

GMINNY PROGRAM ZDROWOTNY NA LATA 2012-2014

I. Wstęp i założenia ogólne programu

Prawo każdego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej do ochrony zdrowia zostało określone w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.), stanowiącym, że:

1. *Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.*
2. *Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.*
3. *Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.*
4. *Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.*
5. *Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży.*

Główne kierunki polityki zdrowotnej państwa zostały określone w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 (stanowiącym załącznik do uchwały nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.). W powyższym programie określono m.in. następujące strategiczne cele zdrowotne:

- 1) *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu.*
- 2) *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych.*
- 3) *Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków.*
- 4) *Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne.*
- 5) *Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.*
- 6) *Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego.*
- 7) *Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom.*
- 8) *Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.*

W polskim systemie opieki zdrowotnej świadczenia zdrowotne są finansowane (w całości lub współfinansowane) ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W myśl przytoczonej ustawy każdemu obywatelowi objętemu systemem ubezpieczeń zdrowotnych, przysługują świadczenia w ramach środków publicznych przeznaczonych na ten cel, określone w katalogu tzw. świadczeń gwarantowanych. Celem wykazu świadczeń gwarantowanych jest zapewnienie dostępności do świadczeń zdrowotnych lub procedur medycznych najważniejszych z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa, o udowodnionej efektywności klinicznej, najbardziej opłacalnych z opcjonalnych lub alternatywnych oraz możliwych do sfinansowania w ramach dostępnych środków. Wykaz świadczeń gwarantowanych został sporządzony m.in. w oparciu o priorytety zdrowotne, określone na

podstawie analizy stanu zdrowia obywateli oraz uzyskiwanych efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126):

- 1) zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - a) chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu,
 - b) nowotworów złośliwych,
 - c) przewlekłych chorób układu oddechowego;
- 2) ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- 3) zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- 4) zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- 5) zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- 6) ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - a) spożywaniem alkoholu,
 - b) używaniem substancji psychoaktywnych,
 - c) paleniem tytoniu;
- 7) przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;
- 8) ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- 9) poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- 10) zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- 11) rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- 12) poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Wskazane w przytoczonych powyżej dokumentach cele i priorytety w opiece zdrowotnej, winny – w połączeniu z analizą stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna i danych epidemiologicznych – stanowić podstawę do określenia kierunków działań prozdrowotnych finansowanych ze środków budżetowych miasta, realizowanych przez władze samorządowe.

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 i 16 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. Nr 142 z 2001 r., poz. 1591 z późn. zm.) – sprawy związane z ochroną zdrowia oraz polityką prorodzinną (w tym zapewnienie kobietom w ciąży opieki socjalnej, medycznej i prawnej), stanowią zadania własne gminy. Natomiast w myśl art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności:*

- 1) opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy;
- 2) przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach zdrowotnych;
- 3) inicjowanie i udział w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia oraz ich skutkami;
- 4) podejmowanie innych działań wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

* * *

W myśl przyjętej w 1947 r. przez Światową Organizację Zdrowia definicji, **zdrowie to stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby, niedomagania lub ułomności.** Na zdrowie wpływa szereg czynników, które

w różnym stopniu mogą być zmieniane i modyfikowane przez podejmowane działania w zakresie ochrony zdrowia. Powszechnie przyjmuje się, że za utrzymanie zdrowia danej osoby odpowiadają cztery grupy czynników:

- styl życia (w ponad 50%),
- warunki środowiskowe (w ponad 20%),
- dostępność i poziom opieki zdrowotnej (w około 10%) oraz
- cechy dziedziczne (genetyczne).

Należy podkreślić, że w około 80% o stanie zdrowia decydują indywidualne cechy, zachowania i wybory danej osoby (w tym indywidualna troska o własne zdrowie) oraz uwarunkowania środowiskowe, społeczne i ekonomiczne, na które w różnym stopniu mogą mieć wpływ działania inicjowane i realizowane przez samorząd gminny.

Mając na uwadze powyższe, konieczne jest określenie priorytetowych kierunków i działań na rzecz utrzymania i poprawy stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna. Winny to być działania interdyscyplinarne i wielosektorowe, prowadzone w obszarach trzech pierwszych grup wymienionych powyżej czynników, odpowiadających za zdrowie jednostki i całej populacji. Działania te zostały określone w szeregu programach przyjętych przez Radę Miejską, między innymi w:

- gminnym programie profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych;
- gminnym programie pomocy osobom niepełnosprawnym;
- gminnym programie wychodzenia z bezdomności i przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu;
- gminnym programie ochrony środowiska.

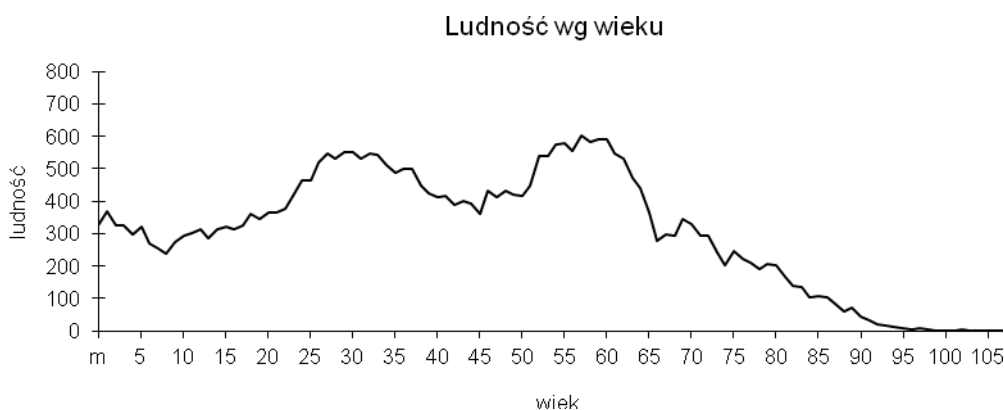
Gminny Program Zdrowotny na lata 2012-2014 stanowi uzupełnienie powyższych programów, obejmując działania dotyczące promocji i profilaktyki zdrowia. Program ten jest kontynuacją działań realizowanych w tym zakresie przez Gminę Cieszyn od 2000 roku. Wszystkie wymienione powyżej programy stanowią rozwinięcie celów określonych w strategii rozwoju miasta Cieszyna. Gminny Program Zdrowotny na lata 2011-2014 jest rozwinięciem zapisu *Strategii rozwoju miasta Cieszyna na lata 2010-2020* (przyjętej uchwałą Nr LII/539/10 Rady Miejskiej Cieszyna z dnia 28 października 2010 r.) – kierunek priorytetowy *Kapitał społeczny*, cel strategiczny II *Zapewnienie warunków dla rozwoju kapitału ludzkiego oraz podnoszenie jakości życia*, cel operacyjny II.5 *Zapewnienie wysokiego poziomu bezpieczeństwa publicznego i zdrowotnego*.

II. Wybrane zagadnienia demograficzno-epidemiologiczne

Ludność Cieszyna wynosi 35.111¹ mieszkańców, posiadających zameldowania stałe i czasowe, w tym:

• kobiety	18.992
• mężczyźni	16.119
w wieku:	
– przedprodukcyjnym	5.838
– produkcyjnym	22.211
– poprodukcyjnym	7.068
• zgony	421
• urodzenia	351

¹ Stan na dzień 31 grudnia 2011 r. Opracowanie własne UM w Cieszynie.



Ryc. 1. Ludność Cieszyna wg wieku (stan na dzień 31 grudnia 2011 r.)

Podstawowe dane epidemiologiczne, z uwagi na sposób i zakres gromadzenia danych do celów statystycznych, dotyczą całego powiatu cieszyńskiego i zostały przedstawione w poniższych tabelach².

Tabela 1. Ruch naturalny ludności w latach 2008-2009 (stan na dzień 31 grudnia).

Wyszczególnienie	2008		2009	
Liczby bezwzględne				
Urodzenia żywe	1869		1916	
Zgony	1594		1747	
w tym niemowląt	13		16	
Przyrost naturalny	275		169	
Współczynniki na 1000 ludności				
	Śląskie	Powiat cieszyński	Śląskie	Powiat cieszyński
Urodzenia żywe	10,1	10,9	10,3	11,2
Zgony	10,3	9,3	10,5	10,2
w tym niemowląt (na 1000 żywych urodzeń)	6,8	7,0	7,2	8,4
Przyrost naturalny	-0,2	1,6	-0,2	1,0

Tabela 2. Przeciętne dalsze trwanie życia w 2009 r.

Wyszczególnienie	mężczyźni			kobiety		
	w wieku lat					
	0	30	60	0	30	60
Polska	71,53	42,86	17,90	80,05	50,85	23,15
Śląskie	71,03	42,43	17,58	79,08	49,91	22,50
Powiat cieszyński (dot. 2002 r.)	71,40	42,40	16,90	79,30	49,80	21,70

² Opracowanie własne na podstawie materiałów udostępnionych przez Oddział Analiz i Statystyki Medycznej Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

Tabela 3. Zgony według najczęstszych przyczyn (wskaźnik na 100 000 ludności).

Wyszczególnienie		Ogółem (AOO-R99), (V01-Y89) i (U01) ³	W tym:		
			Nowotwory (C00-D48)	Choroby układu krążenia (I00-199)	Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu (V01-Y89)
Śląskie	2007	1023,8	265,9	473,7	65,2
	2008	1032,5	264,9	470,9	68,1
Powiat cieszyński	2007	944,6	243,8	458,2	62,9
	2008	933,2	245,3	461,4	58,0

Tabela 4. Zgony niemowląt.

Wyszczególnienie	lata	
	2008	2009
Liczby bezwzględne	13	16
Na 1000 żywych urodzeń	7	8,4

Tabela 5. Zachorowania na gruźlicę.

Zachorowania	Ogółem	
	2008	2009
liczby bezwzględne		
Polska	8081	8236
Śląskie	1032	1119
Powiat cieszyński	26	49
wskaźniki na 100 000 ludności		
Polska	21,2	21,6
Śląskie	22,2	24,1
Powiat cieszyński	15,2	28,4

Tabela 6. Zachorowania na nowotwory złośliwe.

Wyszczególnienie	Śląskie		Powiat cieszyński	
	2006	2007	2006	2007
	Liczby bezwzględne			
ogółem	15815	15503	478	638
kobiety	8229	7951	225	306
mężczyźni	7586	7552	253	332
Wskaźniki na 100 000 ludności				
ogółem	338,1	332,5	279,5	373,0
kobiety	364,3	353,4	274,1	372,2
mężczyźni	313,7	313,1	284,5	373,6

³ W tabelach użyto kodów zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (rewizja dziesiąta).

Tabela 7. Stan zdrowia dzieci i młodzieży w wieku od 0-18 lat będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (liczby bezwzględne).

Najczęstsze schorzenia		2008				2009			
		Śląskie		Powiat cieszyński		Śląskie		Powiat cieszyński	
		Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia
Niedokrwiistość D50-D59		7.552	2.004	410	102	8.209	2.310	486	135
Niedożywienie E40-E46		4.629	723	138	17	3.943	607	111	15
Otyłość E65-E68		13.861	2.221	474	87	14.018	2.233	489	90
Zaburzenia refrakcji i akomodacji oka H52		38.823	4.289	824	103	36.963	3.704	741	108
Alergie	Dychawica oskrzelowa J45	22.126	2.880	653	87	24.517	3.530	915	184
	Pokarmowe K52.2	10.575	2.044	536	87	10.629	1.899	454	87
	Skórne L27.2	11.816	2.088	950	137	12.286	2.046	721	102
Zniekształcenia kręgosłupa M40-M41		56.618	6.687	2.461	287	53.246	5.934	2.115	315
Choroby układu moczowego N00-N23		7.272	1.094	192	22	7.127	1.264	271	47
Zaburzenia rozwoju R62		9.107	1.182	240	28	8.851	1.265	334	41
w tym:	fizycznego R62.8	5.446	617	79	4	5.225	674	163	19
	psychomotorycznego R62.0	2.952	388	132	20	2.861	371	138	17

Tabela 8. Stan zdrowia osób w wieku 19 lat i więcej będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (liczby bezwzględne).

