

Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców Gminy Radomyśl Wielki

na lata 2023-2025

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

Radomyśl Wielki 2023 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3
I.2 Dane epidemiologiczne.....	6
I.3 Opis obecnego postępowania.....	10
II Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	11
II.1 Cel główny.....	11
II.2 Cele szczegółowe	11
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	12
III Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	12
III.1 Populacja docelowa.....	12
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
III.3 Planowane interwencje.....	14
III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	18
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	18
IV Organizacja programu polityki zdrowotnej	19
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	19
IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	20
V Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	21
V.1 Monitorowanie	21
V.2 Ewaluacja	22
VI Budżet programu polityki zdrowotnej	23
VI.1 Koszty jednostkowe	23
VI.2 Koszty całkowite	23
VI.3 Źródła finansowania	24
VII Bibliografia.....	25

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

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

Wyróżnia się dwa rodzaje osteoporozy:

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

Osteoporozę jako jednostkę chorobową można rozpoznać po stwierdzeniu zmniejszonej gęstości mineralnej kości (BMD, ang. bone mineral density) – wskaźnik T (ang. T-score) o wartości $\leq -2,5$ u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ≥ 50 lat. U osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka i zwykle jest to osteoporoza wtórna. W diagnostyce osteoporozy wskazana jest ocena bezwzględnego dziesięcioletniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań (Szczeklik 2017).

Czynniki ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej			
czynniki genetyczne i demograficzne	stan prokreacyjny	czynniki związane z odżywianiem i stylem życia	inne
<ul style="list-style-type: none">• predyspozycja rodzinna,• wiek (kobiety >65 lat, mężczyźni >70 lat),• płeć żeńska,• rasa biała i żółta (osteoporoza występuje 3 razy częściej niż u rasy czarnej)	<ul style="list-style-type: none">• niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii,• przedłużony brak miesiączki – późne pokwitanie,• brak przebytych porodów,• stan pomenopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników)	<ul style="list-style-type: none">• mała podaż wapnia;• niedobór wit. D;• mała lub nadmierna podaż fosforu;• niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa• palenie tytoniu;• alkoholizm;• nadmierne spożywanie kawy;• siedzący tryb życia	<ul style="list-style-type: none">• BMI <18 kg/m²

Czynniki ryzyka występowania osteoporozy wtórnej		
choroby	przyjmowanie leków	inne
<ul style="list-style-type: none"> • zaburzenia hormonalne, • choroby układu pokarmowego, • choroby nerek, • choroby reumatyczne, • choroby układu oddechowego, choroby szpiku i krwi, • hiperwitaminoza A, • stan po przeszczepieniu narządu 	<ul style="list-style-type: none"> • glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy w dużych dawkach, • leków przeciwpadaczkowych (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), • heparyny (zwłaszcza niefrakcjonowana), • antagonistów witaminy K, cyklosporyny, • leków immunosupresyjnych w dużych dawkach i innych antymetabolitów, • żywic wiążących kwasy żółciowe (np. cholestyramina), • analogów gonadoliberyny, • pochodnych tiazolidynodionu (pioglitazon), • tamoksyfenu (u kobiet przed menopauzą), • inhibitorów aromatazy, • inhibitorów pompy protonowej, • leków przeciwretrowirusowych 	<ul style="list-style-type: none"> • unieruchomienie • przebyte złamania • sarkopenia

Osteoporoza już od tysiącleci była istotnym problemem zdrowotnym populacji, jednak dopiero od niedawna zaczęto uważać ją za chorobę, a nie – jak wcześniej – za wynik starzenia się organizmu. Przebiega podstępnie, powodując bezbolesne pogarszanie się stanu układu kostnego, polegające na postępującej destrukcji masy kostnej, zaś zauważalnym objawem choroby jest zazwyczaj złamanie osteoporotyczne, świadczące o dużym zaawansowaniu osteoporozy¹

¹ Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M., D. Żołnierczuk-Kieliszek D., Barańska A. *Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej*
<http://www.phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf>

Do złamaniaiskoenergetycznego (patologicznego) może dojść nie tylko z powodu osteoporozy, lecz np. z powodu nowotworu. Złamanieiskoenergetyczne definiuje się jako złamanie pod wpływem siły, która nie łamie zdrowej kości (upadek z wysokości własnego ciała lub wystąpienie złamania samoistnego). Zauważalna jest bowiem dysproporcja między siłą urazu – może być to upadek z wysokości ciała, podnoszenie ciężarów czy zwyczajne schyłanie się – a rozmiarami wyrządzonych szkód w postaci poważnego złamania.² Ustalono, że z powodu powikłań aż 20% chorych ze złamaniami kości udowej umiera w ciągu sześciu miesięcy po złamaniu, a ponad 50% w ciągu następnego roku. Osoby, które przeżywają przeważnie cierpią fizycznie – z powodu bólu i psychicznie – ze względu na upośledzenie ruchowe. Ponad połowa chorych, którzy przeżyli złamania szyjki kości udowej, doświadcza pogorszenia jakości życia, a jedna trzecia nigdy nie powraca do pełnej samodzielności i wymaga długotrwałej opieki osób trzecich.²

Złamania bliższego końca kości udowej (bkk)

Należą do najbardziej niebezpiecznych złamań. Skutkiem powikłań w ciągu roku umiera co 5. kobieta i co 4. mężczyzna. Z osób, które przeżyją, 50% staje się niepełnosprawnymi. Złamania szyjki kości udowej z reguły leczy się operacyjnie, niezależnie od wieku chorego. Najczęściej dokonuje się zespolenia kości, a czasem wszczepienia endoprotezy. Ryzyko złamania bkk jest wyższe niż wystąpienie raka sutka, macicy i jajników razem wziętych, natomiast częstość zgonów z tego powodu jest większa niż z powodu raka piersi. Stanowią one główny koszt leczenia osteoporozy.

Złamania kości promieniowej

Występują skutkiem upadku. Leczone są najczęściej unieruchomieniem w opatrunku gipsowym. U 40% pacjentów występują powikłania, takie jak: nieprawidłowy zrost, zespoły bólowe, w tym kompleksowy zespół bólu regionalnego (choroba Sudecka).

