,33.html> (stan na dzień 30.06.2022 r.).

#### Akty prawne:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania;
4. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej;



6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami;
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

## Załącznik A. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania

.....  
Imię i nazwisko uczestnika

.....  
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisany oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie Gminy Szczecinek w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu\*.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Ministerstwa Zdrowia i Gminy Szczecinek.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miałam(em) wykonanego badania densytometrycznego, które finansowane było ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przekazanie moich danych osobowych ( m.in. imię i nazwisko, nr pesel, rodzaj otrzymanego świadczenia) Samorządowi Gminy Szczecinek oraz Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Oświadczam, że otrzymałam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....  
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia\*\*

\* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

\*\* Niepotrzebne skreślić.

**Załącznik B. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie**

Rezygnacja z udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek”

.....  
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek”.

Powodem mojej rezygnacji jest\*:

.....  
.....  
.....

.....  
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia\*\*

\* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

\*\* Niepotrzebne skreślić

## Załącznik C1. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

Szanowni Państwo, ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wśród mieszkańców Gminy Szczecinek”.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie lub pozostawienie w wyznaczonym do tego miejscu.

W pytaniach 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, w pytaniach 6-8 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5 lub „nie dotyczy” gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą, a „nie dotyczy” oznacza, że nie brało się udziału w interwencji.

1. W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?  
1      2      3      4      5
2. Jak oceniają Państwo osobę prowadzącą aplikację/rekrutację do programu?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
3. Jak oceniają Państwo osobę szacującą ryzyko złamań metodą FRAX?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
4. Jak oceniają Państwo osobę wykonującą badanie densytometryczne?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
5. Jak oceniają Państwo edukację zdrowotną w ramach programu?  
1      2      3      4      5
6. Jak oceniają Państwo konsultację lekarską?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
7. W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
8. Jak oceniają Państwo organizację programu?  
1      2      3      4      5      nie dotyczy
9. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)  
 z podmiotu leczniczego (szpitala, przychodni),  
 od lekarza rodzinnego/pielegniarki,  
 z Internetu,  
 inne (jakie?) .....
10. Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?  
 tak    nie
11. Inne uwagi .....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

**Załącznik E. Test dla uczestników programu sprawdzający wiedzę z zakresu profilaktyki osteoporozy**

Imię i nazwisko:.....

Liczba punktów: ...../10

Pre-test / post-test\*

Pytania jednokrotnego wyboru.

1. Na osteoporozę chorują najczęściej:
  - a) mężczyźni
  - b) kobiety
  - c) dzieci
2. Badanie, które pozwala wykryć osteoporozę to:
  - a) rezonans magnetyczny
  - b) badanie USG
  - c) badanie densytometryczne
3. Następstwem osteoporozy jest:
  - a) złamanie
  - b) katar
  - c) utrata pamięci
4. Poradnia zajmująca się diagnostyką oraz leczeniem osteoporozy to:
  - a) Poradnia osteoporozy
  - b) Poradnia chorób zakaźnych
  - c) Poradnia chorób genetycznych
5. Jednym z czynników ryzyka osteoporozy jest:
  - a) aktywność fizyczna
  - b) nadmierne spożywanie alkoholu
  - c) suplementacja witaminy D oraz wapnia
6. Według Światowej Organizacji Zdrowia osteoporoza jest chorobą:
  - a) cywilizacyjną
  - b) zawodową
  - c) zakaźną
7. Przeciwwskazaniem do wykonania badania densytometrycznego jest:

- a) migrena
  - b) ciąża
  - c) przebyte złamanie
8. Światowy Dzień Osteoporozy obchodzony jest:
- a) 20 października
  - b) 1 listopada
  - c) 24 grudnia
9. Szacuje się, że w Polsce na osteoporozę choruje:
- a) 100 tys. osób
  - b) 2,1 mln osób
  - c) 1000 osób
10. Najlepszymi źródłami wapnia są:
- a) mleko i jego przetwory, sardynki, warzywa takie jak brokuły, kapusta włoska, jarmuż, natka pietruszki
  - b) tylko mleko i jego przetwory
  - c) warzywa czerwone np. pomidory, buraki, papryka
- \*\* Niepotrzebne skreślić

**Załącznik E1. Klucz do testu sprawdzającego wiedzę z zakresu profilaktyki osteoporozy.**

1. 1.B
2. 2.C
3. 3.A
4. 4.A
5. 5.B
6. 6.A
7. 7.B
8. 8.A
9. 9.A
10. 10.A