Najczęstsze schorzenia	2008				2009			
	Śląskie		Powiat cieszyński		Śląskie		Powiat cieszyński	
	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia	Osoby, u których stwierdzono schorzenia ogółem	Pierwsze stwierdzenia
Choroby tarczycy E00-E07	4.5305	5.421	1.697	194	51.770	5.800	2.287	284
Cukrzyca E10E14	125.718	11.231	4.498	438	143.535	13.776	5.689	512
Choroby układu krążenia I00-I99	472.839	34.736	20.453	1.215	525.216	42.531	21.788	1.923
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa J40-J47	72.874	6.930	2.384	235	76.618	7.171	3.254	433
Przewlekłe choroby układu trawiennego K25-K93	113.619	11.073	3.971	304	128.414	11.742	5.572	626
Choroby układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej M00-M99	149.696	12.392	6.625	680	171.163	13.772	9.345	966

Tabela 9. Zachorowania na choroby zakaźne.

Schorzenie	Powiat cieszyński			
	2008		2009	
	w liczbach bezwzględnych			
Dur brzuszny A01.0	-	-	-	-
Czerwonka bakteryjna A03	-	-	-	-
Krztusiec A37	-	-	-	-
Szkarlatyna (płonica) A38	157		258	
Choroba meningokokowa (inwazyjna) A39	2		9	
Odra B05	-	-	-	-
Grypa: zachorowania potwierdzone laboratoryjnie J10;J11	-		15	
Wirusowe zapalenie wątroby B15-B19 ^a :	6		5	
w tym typu B ^b B16; B18.0-1	1		1	
Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy) B26	17		10	
Bakteryjne zatrucia pokarmowe A02.0;A05:	22		14	
w tym salmonellozy A02.0	22		14	
AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności) B20-B24	1		2	
Nowo wykryte zakażenia HIV Z21	6		3	
Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi J09	-		-	
Grypa wywołana nowym wirusem A(H1N1)	-		14	
na 100 000 ludności				
	Śląskie		Powiat cieszyński	
	2008	2009	2008	2009
Dur brzuszny A01.0	-	0,02	-	-
Czerwonka bakteryjna A03	0,1	0,1	-	-
Krztusiec A37	4,1	4,4	-	-
Szkarlatyna (płonica) A38	43,7	54,4	91,6	149,7
Choroba meningokokowa (inwazyjna) A39	0,8	0,9	1,2	5,2
Odra B05	0,8	0,1	-	-
Grypa: zachorowania potwierdzone laboratoryjnie J10;J11	0,2	8,8	-	8,7
Wirusowe zapalenie wątroby B15-B19 ^a :	10,5	12,9	3,5	2,9
w tym typu B ^b B16; B18.0-1	3,7	4,1	0,6	0,6
Świnka (nagminne zapalenie przyusznicy) B26	9,7	9,1	9,9	5,8
Bakteryjne zatrucia pokarmowe A02.0;A05:	34,9	25,7	12,8	8,1
w tym salmonellozy A02.0	17,4	14,2	12,8	8,1
AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności) B20-B24	0,5	0,3	0,6	1,2
Nowo wykryte zakażenia HIV Z21	6,0c	2,4c	3,5	1,7
Grypa ptaków typu A/H5 lub A/H5N1 u ludzi J09	-	-	-	-
Grypa wywołana nowym wirusem A(H1N1)	-	6,8	-	8,1

^a dane z 2009 r.; w tym WZW typu C obliczono wg definicji przypadku z roku 2005 i 2009 łącznie

^b łącznie z zakażeniami mieszanymi HBV i HCV (typ B+C)

III. Cel główny Gminnego Programu Zdrowotnego

Strategiczny cel Gminnego Programu Zdrowotnego na lata 2012-2014 to
Poprawa stanu zdrowia mieszkańców Cieszyna i związanej z nim jakości życia, poprzez:

- **zmniejszenie zachorowalności i umieralności na wybrane choroby, mające wpływ na stan zdrowotny mieszkańców,**
- **podniesienie świadomości zdrowotnej mieszkańców,**

- **zwiększenie dostępności do usług medycznych.**

Osiągnięcie zakładanego celu głównego będzie możliwe poprzez prowadzenie działań w następujących obszarach:

- **Promocji zdrowia**, obejmującej działania adresowane do ludzi zdrowych, służące:
 - utrwalaniu stylu życia sprzyjającego zdrowiu i zwiększeniu świadomości zdrowotnej,
 - umożliwiające poszczególnym osobom zwiększenie kontroli nad swoim zdrowiem, czynnikami warunkującymi stan zdrowia i jego poprawę,
 - promowaniu zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Celem promocji zdrowia jest długotrwała poprawa stanu zdrowia społeczeństwa poprzez propagowanie i upowszechnianie wiedzy z zakresu zdrowego stylu życia, pobudzanie troski o środowiskowe i indywidualne czynniki sprzyjające zdrowiu oraz rozwijanie indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Promocja zdrowia obejmuje różnego rodzaju inicjatywy i działania realizowane zarówno przez organy i instytucje powołane do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia, jak i przez inne jednostki, w tym organizacje pozarządowe i podmioty prowadzące działalność pożytku publicznego. Tym samym mieszkańcy Cieszyzna zostaną wyposażeni w odpowiedni poziom wiedzy i umiejętności o sposobach zapobiegania chorobom, aby każdy mógł właściwie reagować zarówno w sytuacjach zagrożenia zdrowia, jak i na co dzień przyjąć i realizować prozdrowotny styl życia oraz zwiększyć kontrolę nad własnym zdrowiem oraz jego polepszeniem⁴.

- **Profilaktyki zdrowotnej (profilaktyki zachorowań)**, w którym to obszarze mieści się szereg działań kierowanych przede wszystkim do ludzi zdrowych, w tym do osób nieświadomych swego stanu zdrowia, mających na celu zapobieganie chorobie (lub innemu niekorzystnemu zjawisku zdrowotnemu) przed jej rozwinięciem się, poprzez kontrolę przyczyn i czynników ryzyka. Celem profilaktyki jest zapobieganie poważniejszym konsekwencjom zdrowotnym poprzez:

- zmniejszenie ryzyka zachorowania dzięki zwiększeniu indywidualnej (i populacyjnej) odporności na czynniki chorobowe,
- wykrycie choroby na jak najwcześniejszym etapie rozwoju,
- podjęcie szybkich i skutecznych działań przywracających zdrowie lub hamujących postęp już istniejącej choroby i ograniczenie powikłań zdrowotnych z nią związanych.

Profilaktyka prowadzi również do ograniczenia niesprawności i inwalidztwa, a także zapobiega powstawaniu niekorzystnych wzorów zachowań społecznych, mających wpływ na podwyższenie ryzyka wystąpienia choroby. Wyróżnia się trzy poziomy profilaktyki:

- profilaktyka pierwotna (pierwszorzędowa), czyli zapobieganie pierwszej fazy – przeciwdziałanie powstawaniu choroby poprzez zwiększenie odporności osobniczej za zachorowanie lub zmniejszenie ekspozycji osób wrażliwych na czynniki szkodliwe (czynniki ryzyka);
- profilaktyka wtórna (drugorzędowa), czyli zapobieganie drugiej fazy – realizowana w stadium przedklinicznym choroby i polegająca na możliwie wczesnym jej wykrywaniu i poddaniu skutecznemu leczeniu;
- profilaktyka trzeciorzędowa, czyli zapobieganie trzeciej fazy – realizowana w stadium zaawansowanej choroby i zmierzająca do przywrócenia choremu pełnego zdrowia lub całkowitej sprawności czynnościowej⁵.

⁴ Skóbel B., Wójcik M. *Marsz po zdrowie. Poradnik tworzenia i wdrażania samorządowych programów zdrowotnych*. Związek Powiatów Polskich, Lublin – Warszawa 2010.

⁵ Skóbel B., Wójcik M. *Marsz po zdrowie...*

IV. Programy i działania w zakresie ochrony, promocji i profilaktyki zdrowia

Zgodnie z zapisem art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych programy zdrowotne winny dotyczyć:

- 1) *ważnych zjawisk epidemiologicznych;*
- 2) *innych niż określone w pkt. 1 istotnych problemów zdrowotnych dotyczących całej lub określonej grupy świadczeniobiorców przy istniejących możliwościach ich eliminowania bądź ograniczania;*
- 3) *wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.*

Mając na uwadze powyższy zapis, na podstawie przeprowadzonej analizy sytuacji epidemiologicznej i stanu zdrowotnego mieszkańców Cieszyna, uwzględniając zakres świadczeń zdrowotnych, w tym obejmujących profilaktykę zdrowotną, finansowanych ze środków publicznych (przede wszystkim przez Narodowy Fundusz Zdrowia), a także zakres realizowanych działań w ramach gminnych programów zdrowotnych w latach poprzednich, określono programy i działania w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, przedstawione w tabeli 10 i szczegółowo omówione w załącznikach od nr 1 do nr 6.

Tabela 10. Programy i działania zdrowotne, przewidziane do realizacji na terenie Cieszyna w latach 2012-2014 i finansowane z budżetu miasta.

Nazwa programu/działania	Zał. nr	Odbiorcy	Realizacja w latach poprzednich
Program profilaktyki grypowej wśród osób dorosłych	1	osoby dorosłe powyżej 65 roku życia	od 2009 r.
Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych	2	dzieci w wieku 5 lat	–
Program profilaktyki zakażeń meningokokowych	3	młodzież w wieku 12 lat	–
Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała dzieci i młodzieży	4	dzieci i młodzież w wieku szkolnym, rodzice, nauczyciele	od 2001 r.
Działania pozostałe, w tym:			
współpraca z organizacjami pozarządowymi realizującymi działania w zakresie ochrony i promocji zdrowia	5	dzieci, młodzież, osoby dorosłe	od 2000 r.
wspieranie profilaktyki próchnicy wśród uczniów szkół podstawowych		uczniowie klas I-VI szkół podstawowych	2001 r., 2005-2010
badania lekarskie dzieci i młodzieży biorących udział w rozgrywkach sportowych		dzieci i młodzież do 18 roku życia	2007-2010

Ogólne zasady realizacji programów i działań promocyjnych i profilaktycznych

Programy profilaktyczne będą wdrażane z uwzględnieniem następujących zasad:

1. dopuszcza się możliwość realizacji w kolejnych latach obowiązywania Gminnego Programu Zdrowotnego wybranych programów i działań spośród określonych w tabeli 10, w zależności od możliwości finansowych budżetu miasta w danym roku, przy czym decyzję, co do zakresu realizacji programów podejmuje Burmistrza Miasta w ramach posiadanych kompetencji obejmujących realizację uchwał Rady Miejskiej;
2. realizatorzy programów będą wyłaniani w drodze konkursów ofert (zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych);
3. realizatorami programów udzielającymi świadczeń zdrowotnych będą podmioty lecznicze w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.);
4. warunki konkursu i wymagania konkursowe będą określone w sposób zapewniający jak najszerszy dostęp mieszkańców do proponowanych usług;
5. w miarę możliwości realizację programów i działań edukacyjnych należy skorelować z działaniami prowadzonymi przez inne podmioty i jednostki organizacyjne, np. przez Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Cieszynie, Powiat Cieszyński;
6. zakres grup wiekowych, do których będzie kierowana oferta wykonania badań przesiewowych, winien uwzględniać zakres świadczeń zdrowotnych i programów profilaktycznych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia;
7. w programach profilaktycznych adresowanych do osób dorosłych (w wieku 19 lat i więcej) mogą brać udział osoby w wybranych grupach wiekowych, posiadające stałe lub tymczasowe zameldowanie na terenie Cieszyna;
8. szczepienia ochronne przeciwko chorobom zakaźnym mogą być realizowane na zasadzie dofinansowania kosztów zakupu szczepionek przez zainteresowane zaszczerpieniem osoby (rodziców lub opiekunów prawnych w przypadku osób niepełnoletnich).