Złamania kręgosłupa

Występują u co czwartej kobiety po 50. roku życia i u co drugiej po 85. r.ż. Złamania te są najczęściej bezobjawowe (70%). O przebyłym złamaniu może świadczyć obniżenie wzrostu. Przy obniżeniu o 4 cm prawdopodobieństwo złamania jest bardzo wysokie. Złamanie kręgosłupa powoduje pogłębienie kyfozy kręgosłupa piersiowego - tzw. „wdowi garb”. Po złamaniach mogą pojawiać się dolegliwości bólowe. Powstające deformacje sylwetki prowadzą do zmniejszenia pojemności oddechowej płuc, pogorszenia wydolności układu krążeniowo-oddechowego i skłonności do zapać. W grupie osób ze złamaniami kręgow zauważono zwiększenie śmiertelności w okresie 5 lat o 15-20%.³

Upadki jako przyczyna złamań

Według definicji WHO upadek jest określany jako zdarzenie, w wyniku którego człowiek znalazł się niezamierzenie na podłodze lub innej, nisko położonej powierzchni w wyniku utraty równowagi, np. podczas chodzenia (13). Zgodnie z definicją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 upadki zaliczane są do grupy zewnętrznych przyczyn zachorowania lub zgonu. Upadki obejmują 20 podgrup oznaczonych kodami W00-W19, wśród nich można wyróżnić m.in.

- upadek na tym samym poziomie wskutek potknięcia, poślizgnięcia,
- upadek ze schodów i stopni,
- upadek z łóżka,
- upadek z krzesła

²Marcinowska-Suchowierska E., Czerwiński E., Janusz Badurski J., Walicka M., Tałałaj M. *Osteoporoza – diagnostyka i terapia u osób starszych*. Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 5, 2011

³Europejska Fundacja Osteoporozy i Chorób Mięśniowo-Szkieletowych Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne *RAPORT OSTEOPOROZA - CICHA EPIDEMIA W POLSCE*

- upadek na lodzie lub śniegu.⁴

Do najczęstszych powikłań upadku zalicza się złamania kości ramiennej, dystalnej części kości promieniowej, uszkodzenia/złamania kręgosłupa, miednicy, złamania nasady bliższej kości udowej, złamania żeber, urazy/krwiaki śródczaszkowe, uszkodzenia tkanek miękkich i oparzenia. W wyniku 10-15% upadków dochodzi do poważnych urazów stanowiących zagrożenie życia. Najpoważniejszym typowym złamaniem u osoby starszej są złamania nasady bliższej kości udowej. Śmiertelność z nimi związana w grupie osób starszych przekracza ponad 20%, podczas gdy u osób poniżej 55 roku życia, śmiertelność waha się między 2,3 a 6%. Ponad 50% starszych pacjentów nie odzyskuje sprawności przed wypadkiem, a u części z nich dochodzi do powtórnych złamań w tej okolicy. W zdecydowanej większości złamania bliższej nasady kości udowej leczone są operacyjnie. Poważnym zagrożeniem w tej grupie chorych jest skłonność do występowania powikłań zakrzepowo-zatorowych. Mimo postępowania profilaktycznego, zatory płucne, w okresie pooperacyjnym są jedną z częstszych przyczyn zgonów u tych osób. Następstwem złamań może być również wtórne długotrwałe unieruchomienie, które może przyczyniać się do takich powikłań jak zakrzepica żył głębokich, odleżyny, stany zapalne płuc i dróg moczowych, odwodnienie i przykurcze w stawach. Wszystkie te powikłania znacząco opóźniają lub nawet uniemożliwiają osobom starszym powrót do aktywności.

I.2 Dane epidemiologiczne

Wg danych WHO osteoporoza dotknie jedną na 4 kobiety oraz jednego na 8 mężczyzn. Wartość ta zależy może od:

- miejsca zamieszkania (m.in. poziomu rozwoju kraju oraz nasłonecznienia),
- warunków życia (m.in. sposobu odżywiania się, aktywności fizycznej, spożycia alkoholu czy palenia),
- uwarunkowań genetycznych.

Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE (The scorecard for osteoporosis in Europe) w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn (wg International Osteoporosis Foundation proporcje te wynoszą odpowiednio 1/3 populacji kobiet oraz 1/5 populacji mężczyzn).

Prognozy mówią, że w 2035 r. blisko 30% kobiet i mężczyzn w Polsce będzie narażonych na złamanie osteoporotyczne.⁵

Miary częstości występowania chorób używane najczęściej w epidemiologii należą do dwóch szerokich kategorii: rozpowszechnienia - chorobowości (prevalence) i zapadalności (incidence).

- Chorobowość mierzy proporcję osób w populacji mających daną chorobę, lub inną badaną cechę, w zdefiniowanym momencie i dostarcza oszacowania prawdopodobieństwa (ryzyka), że dana osoba będzie chora w tej chwili, lub krótkim przedziale czasowym.
- Zapadalność mierzy liczbę nowych przypadków chorobowych (ale może być używana jako wskaźnik innych zdarzeń), które pojawiły się w badanej próbie (populacji) w określonym

⁴ Pod red. Krysińska M., Domosławska-Żylińska K., Fronk M. *NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO - PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENYURAZY WŚRÓD OSÓB POWYŻEJ 60-GO ROKU ŻYCIA – RAPORT*

⁵ OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

przedziale czasowym. Istnieją dwie różne miary zapadalności: zapadalność kumulacyjna (zbiorcza) oraz gęstość zapadalności.⁶

Modelowanie liczby zachorowań jest istotnym działaniem wpływającym na ocenę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Umożliwia określenie obecnej sytuacji epidemiologicznej, zbadanie zachodzących zależności i zjawisk oraz zidentyfikowanie czynników kształtujących sytuację zdrowotną całej populacji. Jednakże, ze względu na to, że badania epidemiologiczne w Polsce są niewystarczające, koniecznym było zastosowanie pewnych przybliżeń i oszacowanie wskaźników epidemiologicznych w oparciu o dane Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: zapadalności rejestrowanej oraz chorobowości rejestrowanej).⁷

W mapach potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego nie wyodrębniono danych dla samej osteoporozy, jednak została ona uwzględniona w ramach zaburzeń mineralizacji i struktury kości, w których zawarto następujące rozpoznania wg ICD-10:

M80 – Osteoporoza ze złamaniem patologicznym;

M81 – Osteoporoza bez patologicznego złamania;

M82 – Osteoporoza w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej;

M83 – Zmiękczenie kości (osteomalacja dorosłych);

M84 – Zaburzenia ciągłości kości;

M85 – Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznania z grupy zaburzenia mineralizacji i struktury kości w roku 2014 wyniosła 72,2 tysięcy przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 190,1. Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 594,4 tysięcy (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 1 564,2) (MPZ 2017).⁸

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

- wskaźnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 152,2
- wskaźnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności wynosi 1143,3

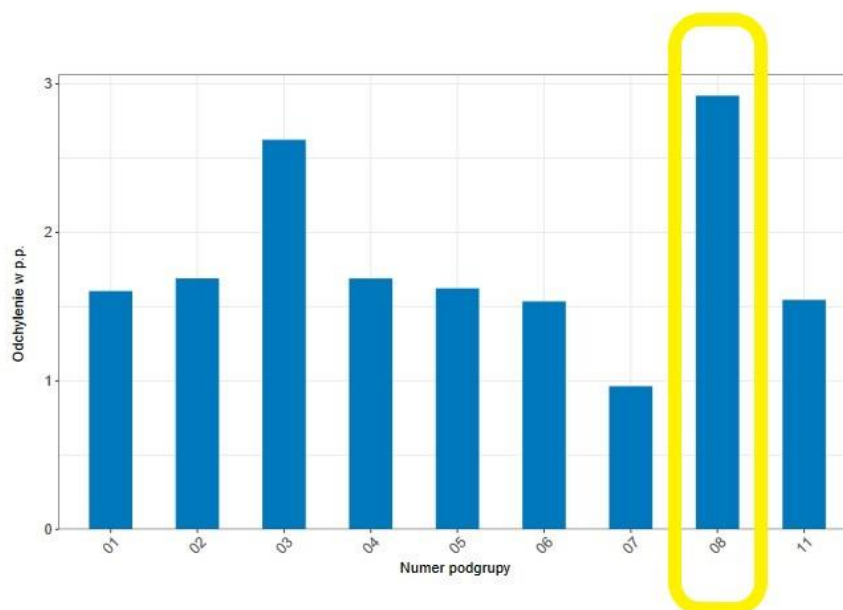
Prognozowana dynamika zmian zapadalności rejestrowanej w latach 2020-2029 w województwie podkarpackim różni się od przeciętnej wartości tej dynamiki prognozowanej dla całej Polski. Z tego względu na wykresie 8.2 przedstawiono odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie podkarpackim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski. Odchylenie to jest wyrażone w punktach procentowych. Największe odchylenie procentowej zmiany zapadalności rejestrowanej prognozowane jest dla podgrupy zdefiniowanej jako 'zaburzenia mineralizacji i struktury kości' i wynosi 2.92 p.p. (prognozowana zmiana procentowa w województwie podkarpackim wynosi 11.54% w stosunku do zmiany 8.62% prognozowanej dla całej Polski). Oznacza to, że w tej podgrupie chorób można przewidywać, że wymagane będzie prowadzenie działań w stopniu intensywniejszym niż przeciętnie na poziomie całej Polski.

⁶ *PODSTAWOWE POJĘCIA I MIARY W EPIDEMIOLOGII* pozyskano z <http://www.przeglepidemiol.pzh.gov.pl/media/niezbednik/Miary%20w%20epidemiologii.pdf>

⁷ *Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa podkarpackiego w zakresie 30 grup chorób* pozyskano z <https://rzeshow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/Podsumowanie-mapy-potrzeb-zdrowotnych-dla-wojewodztwa-podkarpackiego-w-zakresie-30-grup-chorob.pdf>

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

Wykres 8.2: Odchylenie procentowej zmiany wartości prognoz zapadalności rejestrowanej w województwie podkarpackim między latami 2020 i 2029 w stosunku do takiej samej zmiany dla całej Polski w punktach procentowych.



Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Podgrupa 08: zaburzenia mineralizacji i struktury kości⁹

GBD – Global (Polish) Burden of Disease

Międzynarodowy zasięg projektu – współpraca zrzeszająca sieć 4 590 ekspertów sektora ochrony zdrowia pochodzących z 147 krajów świata.

Międzynarodowa współpraca pomiędzy Agencją Oceny Technologii Medycznych, a The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) przy Uniwersytecie Waszyngtońskim w Seattle w ramach:

- tworzenia i implementacji narzędzi Global Burden of Disease w procesie kształtowania centralnej i regionalnej polityki zdrowotnej opartej na dowodach w Polsce (etap 1 – województwa, etap 2 – powiaty);
- współpracy naukowo-badawczej w kontekście zastosowania i popularyzacji wyników analiz lokalnych GBD.

Global Burden of Disease Study – przedsięwzięcie badawcze skierowane na możliwość ilościowego określenia utraty zdrowia z powodu chorób, urazów, czynników ryzyka wpływających na zdrowie za pomocą określonych i wystandaryzowanych miar zdrowotnych tj. DALY, YLL, YLD.

Wskaźnik DALY jest sumą liczby utraconych lat życia (Years of Life Lost – YLL) z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych w niesprawności (Years of Life with Disability – YLD). Poprzez wskaźnik DALY można szacować wagę (umieralność i chorobowość) konkretnych chorób, a w konsekwencji – wagę czynników ryzyka powodujących ich wystąpienie, korzyści wynikające ze zmniejszenia rozpowszechnienia choroby wskutek prewencji lub leczenia, a po przeliczeniu na wartości monetarne – także koszty oraz korzyści wynikające z poszczególnych interwencji. Jeden DALY można uznać za jeden rok utraconego życia w pełnym zdrowiu.¹⁰