Program profilaktyki grypowej wśród osób dorosłych – szczepienia ochronne przeciwko grypie sezonowej

1. Opis problemu zdrowotnego

Grypa jest infekcyjną chorobą układu oddechowego spowodowaną zakażeniem wirusem. Chorobę u ludzi wywołują 2 typy wirusa: A i B. Mutacje, jakie zachodzą podczas replikacji, powodują powstanie nowych wariantów wirusa, stąd wynika konieczność corocznej weryfikacji składu szczepionek przeciwvirusowych i powtarzanie szczepienia w każdym sezonie grypowym. Według raportów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), rocznie na grypę choruje na świecie ok. 900 mln ludzi, a szczyt zapadalności przypada na miesiące jesienne i zimowe. W Polsce szczyt zachorowań na grypę przypada na okres pomiędzy styczniem i marcem. Grypa sezonowa jest szczególnie niebezpieczną chorobą wśród ludzi starszych, może mieć ciężki przebieg i wiązać się z różnymi powikłaniem, prowadzącymi nawet do zgonów. Powikłania po grypie występują u około 6% chorych, natomiast w grupie osób powyżej 65 roku mogą pojawić się nawet u 30% chorych. Najskuteczniejszą metodą zapobiegania grypie i jej powikłaniom jest szczepienie ochronne.

Wskazania do szczepienia przeciw grypie obejmują głównie osoby z grup ryzyka, do których należą między innymi osoby powyżej 65 roku życia oraz wszyscy obciążeni przewlekłymi schorzeniami⁶. Program Szczepień Ochronnych na rok 2011⁷ wskazuje szczepienia przeciwko grypie sezonowej jako szczepienie zalecane (niefinansowane ze środków budżetowych Ministra Zdrowia), m.in. ze względów indywidualnych i klinicznych osobom w wieku powyżej 55 lat oraz osobom w stanach obniżonej odporności. Kolegium Lekarzy Rodzinnych swoich wytycznych⁸ do grup największego ryzyka wystąpienia ciężkich postaci grypy lub powikłań zalicza m.in. osoby powyżej 65 roku życia oraz osoby przewlekle chore. Organizacje światowe – WHO oraz European Centre for Disease Prevention and Control (ECDPC) – również rekomendują coroczne szczepienie osób w podeszłym wieku, od 65 roku życia. Tego typu zalecenia znajdują potwierdzenie w danych klinicznych i epidemiologicznych – osoby starsze stanowią grupę ryzyka ze względu na wiek i częste współistnienie chorób przewlekłych, gdyż 75% populacji powyżej 65 roku życia cierpi na choroby układu sercowo-naczyniowego, 60% wszystkich nowotworów występuje u osób powyżej 60 roku życia, natomiast infekcje są czwartą przyczyną wśród zgonów osób starszych. Na terenie powiatu cieszyńskiego współczynnik zachorowalności na 100.000 ludności, w przypadku zachorowań na grypę (zachorowania potwierdzone laboratoryjnie) w 2009 r. wyniósł 8,7, a dla województwa śląskiego – 8,8.

Program szczepień przeciwko grypie sezonowej dla osób powyżej 65 roku życia realizowany jest w Gminie Cieszyn w 2009 i 2010 roku. Ze względu na środki finansowe, jakie można było przeznaczyć na realizację szczepień w tym zakresie, z programu w 2009 r. skorzystało 400 osób, co stanowi 8,2 % ogólnej liczby mieszkańców Cieszyna w tej grupie wiekowej, natomiast w 2010 r. – 387 osób (7,7% ogólnej liczby mieszkańców Cieszyna w tej grupie wiekowej).

⁶ Strach M. 2009. *Szczepienie przeciwko grypie u osób w podeszłym wieku*. Gerontologia Polska t. 17 nr 3.

⁷ Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2010 r., <http://www.gis.gov.pl/> [dostęp w dniu 9.11.2011]

⁸ *Profilaktyka i leczenie grypy*. Praca zespołowa. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Łódź, 2006.

2. Cele programu

2.1. Cel główny:

- wzrost odporności i obniżenie zachorowalności na grypę wśród osób starszych, w wieku powyżej 65 roku życia;
- obniżenie ryzyka wystąpienia powikłań zdrowotnych na skutek zakażeń grypowych wśród osób starszych, w wieku powyżej 65 roku życia.

2.2. Cel szczegółowy:

- podanie 1 dawki szczepionki przeciwko grypie sezonowej, co najmniej 20% osób powyżej 65 roku życia posiadającym stałe lub tymczasowe zameldowanie na terenie Cieszyna;
- edukacja zdrowotna i wzrost świadomości wśród osób zaliczanych do grupy ryzyka w zakresie zagrożeń związanych z zachorowaniem na grypę, możliwych powikłań oraz możliwości profilaktyki poprzez szczepienia ochronne.

2.3. Oczekiwane efekty:

- obniżenie liczby zakażeń wirusem grypy w grupie osób w wieku powyżej 65 roku życia oraz zmniejszenie ilości powikłań po grypie w tej populacji.

3. Adresaci programu

Program skierowany jest do mieszkańców Cieszyna powyżej 65 roku życia – według danych meldunkowych, grupa ta liczy ok. 5.000 osób. Z uwagi na finansowe możliwości budżetu zakłada się, że rocznie zaszczepionych zostanie do 20% populacji w wybranym przedziale wiekowym, do której skierowany jest program. Pierwszeństwo w szczepieniu będą miały osoby przewlekle chore, a osoby do szczepień będzie kwalifikował lekarz podstawowej opieki medycznej, na podstawie wiedzy o stanie zdrowia pacjenta oraz wyników badania ogólnego przed podaniem dawki szczepionki.

4. Organizacja programu

4.1. Postępowanie medyczne:

- a. każda osoba w wieku powyżej 65 lat zgłaszająca się do poradni POZ na podstawie ogłoszenia, zostaje poinformowana przez niższy personel medyczny o założeniach programu, w tym o sposobie kwalifikacji uczestników;
- b. lekarz pierwszego kontaktu na podstawie badania kwalifikacyjnego i wywiadu decyduje o możliwości zakwalifikowania danej osoby do programu i podania szczepionki w danym dniu; lekarz informuje pacjenta o zagrożeniach związanych z grypą, możliwych powikłaniach, jak również o szczepieniu przeciwko grypie i możliwej reakcji organizmu na podaną szczepionkę;
- c. podanie szczepionki zakwalifikowanej osobie przez uprawniony personel medyczny;
- d. podczas kolejnej wizyty pacjenta, na podstawie zapisów w dokumentacji medycznej, lekarz pierwszego kontaktu winien przeprowadzić wywiad pod kątem wystąpienia ewentualnych powikłań poszczepiennych i zakażeniach grypowych lub grypopodobnych, jakie dany pacjent przechodził od momentu podania szczepionki.

4.2. Postępowanie organizacyjne:

- a. przygotowanie materiałów edukacyjnych dotyczących realizacji programu;
- b. wybór realizatora (realizatorów) programu w drodze postępowania konkursowego;
- c. spotkanie informacyjno-szkoleniowe z personelem medycznym w celu omówienia i ustalenia procedur postępowania w ramach programu;
- d. zamieszczenia ogłoszeń o programie oraz materiałów edukacyjnych w „Wiadomościach Ratuszowych” i na stronie internetowej Urzędu Miejskiego w Cieszynie oraz w poradniach POZ biorących udział w programie;
- e. prowadzenie przez realizatora programu dokumentacji potwierdzającej uczestnictwo w programie, w tym:

- danych osobowych,
 - informacji o wystąpieniu czynników ryzyka (wiek, choroby przewlekłe) osób zakwalifikowanych do programu,
 - informacji o wynikach wywiadu podczas kolejnej wizyty pacjenta u lekarza POZ;
- f. opracowanie i przekazanie przez realizatora programu do dnia 15 stycznia następnego roku sprawozdania merytoryczno-finansowego, zawierającego m.in.:
- dane statystyczne dotyczące realizacji programu (ilość osób w wieku powyżej 65 roku życia zarejestrowanych w danej poradni POZ, ilość osób zgłaszających się do udziału w programie, ilość osób zakwalifikowanych do szczepienia),
 - rozliczenie finansowe;
- g. opracowanie i przekazanie przez realizatora programu do dnia 15 maja następnego roku sprawozdania merytorycznego zawierającego:
- dane statystyczne dotyczące ilości osób objętych szczepieniem i zgłaszających się do lekarza POZ w okresie od 1 grudnia (w roku szczepienia) do 30 kwietnia (roku następnego), ilości osób, które przeszły zachorowały na grypę pomimo udziału w programie,
 - podsumowanie, interpretacja wyników programu, wnioski dotyczące jego skuteczności.

Realizatorem (realizatorami) programu, wyłonionym w postępowaniu konkursowym, będzie poradnia (poradnie) POZ. Wskazane jest wyłonienie kilku realizatorów, gdyż możliwość skorzystania z oferty programu w wielu zakładach opieki zdrowotnej zapewni większą dostępność do programu dla zainteresowanych osób. W ramach realizacji programu jego wykonawcy będą zobowiązani do edukacji zdrowotnej osób biorących udział w programie w zakresie zakażeń grypowych i związanych z tym zagrożeń dla zdrowia oraz zaletach (i ryzyku) związanych ze szczepieniami ochronnymi.

Pula środków finansowych na realizację świadczenia w poszczególnych poradniach POZ (a tym samym limit świadczeń w ramach programu) przyznawana będzie proporcjonalnie do ilości osób zarejestrowanych w danej poradni POZ w wieku powyżej 65 lat.

5. Koszty

Na koszt realizacji programu będą składały się przede wszystkim koszty: zakupu szczepionki, wykonania lekarskiego badania kwalifikacyjnego, podania szczepionki, koszt utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiału. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń w realizacji programu, koszt w podanym powyżej zakresie w odniesieniu do 1 osoby wyniósł w 2009 r. – 30 zł, a w 2010 r. – 31 zł. Szacunkowo przyjmuje się, w kolejnych latach realizacji programu koszt ten będzie nieznacznie rósł i powinien kształtować się na poziomie ok. 31-35 zł za 1 osoby. Do kosztów programu zaliczyć należy również koszt ogłoszeń o programie.

Przy zakładanym procencie wszczęcia populacji docelowej, łączny koszt realizacji programu będzie wynosił od 31.000 zł do 35.000 zł rocznie, w całości finansowana ze środków budżetowych Gminy Cieszyn.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Na podstawie informacji zebranych podczas realizacji ww. programu w latach ubiegłych oraz ograniczonej liczby badań można stwierdzić, iż nie ma potrzeby monitorowania jego przebiegu.

Ocena jakości programu będzie dokonana w następujących zakresach:

- a. ocena zgłaszalności – będzie prowadzona podstawie danych udostępnianych przez realizatora programu (sprawozdań merytoryczno-finansowych) i obejmujących dane:
- ilość zarejestrowanych osób w wieku 65 lat i więcej,

- ilość osób zgłaszających się do programu,
 - ilość osób zakwalifikowanych do udziału w programie i zaszczepionych;
- b. ocena efektywności – będzie prowadzona na podstawie przedkładanych przez realizatora programu sprawozdań podsumowujących i obejmujących dane:
- ilość osób z grupy wiekowej, do której jest skierowany program, zgłaszających się do lekarza POZ w okresie największych zachorowań na grypę (grudzień – kwiecień) oraz
 - ilość zaszczepionych osób, u których wystąpiło zachorowanie na grypę w celu porównania z zachorowalnością na grupę w populacji ogólnej.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany w latach 2012-2014, w miesiącach wrzesień-listopad każdego roku.