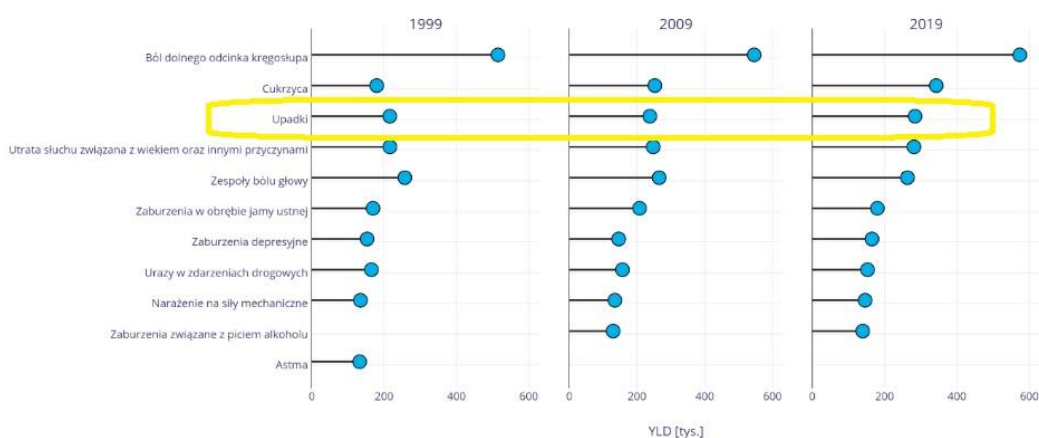
⁹ Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa podkarpackiego w zakresie 30 grup chorób – pozyskano z <https://rzeczow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/Podsumowanie-mapy-potrzeb-zdrowotnych-dla-województwa-podkarpackiego-w-zakresie-30-grup-chorob.pdf>

¹⁰ <https://www.aotm.gov.pl/projekty-aotmit/gbd/> dostęp z 22.02.2023

Osteoporoza zaliczana jest do chorób układu mięśniowo-szkieletowego. Wartość globalna dla 183 krajów DALYs dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego wzrosła w badanym okresie z 80.225 634,6 w roku 2010 do 107 885 832.6 w roku 2015. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego znalazły się na drugim miejscu wśród głównych przyczyn YLDs (ang. years live with disability) lat przeżytych z niepełnosprawnością zaraz za zaburzeniami psychicznymi. Głównymi spostrzeżeniami autorów tego badania była ewidentna i stała tendencja wzrostowa wpływu chorób układu mięśniowo-szkieletowego na stan zdrowia człowieka (zarówno w ujęciu liczbowym jak i odsetkowym) na przestrzeni poszczególnych lat. Największe wartości DALY's i YLD dla chorób układu mięśniowo-szkieletowego uzyskiwano w krajach na kontynencie europejskim. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego były głównie przyczyną niesprawności, natomiast w dużo mniejszym stopniu związane były ze skróceniem przeżycia (w 2015 roku - 19. pozycja, na miejscu 1.- choroby układu krążenia). Obliczane wartości wpływu ChUMS na stan zdrowia dodatkowo korelowały z wskaźnikiem rozwoju gospodarczego jakim jest dochód krajowy brutto, tzn. im bogatszy był kraj tym większy był wpływ ChUMS na ogólny stan zdrowia jego mieszkańców.¹¹

Najwyższą wartość YLD (liczba lat przeżytych w niesprawności wartości bezwzględne) dla Rzeczypospolitej Polskiej w 2019 r. odnotowano dla problemów zdrowotnych obejmujących ból dolnego odcinka kręgosłupa (0,57 mln), cukrzycę (0,34 mln) oraz upadki (0,28 mln). Upadki oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa znacznie pogarszają jakość życia społeczeństwa ze względu na powodowaną przez nie niesprawność. Sumarycznie odpowiadają one za ok. 17% wartości YLD i za 7,7% wartości DALY.¹²

Rysunek 18. Wartość wskaźnika YLD (wartości bezwzględne) dla najbardziej istotnych problemów zdrowotnych w Polsce, bez podziału na płeć i grupy wiekowe²⁴



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Upadki oraz ból dolnego odcinka kręgosłupa znacznie pogarszają jakość życia społeczeństwa ze względu na powodowaną przez nie niesprawność. Sumarycznie odpowiadają one za ok. 17% wartości YLD i za 7,7% wartości DALY. Do 2028 r. znacznie wzrośnie liczba chorych z powodu zapalenia kości i stawów (o 16% w porównaniu do 2019 r.).

¹¹ <https://www.termedia.pl/reumatologia/Choroby-ukladu-miesniowo-szkieletowego-w-statystyce-WHO,34415.html> dostęp z 22.02.2023

¹² OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

I.3 Opis obecnego postępowania

Odnalezione w ramach analizy klinicznej badania wskazują, że wdrażanie kompleksowych, wielokomponentowych interwencji polegających na badaniach przesiewowych, edukacji oraz ocenie ryzyka złamań, znacząco wpływa na przyspieszenie rozpoczęcia leczenia osteoporozy. Ponadto w badaniach wskazuje się, że densytometria DXA uznawana jest za złoty standard w diagnostyce osteoporozy.

Do oceny dziesięcioletniego ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych służy szereg skal i kwestionariuszy, jednak dostępne dowody naukowe nie wskazują, które z nich są preferowane lub najskuteczniejsze. W Polsce powszechnie stosowanym narzędziem do oceny ryzyka złamań jest kalkulator FRAX. Przeprowadzona analiza kliniczna uzasadnia jego stosowanie.

Odnalezione wytyczne kliniczne rekomendują realizację programów wczesnego wykrywania osteoporozy z wykorzystaniem densytometrii.

Programy Polityki Zdrowotnej mogą stanowić uzupełnienie lub rozszerzenie dostępu do profilaktyki i diagnostyki osteoporozy, a w efekcie sprzyjać zmniejszeniu liczby złamań osteoporotycznych.¹³

Aktualnie w ramach świadczeń gwarantowanych leczenie osteoporozy na podkarpaciu prowadzą trzy poradnie zlokalizowane w Rzeszowie, Stalowej Woli oraz Mielcu. W ramach świadczeń NFZ skierowanie na badanie densytometryczne może wystawić lekarz specjalista w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Lekarz POZ nie jest uprawniony do wystawienia skierowania na badanie densytometryczne¹⁴

Niska wartość chorobowości rejestrowanej w porównaniu do wartości podawanej w literaturze, wskazuje na konieczność podjęcia działań zmierzających do poprawy dostępności do diagnostyki oraz upowszechnienia standardów leczenia osteoporozy. Wskazane jest zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych, szczególnie w odpowiednio zdefiniowanych grupach ryzyka (zwłaszcza u pacjentów z już dokonanymi złamaniami niskoenergetycznymi).¹⁵

Czynnikiem ograniczającym dostępność badania densytometrycznego jest konieczność oczekiwania na wizytę specjalistyczną.¹⁶

Średni czas oczekiwania na wizytę (tryb stabilny)		
Mielec	Rzeszów	Stalowa Wola
108 dni	173 dni	35 dni

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

Odległość od Radomyśla Wielkiego

¹³ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

¹⁴ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

¹⁵ Mapy potrzeb zdrowotnych: wnioski i rekomendacje Choroby układu kostno-mięśniowego pozyskano z https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/02/01_uklad_kostny.pdf

¹⁶ <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> stan na dzień 22.02.2023

Mielec	Rzeszów	Stalowa Wola
17 km	70 km	85 km

Niniejszy plan ma w założeniach możliwie najwięcej interwencji przeprowadzonych na terenie gminy, co eliminuje konieczność dojazdów. Co więcej, osoby z grupy ryzyka zostaną objęte badaniem densytometrycznym DXA uznawanym za złoty standard w diagnostyce osteoporozy. Jeśli u uczestnika będzie wykryta osteoporoza, zostanie mu wskazana poradnia, w której będzie mógł otrzymać opiekę specjalistyczną.

Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców Gminy Radomyśl Wielki na lata 2023-2025 oparto na Rekomendacji nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi.

II.2 Cele szczegółowe :

Cel szczegółowy nr 1

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 70% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania upadkom i złamaniom osteoporotycznym.

Cel szczegółowy nr 2

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 60% uczestników programu dot. personelu medycznego i świadczeniobiorców łącznie.

Cel szczegółowy nr 3

Wykrycie wśród świadczeniobiorców osób zagrożonych złamaniem

Cel szczegółowy nr 4

Poprawa dostępności do diagnostyki w zakresie osteoporozy – przebadanie założonej populacji w okresie 2,5 roku

Cel szczegółowy nr 5

Zaproponowanie ścieżek dalszego postępowania wszystkim osobom zgłaszającym się na lekarską wizytę podsumowującą

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Miernik celu głównego:

Odsetek przedstawicieli świadczeniobiorców (50 %) u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.

Miernik celu szczegółowego nr 1

Odsetek przedstawicieli personelu medycznego (70%) u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.

Miernik celu szczegółowego nr 2

Odsetek przedstawicieli świadczeniobiorców oraz przedstawicieli personelu medycznego, u których w post -teście odnotowano wysoki poziom wiedzy (60%) względem wszystkich świadczeniobiorców oraz osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.

Miernik celu szczegółowego nr 3

Liczba świadczeniobiorców u których $FRA X \geq 5\%$ (zakładana wartość 50%)

Miernik celu szczegółowego nr 4

Odsetek osób z $FRA X \geq 5\%$ u których wykonano badanie DXA, względem wszystkich osób u których $FRA X \geq 5\%$ (pomiar zgłaszalności na diagnostykę) – zakładana wartość 50 %

Miernik celu szczegółowego nr 5

Liczba osób, którym zalecono zgłoszenie się do poradni specjalistycznej, celem leczenia osteoporozy – zakładana wartość 40%.

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

III.1 Populacja docelowa

Liczba mieszkańców Gminy Radomyśl Wielki stan na 31.12.2021:

- 14230

Liczba pełnoletnich mieszkańców Gminy Radomyśl Wielki:

- 10263

Liczba osób w wieku >50 lat:

- 4610

Liczba kobiet zamieszkujących Gminę Radomyśl Wielki:			
ogółem	40-64 lata	>50 lat	≥65 lat
7077	2207	2413	1192

Liczba mężczyzn zamieszkujących Gminę Radomyśl Wielki:		
ogółem	>50 lat	≥75 lat
7153	2197	332

Liczba osób objętych w ramach programu działaniami informacyjno-edukacyjnymi powyżej 50 roku życia mieszkających na terenie gminy Radomyśl Wielki:

- 507 (tj. ok. 11 %)

Liczba kobiet w wieku ≥65 lat, mieszkających na terenie gminy Radomyśl Wielki objętych kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu:

- 369 (tj. ok. 31%)

W przypadku objęcia kompleksową interwencją min. 30 % kobiet ≥65 lat roku życia mieszkających na terenie gminy oraz niekorzystania całości środków, deklaruje się objęcie mężczyzn ≥75 lat roku życia kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu.

- 36 (tj. ok. 11%)

Liczba kobiet w wieku 40-64 lat, z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego mieszkających na terenie gminy, objętych kompleksową interwencją tj. łącznie działaniami informacyjno-edukacyjnymi oraz oceną ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w ramach programu:

- 242 (tj. ok. 11%)

Liczba uczestników programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło ≥5% (pomiar BMD za pomocą DXA oraz lekarska wizyta podsumowująca)

- Liczba kobiet i mężczyzn objętych badaniem BMD za pomocą DXA - 300 uczestników (tj. ok. 280 kobiet i 20 mężczyzn)

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

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

Kryteria formalne dla uczestnika programu:

- status mieszkańca gminy Radomyśl Wielki i rozliczanie podatku w Urzędzie Skarbowym właściwym dla gminy Radomyśl Wielki

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

III.3 Planowane interwencje

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

- 1) prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dedykowanych personelowi medycznemu;

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

Ad. 1)

Szkolenia personelu medycznego

Prowadzenie szkoleń dot. profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom i upadkom dedykowane personelowi medycznemu. Szkolenie będzie przeprowadzone przez eksperta, który w odpowiedni sposób przeszkoli personel medyczny. W ramach PPZ realizowane będą szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokona Rada ds. Programu.

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

W ramach szkoleń personel medyczny zostanie zapoznany z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom. Szkolenia będą miały na celu podniesienie kwalifikacji (wiedzy i umiejętności) personelu medycznego biorącego udział w programie w zakresie ocen ryzyka złamań osteoporotycznych oraz wdrożenie skutecznego schematu postępowania w zakresie identyfikacji pacjentów zagrożonych wysokim ryzykiem złamań.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa będzie wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, będzie zobowiązana do wypełnienia post-testu. Miernikiem efektywności będzie liczba osób z personelu medycznego przeszkolona w zakresie oceny ryzyka złamań osteoporotycznych.

Ad. 2)

Działania informacyjno-edukacyjne

Działania informacyjno-edukacyjne będą nakierowane na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom populacji osób dorosłych. Formalnym kryterium dla uczestnika programu jest posiadanie statusu mieszkańca gminy Radomyśl Wielki i rozliczanie podatku w US właściwym dla gminy Radomyśl Wielki. Działania informacyjno-edukacyjne będą ukierunkowane do osób powyżej 50 roku życia. Działania będą przeprowadzane w szczególności na terenie gminy Radomyśl Wielki. Przygotowane zostaną broszury z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom. W ramach działań edukacyjnych będzie prowadzona szeroka kampania edukacyjna z zastosowaniem środków masowego przekazu tj. prasa, internet. W celu dotarcia do jak największego grona odbiorców przewiduje się także wsparcie innych podmiotów, np. Kościołów parafialnych, instytucji wsparcia społecznego. Personel medyczny będzie przekazywał informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.