Załącznik nr 2 do Gminnego Programu Zdrowotnego na lata 2012-2014

Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci

1. Opis problemu zdrowotnego

Streptococcus pneumoniae (pneumokoki, dwoinki zapalenia płuc) jest główną przyczyną bakteryjnych zakażeń u człowieka, odpowiadając zarówno za infekcje o charakterze miejscowym, jak i ciężkie zakażenia inwazyjne. Bacterie te są przenoszone drogą kropelkową, a źródłem zakażenia są nosiciele. Choroba pneumokokowa występuje pod wieloma postaciami, w tym jako inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP), objawiająca się jako zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, posocznica, bakteriemia, czy też bakteryjne zapalenie płuc. Nieinwazyjna choroba pneumokokowa skutkuje przede wszystkim ostrym zapaleniem ucha środkowego lub zatok. IChP występuje głównie u młodszych dzieci (w wieku do 5 lat) oraz u osób po 75 roku życia. Pneumokoki są główną przyczyną zgonów dzieci poniżej 5 roku życia w wyniku infekcji, którym można zapobiegać poprzez szczepienia⁹. Śmiertelność dzieci z zapaleniem opon mózgowych w wyniku IChP wynosi 20% (26% przeżywających dzieci ma powikłania neurologiczne), a z zapaleniem płuc i bakteremią – 7%.

Od wielu lat obserwuje się narastającą odporność bakterii *S. pneumoniae* na penicylinę, a także na inne antybiotyki, co w znacznym stopniu utrudnia leczenie dzieci zakażonych tą bakterią i powoduje znaczny wzrost kosztów leczenia powikłań tych zakażeń. Największy odsetek nosicielstwa tej bakterii występuje u małych dzieci, zwłaszcza uczęszczających do placówek opiekuńczych (żłobki, przedszkola, domy dziecka), a zapadalność na inwazyjne zakażenie pneumokokowe jest największe u dzieci do 2 roku życia. Ponad 60% polskich dzieci w żłobkach i przedszkolach oraz 22% dzieci wychowywanych w domu to nosiciele pneumokoków¹⁰.

Zapadalność na IChP w Polsce wynosi wśród dzieci do 2 roku życia 19/100 tys., do 5 roku życia – 17,6/100 tys., a w grupie 2-5 lat – 5,8/100 tys. Rozpoznane i odnotowane zachorowania na IChP w województwie śląskim w 2006 r. to 26 przypadków (w powiecie cieszyńskim – nie odnotowano), w 2007 r. – 33 (1), w 2008 r. – 28 (1), w 2009 r. – 26 (3), w 2010 r. – 24 (nie odnotowano). Jednak ocenia się, że są to dane niedoszacowane z uwagi na brak wiarygodnych danych laboratoryjnych, a na podstawie szacunkowych danych WHO w Polsce na IChP zapada nawet 25 razy więcej dzieci, czyli od 11.666 do 14.565, z których od 28 do 71 umiera¹¹.

Światowa Organizacja Zdrowia (oraz inne organizacje i podmioty, w tym Pediatryczny Zespół Ekspertów ds. Programu szczepień ochronnych przy Ministrze Zdrowia oraz Polska Grupa Robocza ds. IChP) od kilku lat rekomenduje, aby szczepienia przeciw pneumokokom stanowiły priorytet i zostały wprowadzone do narodowych programów szczepień ochronnych wszystkich krajów¹², za czym przemawiają zarówno względy

⁹ Bernatowska E. *Szczepienia ochronne*. Warszawa, 2010, s: 64-65; World Health Organization. *Pneumococcal conjugate vaccine for childhood immunization, position paper*. Weekly Epidemiological Record, 2007; 82 s. 93-104.

¹⁰ Sulikowska A., Grzesiowski P., Taraszkievicz M., Hryniewicz W. *Nosicielstwo nosogardłowe Streptococcus pneumoniae u dzieci do 5 roku życia w wybranych środowiskach w Warszawie*. *Pediatrics Polska* 2003; s: 377-384.

¹¹ Bernatowska E. *Szczepienia ochronne*. Warszawa, 2010; www.pneumokoki.pl

¹² World Health Organization. *Recommendations for the production and control of pneumococcal conjugate vaccine*. WHO Technical Report Series, 2005; 927 s. 64-98.

zdrowotne, jak i ekonomiczne. W Programie Szczepień Ochronnych na 2012 rok¹³ wpisano jako świadczenia obowiązkowe i gwarantowane bezpłatne szczepienia dla dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia w ściśle określonych grupach wysokiego ryzyka (m.in. po urazach i z wadami OUN, chorujące na wybrane choroby przewlekłe, przedwcześnie urodzone chore na dysplazję oskrzelowo-płucną) oraz – jako szczepienia zalecane i niefinansowane ze środków budżetowych Ministra Zdrowia – szczepienia dzieci z populacji ogólnej w wieku od 2. miesiąca życia do 5. roku życia oraz dzieci od 2. do 5. roku życia z grup ryzyka, w tym uczęszczające do żłobka lub przedszkola. Jednak jak potwierdzają badania naukowe, powszechne szczepienie populacji jest najlepszą strategią w walce z zakażeniami. Zapobieganie chorobom zakaźnym i zakażeniom poprzez szczepienia ochronne i poprawę skuteczności opieki na matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3 jest jednym z priorytetów zdrowotnych¹⁴.

Aktualnie w Polsce dostępne są dwa typy szczepionek przeciwko *S. pneumoniae*¹⁵:

- poliwalentne polisacharydowe zawierające 23 serotypy pneumokoków (PPV-23), przeznaczona dla dzieci powyżej 2 roku życia i osób dorosłych (wskazania do jej stosowania obejmują chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego),
- skoniugowane szczepionki (PCV) zawierające 10 (PCV-10) lub 13 (PCV-13) serotypów pneumokoków (szczepionki PCV są zalecane do szczepień dla dzieci od 6 tygodnia życia).

Zalecany sposób dawkowania zależy od wieku dziecka, w którym przystąpi do szczepienia i może obejmować schemat 3+1 (3 dawki w pierwszym roku życia, dawka przypominająca w drugim roku życia), schemat 2+1 lub podanie 1 dawki w przypadku dziecka powyżej 24 miesiąca życia.

Realizowane w Polsce programy szczepień przeciwko pneumokokom finansowane ze środków samorządów gminnych (i powiatowych) wskazują na skuteczność tego typu działań, wyrażająca się m.in. obniżeniu ilości hospitalizacji dzieci z powodu zapaleń płuc, spadek zachorowań na zapalenie ucha środkowego, a także efekt odporności populacyjnej w grupie osób starszych, powyżej 65 roku życia, w postaci spadku liczby zachorowań na zapalenie płuc (dane pochodzą z ocen programu szczepień realizowanego w Kielcach od 2006 r., przy szczepieniu szczepionką PCV-7, a aktualnie PCV-13, dzieci do 2 roku życia w schemacie 2+1)¹⁶.

Biorąc pod uwagę, że do czynników ryzyka zakażenia pneumokokami i zachorowania na jedną z wywoływanych przez nie chorób zalicza się uczęszczania dziecka do żłobka lub przedszkola, a także z uwagi na możliwości budżetowe Gminy Cieszyn, za optymalną pod względem kosztowo-efektywnym należy uznać zaszczepienie jedną dawką koniugowanej szczepionki PCV-13 wszystkich dzieci w 25-36 miesiącu życia, mających stałe lub tymczasowe zameldowanie na terenie Cieszyna, które nie zostały dotąd zaszczepione przeciwko pneumokokom.

2. Cele programu

2.1. Cel główny:

- poprawa stanu zdrowia dzieci zamieszkałych na terenie Cieszyna poprzez prowadzenie powszechnych szczepień przeciwko pneumokokom.

2.2. Cele szczegółowe:

¹³ Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 26 października 2011 r., <http://www.gis.gov.pl/> [dostęp w dniu 2.08.2012]

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).

¹⁵ <http://szczepienia.pzh.gov.pl>. *Szczepionki przeciw zakażeniom pneumokokowym* [dostęp w dniu 9.11.2011]

¹⁶ www.pneumokoki.pl. Eksperti o szczepieniach – dr n. med. Marian Patrzalek [dostęp w dniu 9.11.2011]

- obniżenie liczby zakażeń pneumokokowych oraz zapadalności na inwazyjne i nieinwazyjne choroby pneumokokowe w grupie dzieci w 2 roku życia,
- zmniejszenie nosicielstwa pneumokoków w grupie dzieci w 2 roku życia,
- zmniejszenie chorobowości populacji ogólnej (w tym osób w wieku dorosłym i powyżej 65 roku życia) poprzez podniesienie odporności populacyjnej.

2.3. Oczekiwane efekty:

- nabycie długotrwałej odporności wśród zaszczepionej populacji;
- obniżenie liczby zakażeń wywołanych bakteriami z gatunku *Streptococcus pneumoniae* wśród mieszkańców Gminy Cieszyn;
- zmniejszenie nosicielstwa pneumokoka oraz zmniejszenie zachorowalności na infekcje pneumokokowe osób w wieku podeszłym tzw. efekt populacyjny.

3. Adresaci programu

Program skierowany jest do dzieci w 25-36 miesiącu życia (w danym roku realizacji programu), spoza grupy szczególnego ryzyka, nie objętych programem szczepień ochronnych i posiadającym stałe lub czasowe zameldowanie w Cieszynie, które nie były dotąd zaszczepione szczepionką przeciw pneumokokom. Populacja dzieci w wieku 2 lat (rocznikowo) w Cieszynie wynosi obecnie 404 dzieci (dane meldunkowe, stan na 31 marca 2012 r.)

Zaproszenie do programu, w formie pisemnej, będzie kierowane do rodziców lub opiekunów prawnych dzieci, które ukończyły 2 rok życia. Ponadto informacje o programie będą rozpowszechniane poprzez prasę lokalną i media elektroniczne, a także poprzez poradnie POZ realizujące świadczenia w zakresie opieki pediatrycznej.

4. Organizacja programu

4.1. Postępowanie medyczne:

- a. rodzice (opiekunowie prawni) z dziećmi, które ukończyły 2 rok życia, rejestrują się we właściwej poradni POZ; niższy personel medyczny weryfikuje dane dotyczące wykonanych dotąd szczepień przeciwko pneumokokom, pobiera pisemne zgody rodziców (lub opiekunów prawnych) na wykonanie szczepienia i informuje o szczepieniach i możliwych powikłaniach poszczepiennych;
- b. lekarz pediatria na podstawie badania kwalifikacyjnego i wywiadu decyduje o możliwości podania szczepionki w danym dniu;
- c. podanie szczepionki zakwalifikowanej osobie przez uprawniony personel medyczny.

4.2. Postępowanie organizacyjne:

- a. przygotowanie materiałów do realizacji programu – materiału edukacyjnego, formularzy zgód na wykonanie szczepienia itd.;
- b. wybór realizatora (realizatorów) programu w drodze postępowania konkursowego;
- c. spotkanie informacyjno-szkoleniowe z personelem medycznym w celu omówienia i ustalenia procedur postępowania w ramach programu;
- d. prowadzenie przez realizatora programu dokumentacji potwierdzającej uczestnictwo w programie;
- e. opracowanie i przekazanie przez realizatora programu sprawozdania merytoryczno-finansowego, zawierającego m.in.:
 - dane statystyczne dotyczące realizacji programu (ilości dzieci zarejestrowanych w danej poradni POZ, spełniających kryteria udziału w programie, ilość osób zgłaszających się do udziału w programie, ilość osób zakwalifikowanych do szczepienia i wykonanych szczepień),
 - rozliczenie finansowe.