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

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

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

Zastosowana zostanie mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji. Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja. Prezentowane treści będą dostosowane do potrzeb grupy docelowej oraz przekazywane w sposób zrozumiały. Celem szczegółowym będzie podniesienie wiedzy zdrowotnej pacjentów uczestniczących w programie w zakresie profilaktyki złamań osteoporotycznych. Miernikiem realizacji celu będzie liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym w zakresie osteoporozy.

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

Do materiałów informacyjnych zaadaptowane zostaną materiały edukacyjne przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia. Prezentowane treści będą rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej.

Ad. 3)

Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX

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

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

oraz

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

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

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

Osoba przyjmująca formularz:

1. posiada stosowną wiedzę
2. zweryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji
3. korzystając z FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) wyliczy dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego. Wynik wpisywany zostanie do formularza zgłoszeniowego i zostanie udostępniony świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego.
4. udzieli merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobiegania upadkom oraz pokieruje świadczeniobiorców do rzetelnych źródeł wiedzy.

W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej niższego niż 5% uczestnik otrzyma

- informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.

Uczestnikowi zostanie udostępniony w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego wynik badania. W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzyma

- informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA,
- szczegóły dotyczące miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania.

Świadczeniobiorca zostanie poinformowany

- o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA.
- o tym, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

W celu sposobu monitorowania świadczeń będzie dokonywan efachowe oszacowanie jakości realizowanych badań. Po przeprowadzonej ocenie ryzyka złamania osoby zostaną zakwalifikowane do grupy niskiego, umiarkowanego i wysokiego ryzyka złamania osteoporotycznego zgodnie z algorytmem narzędzia FRAX.

Ad. 4)

Pomiar BMD za pomocą DXA

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

Pomiar densytometrii DXA będzie dokonywany na szyjce kości udowej. Badanie będzie przeprowadzane w specjalistycznym gabinecie oraz przy użyciu odpowiedniego sprzętu. Przy wyznaczaniu T-score dla kobiet i mężczyzn norma referencyjna to NHANES III dla kobiety rasy białej pomiędzy 20-29 rokiem życia. Przestrzeganie powyższej specyfikacji wskazanej przez autorów narzędzia FRAX umożliwi zastosowanie wyniku pomiaru w narzędziu FRAX.

Po przeprowadzonym badaniu uczestnik otrzyma informację o uzyskanym wskaźniku T, dzięki któremu będzie można stwierdzić bądź wykluczyć osteoporozę. Po uzyskaniu wyniku wskazującego

na nieprawidłowości uczestnik zostanie poinformowany o konieczności dalszych działań realizowanych w ośrodkach zajmujących się leczeniem osteoporozy. W celu sposobu monitorowania świadczeń będzie dokonywane fachowe oszacowanie jakości realizowanych badań. Monitoringowi poddana zostanie liczba osób zakwalifikowana do przeprowadzenia badania a także liczba osób niezakwalifikowanych do udziału w programie z powodu przeciwskazań lekarskich oraz liczba osób u których wykonano badanie densytometryczne. Relizator zadania będzie prowadził rejestr pacjentów w zakresie udzielonych porad, przeprowadzonych badań, a także przygotuje rozliczenie dokumentując koszty programu.

Ad. 5)

Lekarska wizyta podsumowująca

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

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

➤ W przypadku wykrycia osteoporozy pacjent zostanie pokierowany do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych.

W czasie konsultacji lekarz przekaze pacjentowi

- informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia,
- zalecenia odnośnie dalszego postępowania
- informację o wszystkich dostępnych ścieżkach postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej.

Po otrzymaniu jednoznacznego zalecenia leczenia osteoporozy uczestnik zakończy swój udział w programie.

Podczas wizyty podsumowującej lekarz przeprowadzi indywidualną edukację w zakresie osteoporozy. Lekarska wizyta podsumowująca jest ostatnim elementem programu profilaktyki zdrowotnej. Po otrzymaniu jednoznacznego zalecenia uczestnik kończy swój udział w programie. Ocena efektywności programu nastąpi przez określenie liczby osób u których zdiagnozowano osteopenię, osteoporozę oraz liczbe osób skierowanych do leczenia przez poradnię specjalistyczną. Uczestnicy programu profilaktyki zdrowotnej będą zobowiązani do wypełnienia ankiety dotyczącej satysfakcji przeprowadzonych interwencji w ramach PPZ.

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

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

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

1. w przypadku osób, które nie kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych;

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

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

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Stworzenie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu będzie pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej.
Rada ds. programu będzie odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawiciele odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem.
Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie będą przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ. (IV kwartał 2023 r. - I kwartał 2024 r.)
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu.
Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy.
Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (IV kwartał 2023 r. - I kwartał 2024 r.)
3. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu danego samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). (IV kwartał 2023 r. - I kwartał 2024 r.)
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ). (IV kwartał 2023 r. - I kwartał 2024 r.)

5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych, oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX, pomiarów BMD za pomocą DXA, lekarskie wizyty podsumowujące. (IV kwartał 2023 r. - IV kwartał 2025 r.)
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy). (IV kwartał 2023 r. - IV kwartał 2025 r.)
7. Zakończenie realizacji PPZ. (IV kwartał 2025 r.)
8. Rozliczenie finansowe PPZ. (IV kwartał 2025 r. - I kwartał 2026 r.)
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji. (I kwartał 2026 r.)

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

Interwencja	Personel	Wyposażenie i warunki lokalowe
Szkolenia personelu medycznego	Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.	sprzęt komputerowy, sala wykładowa, mikrofon oraz nagłośnienie, nośniki danych (płyta CD, DVD, pendrive), rzutnik, itp.
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, fizjoterapeuta pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie	broszury, ulotki, plakaty, prezentacja multimedialna, wykłady i konferencje, sala szkoleniowa, zaplecze techniczne do wykładów, itp.

	uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.	
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Osoba przyjmująca formularz musi posiadać odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców, np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu dla personelu medycznego realizowanym w ramach programu.	pomieszczenie zapewniające intymność uczestnikowi programu, narzędzie FRAX(online)
Pomiar BMD za pomocą DXA	technik elektroradiologii; lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie radiologii lub rentgenodiagnostyki lub radiodiagnostyki lub operator densytometru posiadający udokumentowane umiejętności w tym zakresie.	densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej, pomieszczenie zapewniające intymność uczestnikowi programu
Lekarska wizyta podsumowująca	Wizyta podsumowująca przeprowadzona będzie przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii irtopedycznej lub chirurgii urazowo ortopedycznej lub ortopedii. Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.	gabinet lekarski

Wymagania dotyczące sprzętu oraz ośrodka: zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w tym dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator programu zapewni wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1 Monitorowanie

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

Monitorowanie będzie się składać z oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach Programu edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców gminy Radomyśl Wielki na lata 2023-2025.

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

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;(zakładana wartość docelowa 10 osób),
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym;(zakładana wartość docelowa 750 świadczeniobiorców)
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$; (zakładana wartość docelowa 600 świadczeniobiorców),
- liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa >-1 ; grupa ≤ -1 i $>-2,5$; grupa $\leq -2,5$). (zakładana wartość docelowa 300 świadczeniobiorców)
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej; (zakładana wartość docelowa 300 świadczeniobiorców)
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów; (zakładana wartość docelowa 400 świadczeniobiorców)
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie.(zakładana wartość docelowa 30 osób)

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

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

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

V.2 Ewaluacja

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

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

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

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu), (zakładana wartość docelowa 7 osób)
- liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu), (zakładana wartość docelowa 350 uczestników),
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX;(zakładana wartość docelowa 50%)
- odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu;(zakładana wartość docelowa 50%)

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1 Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje m.in. koszt badania lekarskiego wraz z oceną 10-letniego ryzyka złamań FRAX, koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu medycznego i materiałów, działań promocyjno-edukacyjnych oraz inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu).

Rodzaj kosztów	Koszt jednostkowy
Badanie kwalifikacyjne (wywiad lekarski + FRAX)	125,00
Edukacja indywidualna Pacjentów	45,00
Badanie diagnostyczne (BKKU kość udowa)	110,00
Lekarska wizyta podsumowująca	125,00

Koszt usługi lekarza specjalisty w zakresie leczenia osteoporozy obejmuje diagnostykę różnicową (osteoporozy wtórne, inne choroby kości, choroby towarzyszące), szczegółowe ustalenie wszystkich czynników ryzyka złamań w celu możliwej ich eliminacji oraz edukacji pacjentek.

Koszty jednostkowe uczestnictwa w programie oszacowano na poziomie 125 zł na osobę w ramach lekarskiego badania kwalifikacyjnego wraz z oceną 10-letniego ryzyka złamań osteoporotycznych metodą FRAX, a dodatkowo 110 zł na osobę, uwzględniając wykonanie badania diagnostycznego, 45 zł za edukację indywidualną Pacjentów oraz 125 zł za lekarską wizytę podsumowującą.

VI.2 Koszty całkowite

Na całkowity budżet programu mogą składać się niżej wymienione pozycje kosztowe.

Koszty organizacyjne i administracyjne

Na koszty organizacyjne i administracyjne mogą się składać takie działania jak:

- organizacja kampanii informacyjnej, zaprojektowanie i przygotowanie ulotek w ramach kampanii informacyjnej oraz plakatów informacyjnych, koszty marketingu,
- zaprojektowanie i utrzymanie zakładki na stronie internetowej dedykowanej programowi (przygotowanie grafiki, treści, informacji w serwisie),
- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, usługi kurierskie, transport materiałów,
- koszty obsługi organizacyjnej, księgowej, kadrowej, prawnej, informatycznej, sprzątnia, środków czystości oraz mediów.

Na całkowity budżet programu przewiduje się także środki finansowe związane z powołaniem i funkcjonowaniem Rady ds. Programu Profilaktyki Zdrowotnej, koszty za przeprowadzenie kursu dla personelu medycznego, oraz koszty wynagrodzenia za przeprowadzenie wykładów na temat profilaktyki i zapobieganiu złamań dla Pacjentów.

Koszty całkowite :

Lp.	Rodzaj kosztów	Kwota
Koszty pośrednie		
1.	Ewaluacja i monitorowanie	23.200,00
2.	Koszty związane z powołaniem i funkcjonowaniem Rady ds. Programu	15.000,00
3.	Koszty organizacyjne i administracyjne np. obsługa księgowa, kadrowa, informatyczna dla organizatora itp.	58.000,00
4.	Działania informacyjno-promocyjne (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, wynajem pomieszczeń, wysyłka zaproszeń, itp.)	8.000,00
5.	Rezerwa budżetowa	10.000,00
Koszty bezpośrednie		
1.	Działania edukacyjne. Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców	27.000,00
2.	Kurs dla personelu medycznego (koszty przeznaczone na wynagrodzenie prelegentów, przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań, itp.)	9.000,00
3.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	18.000,00
4.	Badania kwalifikacyjne(wywiad lekarski oraz koszt obsługi narzędzia FRAX)	75.000,00
5.	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA	33.000,00
6.	Koszt lekarskiej wizyty podsumowującej	37.500,00
SUMA (Koszt całkowity)		313.700,00

Rezerwę budżetową będzie można wykorzystać na zwiększenie liczebności populacji objętej programem, rozszerzenie działań edukacyjnych, intensyfikację kampanii informacyjnej lub

inne działania zwiększające skuteczność zaplanowanej interwencji.
Koszty monitoringu i ewaluacji po stronie realizatora obejmują działania związane z przygotowaniem raportów, sprawozdań oraz wyników ankiet.

Koszty całkowite realizacji PPZ

Rok realizacji	Koszt całkowity
2023 r.	20.000,00
2024 r.	180.500,00
2025 r.	113.200,00

Przewidywany łączny koszt Programu – 313 700,00 zł.

VI.3 Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej dla mieszkańców Radomyśla Wielkiego sfinansowany zostanie ze środków budżetu w wysokości 20 % (tj. 62 740,00 zł) całkowitych kosztów związanych z realizacją PPZ oraz w wysokości 80 % (tj. 250 960,00 zł) środków pozyskanych w konkursie na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez gminy w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy, w ramach Subfunduszu rozwoju profilaktyki , wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875).