Realizatorem (realizatorami) programu, wyłonionym w postępowaniu konkursowym, będzie poradnia (poradnie) POZ. Wskazane jest wyłonienie kilku realizatorów, gdyż

możliwość skorzystania z programu w wielu zakładach opieki zdrowotnej zapewni większą dostępność dla populacji objętej programem. W ramach realizacji programu jego wykonawcy będą zobowiązani do edukacji zdrowotnej osób biorących udział w programie w zakresie zakażeń pneumokokowych i związanych z tym zagrożeń dla zdrowia oraz o zaletach (i ryzyku) związanych ze szczepieniami ochronnymi.

Pula środków finansowych na realizację świadczenia w poszczególnych poradniach POZ (a tym samym limit świadczeń w ramach programu) przyznawana będzie proporcjonalnie do ilości osób zarejestrowanych w danej poradni POZ, spełniających kryteria określone w programie. Szczepienia będą odbywały się na bieżąco, przez cały rok kalendarzowy.

5. Koszty

Na koszt realizacji programu będą składały się przede wszystkim koszty zakupu szczepionki, koszty wykonania lekarskiego badania kwalifikacyjnego, koszty podania szczepionki, koszt utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiału. Na podstawie zebranych informacji koszt ten będzie powinien kształtować się na poziomie ok. 250-280 zł w odniesieniu do 1 zaszczepionego dziecka. W tej kwocie będą zawierały się również koszty edukacyjno-administracyjne (koszty zaproszeń do udziału w programie, przygotowania i powielania plakatów itp.)

Przy liczebności populacji dzieci objętych programem, wynoszącej ok. 320 osób oraz zakładanym procencie wszczepienia populacji docelowej (90 %), łączny koszt realizacji programu będzie wynosił od 72.000 zł do 81.000 zł rocznie, w całości finansowana ze środków budżetowych Gminy Cieszyn.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie przebiegu programu będzie polegało na przekazywaniu na bieżąco, drogą elektroniczną przez realizatorów szczepień, cotygodniowych danych o ilości zaszczepionych dzieci, w celu porównania z ilością wysłanych zaproszeń do udziału w programie oraz podjęcia ewentualnych działań mobilizujących rodziców do zaszczepienia dzieci.

Ocena jakości programu będzie dokonana w następujących zakresach:

- a. ocena zgłaszalności – będzie prowadzona podstawie danych udostępnianych przez realizatora programu (sprawozdań merytoryczno-finansowych) i obejmujących dane:
 - ilość zarejestrowanych osób spełniających kryteria udziału w programie,
 - ilość dzieci zgłaszanych się do programu,
 - ilość dzieci zaszczepionych;
- b. ocena efektywności – będzie prowadzona na podstawie corocznych analiz danych statystycznych dotyczących wystąpienia zachorowań w wyniku zakażenia bakteriami pneumokokowymi.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany w latach 2012-2014.

Program profilaktyki zakażeń meningokokowych wśród młodzieży

1. Opis problemu zdrowotnego

Meningokoki to bakterie z gatunku *Neisseria meningitidis*, zwane również dwoinkami zapalenia opon mózgowych. Podzielono je na wiele grup serologicznych, przy czym szczególnie inwazyjnych jest pięć serogrup tej bakterii oznaczonych symbolami A, B, C, Y i W-135. W Polsce oraz w Europie najczęściej występują meningokoki grupy B i C. Meningokoki żyją w wydzielinie jamy nosowo-gardłowej. Około 10-20%¹⁷ zdrowych ludzi jest nosicielami meningokoków bez świadomości tego faktu, przy czym wśród młodzieży (w wieku od 11 do 19 lat) odsetek ten może nawet przekraczać 20%. Meningokoki z grupy C to bakterie wywołujące groźne zakażenia, określane jako inwazyjna choroba meningokokowa (IChM). Najczęstszymi efektami zakażeń wywołanych przez te bakterie są: posocznica/bakteriemia (sepsa), czyli zakażenie krwi oraz zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. Zakażenia meningokokowi występują także rzadziej pod postaciami zapalenia płuc, zapalenia stawów, zapalenia ucha i zapalenia nagłośni. Co dziesiąta osoba umiera w wyniku zakażenia meningokokami, a u 10-20% pacjentów występują powikłania takie, jak trwałe zaburzenia neurologiczne (padaczka, opóźnienie słuchowe), uszkodzenie słuchu lub niedowład kończyn.

W leczeniu zakażeń wywołanych przez meningokoki stosuje się penicylinę, ampicylinę, chloramfenikol oraz ceftriakson. W przypadku ciężkiego zakażenia konieczne może być przyjęcie do szpitala, przy czym izolacja pacjenta nie jest wymagana. Do zakażenia meningokokami może dojść na skutek kontaktu z osobą chorą lub z bezobjawowym nosicielem, a przenoszenie meningokoków odbywa się podobnie, jak w przypadku wielu infekcji wirusowo-bakteryjnych:

- drogą kropelkową (podczas kaszlu lub kichania),
- poprzez kontakt bezpośredni (np. podczas pocałunku) lub
- pośrednio np. poprzez picie ze wspólnego naczynia.

Zachorowania wywołane przez meningokoki występują najczęściej zimą i na wiosnę, a więc w okresie masowych infekcji górnych dróg oddechowych. Zakażenia meningokokowi występują we wszystkich grupach wiekowych, przy czym wzmożona liczba zachorowań na chorobę meningokokową występuje u niemowląt i dzieci do 6 roku życia oraz wśród młodzieży i młodych dorosłych w wieku 11-19 lat. Meningokoki w serogrupy B są odpowiedzialne za ponad 70% zakażeń wśród dzieci powyżej 1 roku życia, natomiast serogrupa C przeważa u osób powyżej 5 roku życia, a największy odsetek występuje w populacji w wieku 15-19 lat (okres nauki w gimnazjach i szkołach ponadgimnazjalnych to okres nasilenia wśród młodzieży zachowań sprzyjających przenoszeniu się meningokoków).

W 2005 roku stwierdzono w Polsce 208 potwierdzonych przypadków IChM, w 2006 – 234 przypadki, w 2007 r. – 394 przypadki, a w 2008 r. – 369 przypadków. W województwie śląskim w 2006 r. odnotowano 27 przypadków choroby meningokokowej (z tego 3 przypadki w powiecie cieszyńskim), w 2007 r. – 58 zachorowań w województwie śląskim (5 w powiecie cieszyńskim), w 2008 r. – 35 przypadków w województwie śląskim (2 w powiecie cieszyńskim), w 2009 r. – 41 przypadków w skali całego województwa (9 w powiecie cieszyńskim), a w 2010 r. – 28 przypadków, w tym 1 przypadek w powiecie cieszyńskim¹⁸. Województwo śląskie charakteryzuje się średnią zapadalnością na chorobę meningokokową, a współczynnik zachorowalności na 100.000 ludności wyniósł w 2009 r. 0,86, przy średniej

¹⁷ Czajka H. *Szczepienia przeciwko meningokokom grupy C. Informator dla władz samorządowych.*

¹⁸ Na podstawie danych opracowanych przez Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach.

krajowej 0,78. W opinii Zakładu Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie, obserwowany spadek liczby zachorowań na inwazyjną chorobę meningokokową wynika zarówno z lepszego nadzoru na tego typu zachorowaniami, jak coraz większą powszechnością szczepień.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zakażeniom meningokokowym są szczepienia ochronne, rekomendowane m.in. przez WHO. Prawie w całej Unii Europejskiej szczepienia te są obowiązkowe lub zalecane (w Polsce są zalecane od 2003 r.). We wszystkich krajach, w których objęto obowiązkowymi szczepieniami przeciwko meningokokom dzieci i młodzież, w krótkim czasie zredukowano liczbę zachorowań o 85% i liczbę zgonów o 90%. Skoniugowaną szczepionkę dla serogrupy C zastosowano po raz pierwszy w 1999 roku w Wielkiej Brytanii, uzyskując poprawę sytuacji epidemiologicznej.

W profilaktyce zakażeń meningokokowych stosowane są szczepionki:

- nieskoniugowane monowalentne polisacharydowe, słabo immunogenne u niemowląt i dzieci poniżej 2 roku życia, czyli w grupie największego ryzyka meningokokowego, o skuteczności w zapobieganiu zakażeniom inwazyjnym ok. 80%;
- nieskoniugowane wielowalentne polisacharydowe: A+C, A+C+W oraz A+C+Y+W135;
- skoniugowane (dla serogrupy C i A oraz tetrawalentne A+C+Y+W135), zapewniające wystarczającą immunogenność u dzieci powyżej 2 miesiąca życia, długotrwałą ochronę przed zakażeniem, wpływające na zmniejszenie w populacji odsetka bezobjawowych nosicieli meningokoków grupy C, a więc nabywanie odporności populacyjnej; skuteczność tych szczepionek szacowana jest na poziomie powyżej 90%.

W Polsce zarejestrowane są aktualnie trzy szczepionki polisacharydowe oraz dwie szczepionki skoniugowane. Program Szczepień Ochronnych na rok 2011¹⁹ zaleca szczepienia przeciwko meningokokom niemowląt, dzieci, młodzieży i dorosłych jako:

a. szczepienia obowiązkowe osób narażonych w sposób szczególny,

b. szczepienia zalecane, niefinansowane ze środków budżetowych Ministra Zdrowia.

Jednak szczepienia przeciwko meningokokom nie są powszechnie dostępne. Bariera jest niewątpliwie koszt szczepionki, który waha się w granicach od 110-130 zł do 250-300 zł. W Cieszynie populacja najbardziej narażona na infekcje powodowane przez meningokoki, czyli dzieci i młodzieży w wieku do 6 roku życia oraz od 11 do 19 lat wynosi odpowiednio 1.607 i 2.996 osób (dane za 2010 r.) Ze względu na ograniczone możliwości finansowe Gminy Cieszyn, program szczepień będzie realizowany poprzez zaszczepienie przeciwko meningokokom grupy C populacji dzieci uczęszczających do pierwszej klasy gimnazjum (dotyczy szkół publicznych i niepublicznych), czyli mających ukończony 12 rok życia. Ta grupa wiekowa mieści się w rozpoznanych grupach podwyższonego ryzyka zachorowań na infekcje meningokokowe, jak i wkracza w okres życia, w którym nasilają się zachowania sprzyjające rozprzestrzenianiu się meningokoków. Zgodnie z zalecenia WHO do programów immunizacji dzieci należy stosować szczepionki skoniugowane przeciwko meningokokom grupy C, które są wysoce immunogenne (bardziej niż szczepionki polisacharydowe), indukują odpowiedź pierwotną i długotrwałą pamięć immunologiczną oraz prowadzą do obniżenia liczby przypadków zakażeń w populacji niezaszczepionej.

2. Cele programu

2.1. Cel główny:

- obniżenie liczby zakażeń wywołanych bakteriami z gatunku *N. meningitidis* grupy C wśród mieszkańców Gminy Cieszyn.

2.2. Cele szczegółowe:

¹⁹ Załącznik do Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 28 października 2010 r., <http://www.gis.gov.pl> [dostęp w dniu 9.11.2011]

- podanie 1 dawki szczepionki przeciwko meningokokom z grupy C co najmniej 70% uczniom klas pierwszych szkół gimnazjalnych, którzy ukończyli 12 rok życia;
- edukacja zdrowotna i wzrost świadomości w populacji uczniów objętych szczepieniami, ich rodziców oraz nauczycieli w zakresie zagrożeń związanych z zakażeniami meningokokami oraz możliwościami w zakresie profilaktyki.