VII. Bibliografia

Janiszewska M., Kulik T., Dziedzic M., D. Żołnierczuk-Kieliszek D., Barańska A. <i>Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej</i> http://www.phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf
Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M., Jakiel G. <i>Osteoporoza – obraz kliniczny, czynniki ryzyka i diagnostyka</i> . Przegląd Menopauzalny 2010; 2: 113–117
Marcinowska-Suchowierska E., Czerwiński E., Janusz Badurski J., Walicka M., Tałałaj M. <i>Osteoporoza – diagnostyka i terapia u osób starszych</i> . Postępy Nauk Medycznych, t. XXIV, nr 5, 2011
Europejska Fundacja Osteoporozy i Chorób Mięśniowo-Szkieletowych Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne <i>RAPORT OSTEOPOROZA - CICHA EPIDEMIA W POLSCE</i>
Pod red. Krysińska M., Domosławska-Żylińska K., Fronk M. <i>NARODOWY INSTYTUT ZDROWIA PUBLICZNEGO - PAŃSTWOWY ZAKŁAD HIGIENY URAZY WŚRÓD OSÓB POWYŻEJ 60-GO ROKU ŻYCIA – RAPORT</i>
Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa podkarpackiego w zakresie 30 grup chorób pozyskano z https://rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/Podsumowanie-mapy-potrzeb-zdrowotnych-dla-województwa-podkarpackiego-w-zakresie-30-grup-chorob.pdf
Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy

Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa podkarpackiego w zakresie 30 grup chorób pozyskano z <https://rzeszow.uw.gov.pl/wp-content/uploads/2017/08/Podsumowanie-mapy-potrzeb-zdrowotnych-dla-wojewodztwa-podkarpackiego-w-zakresie-30-grup-chorob.pdf>

<https://www.aotm.gov.pl/projekty-aotmit/gbd/> dostęp z 22.02.2023

<https://www.termedia.pl/reumatologia/Choroby-ukladu-miesniowo-szkielekowego-w-statystyce-WHO,34415.html> dostęp z 22.02.2023

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

Mapy potrzeb zdrowotnych: wnioski i rekomendacje Choroby układu kostno-mięśniowego pozyskano z https://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/02/01_uklad_kostny.pdf

ZAŁĄCZNIK 1

WZÓR

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

pn. „Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy
dla Mieszkańców gminy Radomyśl Wielki na lata 2023-2025”

Dane realizatora Programu Polityki Zdrowotnej przyjmującego oświadczenie	

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

Informacje dotyczące Programu

Organizatorem programu jest Gmina Radomyśl Wielki.

Program jest adresowany do kobiet w wieku 40 lat i więcej, mieszkających w Gminie Radomyśl Wielki.

W ramach programu zaplanowane są:

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

Osoby biorące udział w programie muszą spełniać następujące warunki:

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

Oświadczenia Uczestnika

Przystępując do udziału w programie realizowanym w zakresie zdrowia publicznego na podstawie uchwały NrRady Miejskiej Radomyśl Wielki z dnia w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki osteoporozy, ja niżej podpisana(-ny):

- oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją na temat zakresu Programu i warunków uczestnictwa w Programie;
- oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma(-y) tego, że w każdej chwili mogę wycofać swoją zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny;
- oświadczam, że rozliczam się z podatku we właściwym dla Gminy Radomyśl Wielki urzędzie skarbowym;
- oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą i jestem świadoma(-y) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Radomyśl Wielki, dnia.....

.....
Podpis Uczestnika Programu

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych

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

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

8) odbiorcami danych są podmioty zajmujące się obsługą informatyczną administratora, podmioty, którym administrator zlecił realizację Programu oraz mogą być podmioty upoważnione do tego na podstawie przepisów prawa.

Radomyśl Wielki, dnia.....

.....

Podpis Uczestnika Programu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Jak Państwo całościowo oceniają Program?

Bardzo dobrze	Dobrze	Średnio	Źle	Bardzo źle	Nie mam zdania
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

ZAŁĄCZNIK 3

WZÓR

ANKIETA PRE-TEST I POST-TEST DLA PERSONELU MEDYCZNEGO „Program edukacji, profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy dla Mieszkańców Gminy Radomyśl Wielki na lata 2023-2025”

1. Jakiego odsetka kobiet po 50 r.ż w Unii Europejskiej będzie dotyczyć osteoporoza?

a) 22,1%	b) 5,2%	c) 61,4%
----------	---------	----------

2. Co nie jest czynnikiem ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej?

a) płeć żeńska	b) BMI<18 kg/m ²	c) dieta bogatobiałkowa
----------------	-----------------------------	-------------------------

3. Ile wynosi stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych?

a) 28,1%	b) 74%	c) 83,2%
----------	--------	----------

4. Wartość T-score > -1 SD u kobiety po menopauzie to wg kryteriów densytometrycznych:

a) osteopenia	b) osteoporoza	c) wartość prawidłowa
---------------	----------------	-----------------------

5. W leczeniu osteoporozy stosuje się:

a) inhibitory pompy protonowej	b) heparynę	c) bisfosfoniany
--------------------------------	-------------	------------------

6. W przeglądzie Høiberg 2016 podkreśla się, że badanie densytometryczne traktowane jako złoty standard w zakresie rozpoznania osteoporozy i prognozowania ryzyka złamań w populacji powyżej

a) 40 r.ż	b) 30 r.ż	c) 18 r.ż
-----------	-----------	-----------

7. Zgodnie z danymi z roku 2018 najczęściej złamań osteoporotycznych dotyczyło:

a) przedramienia	b) ramienia	c) bliższego końca kości udowej
------------------	-------------	---------------------------------

8. Głównym kryterium diagnostycznym w przypadku osteoporozy jest:

a) badanie poziomu wit.D3	b) badanie RTG kręgosłupa L-S	c) badanie densytometryczne
---------------------------	-------------------------------	-----------------------------

9. U osób starszych śmiertelność związana ze złamaniem bliższego końca kości udowej przekracza

a) ponad 80%	b) ponad 65%	c) ponad 20%
--------------	--------------	--------------

10. Do chorób wywołujących osteoporozę wtórną NIE należy:

a) celiakia	b) nadczynność przytarczyc	c) nadciśnienie
-------------	----------------------------	-----------------