2.3. Oczekiwane efekty:

- nabycie długotrwałej odporności wśród zaszczepionej populacji;
- obniżenie liczby zakażeń wywołanych bakteriami z gatunku *N. meningitidis* wśród mieszkańców Gminy Cieszyn;
- zmiana postaw i zachowań prozdrowotnych młodzieży gimnazjalnej poprzez zwiększenie wiedzy i świadomości o czynnikach ryzyka związanych z zakażeniami bakterią *N. meningitidis*.

3. Adresaci programu

Program skierowany jest przede wszystkim do uczniów pierwszych klas szkół gimnazjalnych, którzy ukończyli 12 rok życia (decyduje rok urodzenia), posiadają stałe lub czasowe zameldowanie w Cieszynie, nie byli zaszczepieni przeciwko zakażeniom meningokokowym, a ich rodzice lub opiekunowie prawni wyrazili pisemną zgodę na szczepienie. Populacja młodzieży w wieku 12 lat (rocznikowo) w Cieszynie to ok. 300 osób (oszacowano na podstawie danych meldunkowych). Zakłada się, że w programie (szczepieniu) weźmie udział co najmniej 70% tej populacji.

Ponadto z części edukacyjnej programu skorzystają rodzice i opiekunowie prawni uczniów, o których mowa powyżej oraz wychowawcy i nauczyciele szkół gimnazjalnych.

4. Organizacja programu

4.1. Postępowanie medyczne:

- a. uczniowie klas pierwszych szkół gimnazjalnych mający ukończony 12 rok życia, rejestrują się we właściwej poradni POZ; niższy personel medyczny weryfikuje na podstawie przekazanych przez organizatora list zgodę rodziców (lub opiekunów prawnych) na wykonanie szczepienia i informuje o szczepieniach i możliwych powikłaniach;
- b. lekarz pierwszego kontaktu na podstawie badania kwalifikacyjnego i wywiadu decyduje o możliwości podania szczepionki w danym dniu;
- c. podanie szczepionki zakwalifikowanej osobie przez uprawniony personel medyczny.

4.2. Postępowanie organizacyjne:

- a. przygotowanie materiałów do realizacji programu – materiału edukacyjnego, formularzy zgód na wykonanie szczepienia itd.;
- b. wybór realizatora (realizatorów) programu w drodze postępowania konkursowego;
- c. spotkanie informacyjno-szkoleniowe z personelem medycznym w celu omówienia i ustalenia procedur postępowania w ramach programu;
- d. spotkanie informacyjno-szkoleniowe z dyrektorami szkół gimnazjalnych i wychowawcami klas pierwszych w celu omówienia założeń i sposobu realizacji programu;
- e. spotkania edukacyjne z rodzicami (opiekunami prawnymi) w ramach organizowanych przez szkoły wywiadówek; edukatorzy zdrowotni (np. pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Cieszynie) informują o zagrożeniach związanych z zakażeniami meningokokowymi oraz zmianach w zachowaniu i sposobie życia sprzyjających ograniczeniu ryzyka zakażenia się bakteriami *N. meningitidis*; organizatorzy programu informują o jego założeniach i przekazują formularze zgód na udział dzieci w szczepieniu;
- f. spotkania edukacyjne z dziećmi objętymi programem w ramach lekcji wychowawczych, zebrania zgód na udział w szczepieniu;

- g. prowadzenie przez realizatora programu dokumentacji potwierdzającej uczestnictwo w programie;
- h. opracowanie i przekazanie przez realizatora programu sprawozdania merytoryczno-finansowego, zawierającego m.in.:
 - dane statystyczne dotyczące realizacji programu (ilość osób zgłaszających się do udziału w programie, ilość osób zakwalifikowanych do szczepienia),
 - rozliczenie finansowe.

Realizatorem (realizatorami) programu, wyłonionym w postępowaniu konkursowym, będzie poradnia (poradnie) POZ. Wskazane jest wyłonienie kilku realizatorów, gdyż możliwość skorzystania z oferty programu w wielu zakładach opieki zdrowotnej zapewni większą dostępność do programu dla populacji objętej programem. W ramach realizacji programu jego wykonawcy będą zobowiązani do edukacji zdrowotnej osób biorących udział w programie w zakresie zakażeń meningokokowych i związanych z tym zagrożeń dla zdrowia oraz zaletach (i ryzyku) związanych ze szczepieniami ochronnymi.

Pula środków finansowych na realizację świadczenia w poszczególnych poradniach POZ (a tym samym limit świadczeń w ramach programu) przyznawana będzie proporcjonalnie do ilości osób zarejestrowanych w danej poradni POZ, spełniających kryteria określone w programie.

Przy wyborze realizatora szczepień i szczepionki będą brane pod uwagę następujące kryteria:

- cena szczepionki,
- efektywność szczepionki (rozumiana jako potwierdzone badaniami i niezależnymi opiniami zapewnienie długoterminowej odporności osobniczej wraz z dodatnim wpływem na wzrost odporności populacyjnej),
- koszt wykonania szczepienia (na który składają się koszty realizatora szczepień, obejmujące: koszt lekarskiego badania kwalifikacyjnego, koszt podania szczepionki, koszt utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiału).

5. Koszty

Na koszt realizacji programu będą składały się przede wszystkim koszty zakupu szczepionki, koszty wykonania lekarskiego badania kwalifikacyjnego, koszty podania szczepionki, koszt utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiału. Przyjęto założenie, że działania edukacyjne uczniów, rodziców i nauczycieli objętych programem będą realizowali pracownicy Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Cieszynie w ramach swych obowiązków i zadań statutowych jednostki. Na podstawie zebranych informacji koszt ten będzie powinien kształtować się na poziomie ok. 150 zł w odniesieniu do 1 zaszczepionego ucznia.

Przy liczebności populacji dzieci objętych programem, wynoszącej ok. 300 osób rocznie oraz zakładanym procencie wszczepienia populacji docelowej (70%), łączny koszt realizacji programu będzie wynosił 31.500 zł rocznie, w całości finansowana ze środków budżetowych Gminy Cieszyn.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie przebiegu programu będzie polegało na przekazywaniu na bieżąco, drogą elektroniczną przez realizatorów szczepień, cotygodniowych danych o ilości zaszczepionych osób, w celu porównania z ilością zgłoszeń udziału w programie (na podstawie zebranych zgód rodziców i opiekunów prawnych) oraz podjęcia działań mobilizujących uczniów i rodziców do zaszczepienia się.

Ocena jakości programu będzie dokonana w następujących zakresach:

- a. ocena zgłaszalności – będzie prowadzona podstawie danych udostępnianych przez realizatora programu (sprawozdań merytoryczno-finansowych) i obejmujących dane:

- ilość zarejestrowanych osób spełniających kryteria udziału w programie,
 - ilość osób zgłaszających się do programu,
 - ilość osób zaszczepionych;
- b. ocena efektywności – będzie prowadzona na podstawie corocznych analiz danych statystycznych dotyczących wystąpienia zachorowań w wyniku zakażenia bakteriami *N. meningitidis*.

7. Okres realizacji programu

Program będzie realizowany w latach 2012-2014.

Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała dzieci i młodzieży

1. Opis problemu zdrowotnego

Sposób trzymania się danej osoby w swobodnej pozycji stojącej określa się terminem „postawa ciała”, której zewnętrznym przejawem jest sylwetka tejże osoby oraz wzajemny przestrzenny układ poszczególnych części ciała. Postawa ciała jest cechą indywidualną danej osoby, czyli chociaż postawa jest u wszystkich ludzi podobna, to nie jest identyczna. Cechą postawy ciała jest również zmienność zarówno w ciągu całego życia, jak i nawet w ciągu dnia, co jest uwarunkowane szeregiem czynników. Dlatego bardzo często trudne jest jednoznaczne i obiektywne rozgraniczenie postawy prawidłowej i nieprawidłowej.

W trakcie rozwoju dziecka wyróżnia się dwa okresy tzw. skoków wzrostowych, przypadających na okres 6-7 i 12-16 lat, które są okresami krytycznymi dla rozwoju postawy ciała (pomijając przypadki wad wrodzonych lub określonych schorzeń powodujących wady postawy). W tych okresach pojawiają się pewne zagrożenia dla postawy ciała, zależne zarówno od uwarunkowań fizjologicznych (wzrost dziecka w okresie tzw. skoku pokwitaniowego u nastolatków), jak i wpływu rozmaitych czynników zewnętrznych, kiedy następuje dość gwałtowna zmiana trybu życia dziecka (początek nauki szkolnej). W tych okresach szczególnie uwydatniają się nieprawidłowości dotyczące postawy ciała, zwane wadami postawy. Nie leczone lub nie korygowane wady postawy ciała nie są wyłącznie defektem o charakterze kosmetycznym, ale mogą prowadzić do szeregu zaburzeń w procesie właściwego rozwoju m.in. układu oddechowego, układu krążenia lub układu pokarmowego, a tym samym stać się przyczyną wielu schorzeń w wieku młodzieńczym i dojrzałym. Istotnym problemem w kształtowaniu właściwej postawy ciała dzieci i młodzieży jest rozróżnienie dwóch odrębnych kwestii:

- nawykowej nieprawidłowej postawy ciała – podlegającej czynnej korekcji i wymagającej włączenia do zajęć korekcyjnych, prowadzonych przez przygotowanych do tego nauczycieli,
- rzeczywistej wady postawy – nie korygującej się czynnie i nie będącej przedmiotem kompetencji nauczyciela, wymagającej leczenia poprzez fizjoterapię, gorsetowanie czy leczenie operacyjne²⁰.

Wady postawy ciała rozwijają się często bez jednoznacznie określonej i uchwytniej przyczyny, przy czym znaczącą rolę odgrywają czynniki sprzyjające przyjmowaniu przez dziecko nieprawidłowego układu ciała, co z czasem prowadzi do rozwoju i utrwalenia nieprawidłowej postawy ciała. Do tych czynników zalicza się przede wszystkim:

- niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia (ławka, stolik, krzesło itp. niedostosowane do wzrostu ucznia),
- przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pracy i odpoczynku,
- zbyt ciężki, przeciążony i niedostosowany do wzrostu i wieku dziecka tornister szkolny oraz jego niewłaściwe noszenie,
- nadwaga,
- ograniczona aktywność ruchowa dziecka i siedzący tryb życia²¹.

Występowanie wad postawy w wieku rozwojowym ocenia się w przybliżeniu na 50-60% populacji, przy czym w większości są to wadliwe postawy nawykowe. Na podstawie

²⁰ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania* – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

²¹ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania* – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2007 r. w Polsce zdiagnozowano ogółem 417.381 zniekształceń kręgosłupa, co stanowiło 5,19% populacji w wieku 0-18 lat²². W przypadku powiatu cieszyńskiego zniekształcenia kręgosłupa w tej populacji stwierdzono²³:

- w 2008 r. – u 2.461 osób (287 przypadków nowych), przy 56.618 w całym województwie śląskim (6.687 przypadków nowych),
- w 2009 r. – u 2.115 osób (315 przypadków nowych), przy 53.246 w całym województwie śląskim (5.934 przypadków nowych).

Badania przesiewowe wad postawy ciała dzieci były prowadzone na terenie Cieszyna w różnych grupach wiekowych od 2000 r. Badaniami objęto uczniów klas I-VI szkół podstawowych (rok 2000 oraz lata 2005-2007), uczniów klas I szkół podstawowych (2001 r.) oraz uczniów klas I-III szkół gimnazjalnych (2002 r.). Wyniki tych badań wskazują, że nawet 99% dzieci (rok 2007) ma różnym stopniu rozwinięte wady postawy ciała. Tak znacząca rozbieżność pomiędzy przedstawionymi powyżej danymi epidemiologicznymi wynika stąd, iż w statystyce medycznej odnotowuje się przypadki rozpoznanych przez lekarzy specjalistów wad postawy ciała – zniekształceń kręgosłupa, które są rzeczywistymi wadami postawy ciała. W badaniach przesiewowych, które obejmowały różne grupy wiekowe uczniów cieszyńskich szkół rozpoznawano wszystkie wady postawy ciała – zarówno rzeczywiste wady postawy, jak i nawykowe nieprawidłowe postawy ciała. Należy także zwrócić uwagę, że badania przesiewowe cechują się dużą zmiennością częstości rozpoznawania wad postawy, a ich ocena kliniczna ma bardzo niską specyficzność, wynoszącą ok. 5%. W wyniku badań przesiewowych dochodzi więc do nadmiernej rozpoznawalności wad postawy ciała (w rozumieniu rzeczywistych wad postawy), kiedy w większości przypadków mamy do czynienia z nawykowymi nieprawidłowymi postawami ciała.

Mając jednak na uwadze zagrożenie, że nie korygowane nawykowe nieprawidłowe postawy ciała mogą przekształcać się w rzeczywiste wady postawy, a także częstotliwość występowania nieprawidłowych postaw ciała, należy podejmować działania profilaktyczne. Do działań profilaktycznych wad postawy ciała należy zaliczyć przede wszystkim²⁴:

- codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy,
- eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady,
- zapewnienie dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu, umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny,
- regularną kontrolę stanu zdrowia.

Skuteczność tych działań jest uzależniona od współdziałania wszystkich osób odpowiedzialnych za wszechstronny rozwój dziecka – rodziców (opiekunów prawnych), wychowawców i nauczycieli (w tym przede wszystkim nauczycieli wychowania fizycznego, nauczycieli prowadzących gimnastykę korekcyjną, nauczycieli nauczania początkowego) oraz pracowników służby zdrowia (w tym pielęgniarek i higienistek szkolnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), a także wczesnego rozpoznania nieprawidłowości w postawie ciała i podjęcie – w zależności od ich charakteru i stopnia nasilenia – właściwych czynności zaradczych i zapobiegawczych.

²² Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów*. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

²³ *Raport o stanie zdrowia mieszkańców powiatu cieszyńskiego* opracowany przez gł. specjalistę ds. promocji zdrowia w Wydziale Spraw Obywatelskich, Zdrowia i Zarządzenia Kryzysowego Starostwa Powiatowego w Cieszynie mgr Barbarę Kłosowską w 2010 r.

²⁴ Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów*. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy oraz świadczenia w zakresie ich leczenia należą do świadczeń gwarantowanych²⁵, finansowanych ze środków publicznych w ramach kontraktów zawieranych przez NFZ. Badania przesiewowe w kierunku wad postawy należą do świadczeń udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych. Działania o charakterze profilaktyki pierwszorzędowej i częściowo drugorzędowej (np. zajęcia ruchowe o charakterze korekcyjnym, czyli tzw. gimnastyka korekcyjna) mogą i powinny być realizowana przede wszystkim w środowisku nauczania i wychowania. Przy czym należy zwrócić uwagę, że zajęcia z gimnastyki korekcyjnej były przez szereg lat realizowane jako zajęcia obowiązkowe w I etapie edukacyjnym (w klasach I-III), w wymiarze 2 godzin lekcyjnych tygodniowo, a obecnie mogą być realizowane jako zajęcia dodatkowe, w ramach godzin do dyspozycji dyrektora²⁶, co znacząco ograniczyło liczbę tych godzin.

Za docelowe w ramach projektowanych działań profilaktycznych należy uznać następujące działania:

- coroczne wykonywanie badań przesiewowych w kierunku wad postawy wszystkich uczniów szkół podstawowych (badania winny być realizowane przez lekarzy specjalistów w zakresie rozpoznawania i leczenia wad postawy ciała, w celu zwiększenia ich efektywności);
- objęcie zajęciami gimnastyki korekcyjnej wszystkich uczniów szkół podstawowych ze stwierdzonymi wadami postawy ciała, które mogą być korygowane w ramach tego typu zajęć;
- prowadzenie nauczania (instruktażu) ćwiczeń korygujących nieprawidłowości postawy ciała dzieci nie wymagających uczestniczenia w zajęciach z gimnastyki korekcyjnej w szkołach, a które powinny regularnie ćwiczyć w domu oraz regularne sprawdzanie efektów tych ćwiczeń;
- edukacja dzieci w zakresie właściwej postawy ciała oraz nawyków sprzyjających jej utrzymaniu, zapoznanie dzieci z różnorodnymi formami aktywności ruchowej, wypracowania nawyku do aktywności fizycznej przez całe życie;
- edukacja rodziców i aktywizacja w zakresie wad postawy ciała, zagrożeń z nimi związanych oraz możliwości przeciwdziałania i profilaktyki w tym zakresie, znaczenia aktywności ruchowej w życiu dziecka, umiejętności rozpoznawania i przeciwdziałania złym nawykom przyczyniającym się do powstawaniu wad postawy ciała oraz konieczności prowadzenia z dzieckiem domowych ćwiczeń w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała;
- edukacja nauczycieli wychowania fizycznego i prowadzących zajęcia z gimnastyki korekcyjnej w zakresie umiejętności rozpoznawania wad postawy ciała, dostosowania zajęć ruchowych do aktualnych możliwości (poziomu sprawności i wydolności) i potrzeb (nawykowych nieprawidłowości postawy ciała) dzieci, ukierunkowanie zajęć wychowania fizycznego na zajęcia o charakterze ogólnorozwojowym, obejmującym w większym niż dotychczas stopniu różnorodne formy podstawowych ćwiczeń gimnastycznych;
- edukacja nauczycieli nauczania przedszkolnego w zakresie przyczyn, rozpoznawania, przeciwdziałania zagrożeniom, jakie niosą wady postawy ciała, dbania o właściwą postawę ciała ucznia w trakcie zajęć przedszkolnych, prowadzenia ćwiczeń ogólnorozwojowych;
- edukacja nauczycieli innych niż wymienione powyżej przedmiotów nauczania w zakresie przyczyn, rozpoznawania i przeciwdziałania zagrożeniom, jakie niosą wady postawy

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.).

²⁶ Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych (Dz. U. Nr 15, poz. 142 z późn. zm.).

ciała, prowadzenia gimnastyki śródlekcyjnej, dbania o właściwą postawę ciała ucznia w trakcie zajęć szkolnych oraz organizacji ergonomicznych warunków pracy ucznia podczas lekcji.,

2. Cele programu

2.1. Cel główny:

- zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży na terenie Cieszyna z wadami postawy oraz ograniczenie następstw wad postawy ciała.

2.2. Cele szczegółowe:

- zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców (opiekunów prawnych) i nauczycieli w zakresie wad postawy, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki,
- kształtowanie nawyków prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży,
- wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie postawy ciała,
- wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów,
- rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów,
- rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

2.3. Oczekiwane efekty:

- wzrost aktywności ruchowej dzieci i młodzieży,
- poprawa ogólnej sprawności fizycznej dzieci,
- zmniejszenie częstości występowania wadliwych postaw ciała u dzieci,
- wzrost świadomości uczniów i rodziców na temat wad postawy i zagrożeń z nich wynikających,
- wykształcenie u dzieci i młodzieży umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy.

3. Adresaci programu

Program skierowany jest przede wszystkim do uczniów szkół podstawowych (początkowo klas I-IV, docelowo I-VI), ich rodziców (opiekunów prawnych), nauczycieli i wychowawców. Początkiem roku szkolnego 2011/2012 populacja uczniów klas I-IV wynosiła 1.053 osoby, a uczniów wszystkich klas szkół podstawowych – 1.615 osób.

4. Organizacja programu

4.1. Postępowanie medyczne:

- a. we wrześniu każdego roku lekarz konsultant ds. profilaktyki wad postawy ciała, przy współpracy z nauczycielami prowadzącymi zajęcia z gimnastyki korekcyjnej oraz pielęgniarkami (higienistkami) szkolnymi, dokonuje oceny wszystkich uczniów w kierunku wad postawy ciała w celu wyłonienia następujących grup uczniów:
 - dzieci bez nieprawidłowości postawy ciała i nie wymagające objęcia ćwiczeniami ukierunkowanymi na korygowanie wad postawy ciała;
 - dzieci z nieprawidłowościami postawy ciała, nie wymagające uczęszczania na stałe zajęcia gimnastyki korekcyjnej, mogące korygować nieprawidłowości postawy ciała poprzez ćwiczenia prowadzone w domu, pod nadzorem rodziców;
 - dzieci wymagające objęcia regularnymi zajęciami gimnastyki korekcyjnej w ramach szkolnych zespołów gimnastyki korekcyjnej, o różnym stopniu intensywności;
 - dzieci wymagające leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej;
- b. podział przebadanej populacji uczniów na grupy ćwiczeniowe (zajęcia z gimnastyki korekcyjnej, grupy nie większe niż 10 osób) oraz grupy dzieci ćwiczących domu,

- wymagające instruktażu oraz okresowej (co najmniej raz na półrocze) kontroli przez nauczyciela prowadzącego zajęcia z gimnastyki korekcyjnej;
- c. realizacja zajęć gimnastyki korekcyjnej w wymiarze dwóch godzin lekcyjnych w tygodniu dla każdego zakwalifikowanego dziecka;
 - d. instruktaż dzieci zakwalifikowanych do ćwiczeń domowych;
 - e. przekazanie rodzicom pisemnych informacji o wynikach badań przesiewowych i zaleceniach w zakresie wad postawy ciała; w odniesieniu do grupy dzieci wymagających leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej – poinformowanie rodziców o konieczności uzyskania stosownego skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- 4.2. Postępowanie edukacyjne:
- a. edukacja rodziców w zakresie wad postawy ciała w ramach spotkań – wywiadówek;
 - b. edukacja nauczycieli w zakresie związanym z wadami postawy w ramach odrębnych szkoleń, w tym szkolenia i warsztaty metodyczne z zakresu umiejętności diagnostycznych oraz zmian metodycznych w korekcji skolioz z akcentem na ćwiczenia asymetryczne, przeznaczone dla nauczycieli gimnastyki korekcyjnej i wychowania fizycznego;
- 4.3. Postępowanie organizacyjne:
- a. powołanie nauczyciela koordynatora ds. gimnastyki korekcyjnej, do którego zadań będzie należało:
 - koordynacja metodyki prowadzonych w szkołach zajęć gimnastyki korekcyjnej,
 - prowadzenie bazy informacyjnej w zakresie ilości prowadzonych zajęć gimnastyki korekcyjnej w poszczególnych szkołach,
 - koordynowanie badań przesiewowych dotyczących wad postawy, realizowanych w szkołach,
 - nadzór na sposobem przeprowadzenia klasyfikacji dzieci do poszczególnych grup ćwiczeniowych w celu ujednoczenia kryteriów przydziału do grup.
 - aktywizacja i edukacja rodziców w zakresie aktywności ruchowej ich dzieci, rozpoznawania i przeciwdziałania powstawaniu wad postawy ciała ich dzieci,
 - przygotowania propozycji szkoleń i warsztatów metodycznych z zakresu doskonalenia umiejętności diagnostycznych oraz zmian metodycznych w korekcji skolioz dla nauczycieli gimnastyki korekcyjnej, wychowania fizycznego, nauczania początkowego i przedszkolnego.
 - b. nawiązanie stałej współpracy z lekarzem konsultantem ds. wad postawy ciała, do którego zadań będzie należało:
 - realizacja badań przesiewowych oraz kwalifikacja dzieci do jednej z grup, o których mowa w pkt. 4.1.a,
 - prowadzenie szkoleń dla nauczycieli, rodziców i kadry medycznej,
 - okresowa ocena postępów w zakresie procesu korekcyjnego i podjętych działań profilaktycznych;
 - c. spotkanie informacyjno-szkoleniowe z dyrektorami szkół podstawowych oraz nauczycielami prowadzącymi zajęcia z gimnastyki korekcyjnej w celu omówienie zakresu przedmiotowego programu;
 - d. założenie przez nauczycieli prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej dokumentacji obejmującej wyniki corocznych badań przesiewowych dzieci pod kątem wad postawy oraz ich kwalifikacji do jednej z grup, o których mowa w pkt. 4.1.a;
 - e. kwalifikacja uczniów objętych badaniami przesiewowymi do grup ćwiczeniowych oraz organizacja zajęć gimnastyki korekcyjnej przy założeniu, że każde zakwalifikowane dziecko uczestniczy w zajęciach w wymiarze dwóch godzin lekcyjnych w tygodniu;

- f. opracowanie zestawu ćwiczeń domowych dla dzieci wymagających korekty nieprawidłowości postawy ciała i zakwalifikowanych do grupy ćwiczącej w domu;
- g. prowadzenie przez realizatorów programu dokumentacji potwierdzającej realizację programu;
- h. opracowanie i przekazanie przez lekarza konsultanta ds. wad postawy ciała sprawozdania merytoryczno-finansowego, zawierającego m.in.:
 - dane statystyczne dotyczące realizacji programu (ilość przebadanych osób, wyniki w ujęciu statystycznym),
 - rozliczenie finansowe;
- i. opracowanie i przekazanie przez nauczyciela koordynatora ds. gimnastyki korekcyjnej sprawozdania merytorycznego (na podstawie danych ze szkół, w których realizowany jest program), zawierającego m.in.:
 - dane statystyczne dotyczące realizacji medycznej części programu (ilość uczniów zakwalifikowanych do grup, o których mowa w pkt. 4.1.a, ilość niezbędnych zajęć gimnastyki korekcyjnej, ilość zrealizowanych zajęć gimnastyki korekcyjnej, efektywności programu, to jest ilości dzieci, u których zanotowano korekcję stwierdzonych nieprawidłowości postawy ciała),
 - dane dotyczące zrealizowanych szkoleń i spotkań edukacyjnych w ramach edukacyjnej części programu,
 - wnioski i sugestie dotyczące korekt i zmian w zakresie i sposobach realizacji programu.

Realizatorem (realizatorami) programu będą przede wszystkim nauczyciele posiadający uprawnienia do prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej oraz lekarz posiadający doświadczenie w prowadzeniu działalności w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy ciała, zgodnie z wymogami przepisów odrębnych. Nauczyciele będą realizowali program w ramach etatów, natomiast nauczyciel koordynator i lekarz konsultant – na podstawie odrębnych umów (zlecenia, o dzieło).

5. Koszty

Na koszt realizacji programu będą składały się przede wszystkim:

- koszty zajęć gimnastyki korekcyjnej – biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia w zakresie realizacji programu, w początkowej fazie realizacji konieczna będzie pula ok. 100 godzin zajęć gimnastyki korekcyjnej tygodniowo do ok. 150-200 godzin w końcowej fazie realizacji programu; przy stawce godzinowej wynoszącej średni 40 zł brutto (stawka godzinowa nauczyciela zależy od jego kwalifikacji zawodowych), koszt realizacji tej części programu będzie wynosił od 160.000 zł w pierwszym roku realizacji do ok. 320.000 zł w ostatnim roku objętym niniejszym programem;
- koszt pracy lekarza konsultanta – do ok. 8.000 zł brutto rocznie;
- koszt pracy nauczyciela koordynatora – do ok. 5.000 zł brutto rocznie;
- koszt specjalistycznych szkoleń – do ok. 5.000 zł brutto rocznie.

Specjalistyczne szkolenia będą realizowane w zależności od potrzeb, monitorowanych przez nauczyciela koordynatora. Całość opisanych działań finansowana będzie ze środków budżetowych Gminy Cieszyn.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie przebiegu programu będzie polegało na przekazywaniu na bieżąco, w miesięcznych sprawozdaniach informacji o zakresie realizacji programu i ilości objętych nim uczniów, rodziców i nauczycieli.

Ocena jakości programu będzie dokonana w następujących zakresach:

- a. ocena zgłaszalności – będzie prowadzona podstawie danych udostępnianych przez realizatora programu (sprawozdań merytoryczno-finansowych) i obejmujących dane:

- ilość dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy ciała,
- ilość dzieci objętymi różnymi formami ćwiczeń,
- ilość rodziców i nauczycieli biorących udział w szkoleniach i spotkaniach informacyjnych;

b. ocena efektywności – będzie prowadzona na podstawie corocznych analiz danych statystycznych dotyczących występowania wad postawy w populacji dzieci objętych programem oraz indywidualnych ocen wad postawy ciała poszczególnych dzieci w corocznych badaniach przesiewowych.

7. Okres realizacji programu

Program jest kontynuacją dotychczasowych działań realizowanych w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała. Przewiduje się następujący harmonogram realizacji programu:

- w roku szkolnym 2012/2013 – objęcie programem wszystkich uczniów klas I-IV,
- w roku szkolnym 2013/2014 – objęcie programem wszystkich uczniów klas I-V,
- w roku szkolnym 2014/2015 – objęcie programem wszystkich uczniów klas I-VI.

Załącznik Nr 5 do Gminnego Programu Zdrowotnego na lata 2012-2014

Pozostałe działania finansowane ze środków przeznaczonych na realizację Gminnego Programu Zdrowotnego

1. Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami prowadzącymi działalność pożytku publicznego w sferze zadań publicznych z zakresu ochrony i promocji zdrowia.

1.1. Opis problemu

Do sfery zadań publicznych należą m.in. zadania w zakresie ochrony i promocji zdrowia²⁷. Zadania publiczne mogą być realizowane przez organizacje pozarządowe (oraz inne podmioty wyszczególnione w ustawie o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie), a realizacja tych zadań może być zlecona organizacjom pozarządowym przez organ wykonawczy jednostki samorządu terytorialnego. Zlecenie realizacji zadań publicznych może mieć formę

- powierzenia wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na finansowanie ich realizacji, lub
- wspierania wykonywania zadań publicznych, wraz z udzieleniem dotacji na dofinansowanie ich realizacji.

Gmina Cieszyn od szeregu lat współpracuje z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami w zakresie działalności pożytku publicznego, m.in. udzielając dotacji celowych na realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowia, w ramach uchwalanych corocznie przez Radę Miejską Cieszyna programów współpracy Gminy Cieszyn z organizacjami pozarządowymi. W zdecydowanej większości zadania te polegają na działaniach edukacyjnych, kierowanych do dzieci i młodzieży, osób dorosłych oraz matek samotnie wychowujących dzieci, obejmując np. naukę udzielania pierwszej pomocy, zdrowego stylu życia, zdrowego gotowania itp.

1.2. Planowane działania

- uwzględnianie działań z zakresu ochrony i promocji zdrowia w projektach programów współpracy Gminy Cieszyn z organizacjami pozarządowymi, przedkładanych corocznie do uchwalenia przez Radę Miejską Cieszyna;
- zlecenie wykonania zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia organizacjom pozarządowym wraz z udzieleniem dotacji celowych na finansowanie ich realizacji.

1.3. Przewidywany koszt

- ok. 10.000 zł rocznie.

1.4. Termin realizacji

- lata 2012-2014.

2. Wspieranie profilaktyki próchnicy wśród uczniów szkół podstawowych.

2.1. Opis problemu

Próchnica jest chorobą zębów powodowaną przede wszystkim działaniem kwasów wytwarzanych przez bakterie obecne w nazębnej płytce bakteryjnej, atakującą zarówno

²⁷ Art. 4 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2010 r. Nr 234, poz. 1536 z późn. zm.).

uzębienie stałe, jak i mleczone. Choroba ta może być przyczyną chorób miazgi, ozębnej oraz kości czaszki. Według danych epidemiologicznych w Polsce na próchnicę choruje ponad 90% dzieci i 98% osób dorosłych. Zaledwie 13% dzieci w 6 roku życia posiada uzębienie wolne od tej choroby.

Jednym ze sposobów ograniczenie rozwoju próchnicy jest tzw. grupowa profilaktyka fluorkowa, polegająca na nadzorowanym szczotkowaniu zębów przez uczniów szkół podstawowych (klasy I-VI) preparatami fluorkowymi 6 razy w roku, w odstępach co 6 tygodni. Profilaktyka ta winna być prowadzona na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza wartości 1 mg/l. Jest to świadczenie gwarantowane, finansowane ze środków publicznych i należy do zadań pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej²⁸, realizowane w ramach kontraktów z NFZ. Stężenia fluorków w wodzie wodociągowej w powiecie cieszyńskim waha się w przedziale 0,05-0,32 mg/l²⁹.

2.2. Planowane działania

- sfinansowanie zakupu preparatów do szczotkowania oraz kubeczków i ręczników jednorazowego użytku w celu zapewnienie odpowiednich warunków higienicznych realizacji grupowej profilaktyki fluorkowej.

2.3. Przewidywany koszt

- do 5.000 zł brutto rocznie.

2.4. Termin realizacji

- lata 2012-2014.

3. Finansowanie badań lekarskich dzieci i młodzieży zgłoszonych do rozgrywek organizowanych przez związki sportowe i będących zawodnikami cieszyńskich klubów sportowych.

3.1. Opis problemu

Dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia mogą uprawiać sport w ramach klubów sportowych i brać udział w zawodach organizowanych przez związki sportowe pod warunkiem uzyskania orzeczenia lekarskiego o zdolności do uprawiania danego sportu³⁰. Orzeczenia te wydaje się na podstawie wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich, które należą do świadczeń gwarantowanych³¹, finansowych ze środków publicznych w ramach kontraktów zawieranych przez NFZ. Dostęp do tych badań dla w ostatnich latach dla dzieci i młodzieży mieszkającej na terenie Cieszyna był znacząco ograniczony z uwagi na brak na terenie miasta poradni medycyny sportowej, realizującej stosowne świadczenia w tym zakresie na podstawie umowy z NFZ³² lub znacząco ograniczony limit realizowanych przez poradnie badań. Gmina Cieszyn może zwiększać dostęp do tego typu świadczeń zdrowotnych poprzez finansowanie badań lekarskich będących podstawą do wydawania orzeczeń o zdolności do uprawiania danego sportu. Działanie

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 z późn. zm.).

²⁹ Dane Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Cieszynie, <http://pssecieszyn.pis.gov.pl/> [dostęp w dniu 9.11.2011]

³⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia (Dz. U. Nr 88, poz. 500).

³¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653).

³² W 2011 r. na terenie Cieszyna nie działała żadna poradnia posiadająca kontrakt z NFZ na świadczenia w zakresie medycyny sportowej – <http://www.nfz-katowice.pl/> [dostęp w dniu 9.11.2011]

to może polegać na finansowaniu dodatkowych usług w tym zakresie, poza limitem wynikającym z kontraktu danej poradni z NFZ lub wyłonienie w drodze konkursu ofert świadczeniodawcy uprawnionego do realizacji tego typu świadczeń i spełniającego wymogi określone w przepisach prawa.

Realizacja powyższego zadania wymaga szczegółowej analizy w zakresie dostępności do tego typu świadczeń oraz potrzeb zgłaszanych przez kluby sportowe działające na terenie Gminy Cieszyn. Ograniczenia zakresu przedmiotowego: badania będą obejmować wyłącznie dzieci i młodzież – uczniów szkół działających na terenie Cieszyna do szkół ponadgimnazjalnych włącznie i będących jednocześnie członkami klubu sportowych mających swą siedzibę na terenie Cieszyna.

3.2. Planowane działania

- finansowanie wykonania wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich, obejmujących badania ogólne, specjalistyczne i diagnostyczne w stosunku do dzieci i młodzieży w związku z orzekaniem o zdolności do uprawiania danego sportu.

3.3. Przewidywany koszt

- do 10.000 zł rocznie.

3.4. Termin realizacji

- lata 2012-2014.