

**UCHWAŁA NR XLIX/308/2023  
RADY GMINY LEŚNA PODLASKA**

z dnia 27 września 2023 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na lata 2023 – 2025”**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15, art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40 ze zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 ze zm.) Rada Gminy uchwała, co następuje:

**§ 1.** Przyjmuje się „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na lata 2023 – 2025” w brzmieniu stanowiącym załącznik do uchwały.

**§ 2.** Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Leśna Podlaska.

**§ 3.** Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wiceprzewodnicząca Rady  
Gminy Leśna Podlaska

**Bożena Romaniuk**

Załącznik  
do uchwały Nr XLIX/308/2023  
z dnia 27.09.2023 r.  
Rady Gminy Leśna Podlaska

**Gmina Leśna Podlaska**



# **Program Polityki Zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na lata 2023-2025”**

Podstawa prawna: ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U. z 2017 poz. 2476).

**Leśna Podlaska, 2023**

<b>I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>3</b>
1. Opis problemu zdrowotnego .....	3
2. Dane epidemiologiczne.....	3
3. Opis obecnego postępowania .....	4
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu .....	4
<b>II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji</b> .....	<b>5</b>
1. Cel główny.....	5
2. Cele szczegółowe .....	5
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej .....	5
<b>III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>6</b>
1. Populacja docelowa .....	6
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	6
3. Planowane interwencje .....	7
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej...7	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej .....	8
<b>IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>8</b>
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .....	8
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych .....	9
<b>V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>10</b>
1. Monitorowanie.....	10
2. Ewaluacja .....	10
<b>VI. Budżet programu polityki zdrowotnej</b> .....	<b>10</b>
1. Koszty jednostkowe .....	10
2. Koszty całkowite .....	10
3. Źródła finansowania .....	10
<b>VII. Bibliografia</b> .....	<b>11</b>

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

### 1. Opis problemu zdrowotnego

Osteoporoza to podstępna choroba rozwijająca się w ciągu długiego czasu bez jakichkolwiek objawów. U jej podstaw leży zanik kostny (zrzesotnienie), co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia wytrzymałości mechanicznej kości i nadmiernej utraty masy kostnej, co sprzyja powstawaniu złamań nawet pod wpływem niewielkiego urazu. W wyniku tego procesu kości stają się kruche, mniej odporne na wszelkiego rodzaju obciążenia i łatwo się łamią, nawet po niewielkim urazie (są to tak zwane złamania osteoporotyczne). Najczęściej dotyczą kręgosłupa, kości przedramienia i szyjki kości udowej, ale mogą wystąpić również w innych lokalizacjach. Nadmierna podatność kości na uszkodzenie w osteoporozie wynika ze zmniejszenia gęstości mineralnej kości i zaburzenia jej struktury i jakości. Najczęściej występuje osteoporoza pierwotna, będąca konsekwencją starzenia się układu szkieletowego. Rozwija się u kobiet po menopauzie oraz u mężczyzn w podeszłym wieku. Utrata gęstości mineralnej kości jest nieuchronnym procesem związanym z wiekiem, rozpoczynającym się już około 40 roku życia u kobiet i 45 roku życia u mężczyzn. Istnieje jednak wiele czynników, które mogą przyspieszyć jej przebieg. Niektórym z nich można zapobiegać poprzez zmianę stylu życia.

Osteoporoza, zwana w tym wypadku osteoporozą wtórną może rozwijać się w przebiegu wielu chorób: endokrynologicznych, przewodu pokarmowego, nerek, hematologicznych, reumatologicznych i wrodzonych chorób tkanki łącznej.

Wyróżnia się następujące czynniki ryzyka powstania osteoporozy:

- demograficzne, genetyczne: podeszły wiek, płeć żeńska, niska masa i szczupła budowa ciała, predyspozycje rodzinne, status prokreacyjny,
- środowiskowe: brak ekspozycji na promienie słoneczne, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nadmierne spożycie kawy, tryb życia ze zmniejszoną aktywnością fizyczną,
- dietetyczne: niska lub nadmierna podaż wapnia i fosforu, obniżona podaż witaminy D, ilość białka w pożywieniu,
- przyjmowane leki: glukokortykosteroidy, preparaty T3 i T4, leki przeciwdrgawkowe, leki osłaniające żołądek zawierające glin, heparyna, tetracykliny, izoniazyd, leki przeciwnowotworowe.

Proces utraty masy kostnej jest zjawiskiem fizjologicznym i rozpoczyna się między 30 a 40 r.ż., czyli po osiągnięciu tzw. szczytowej masy kostnej. W późniejszym okresie zdrowy człowiek traci ok. 0,5 – 1,0% masy kostnej rocznie. U kobiet po menopauzie rozpoczyna się faza przyspieszonej utraty masy kostnej, w której proces utraty tkanki kostnej zdecydowanie przewyższa proces jej odbudowy. U chorych na osteoporozę ubytek masy kostnej sięga rocznie nawet 3 - 5%.

Osteoporoza jest chorobą społeczną, co wynika z częstości jej występowania oraz wysokich kosztów związanych z leczeniem złamań przez nią spowodowanych. Najczęściej chorują osoby w podeszłym wieku. Stałe wydłużanie życia ludzkiego, a tym samym zmieniona struktura populacji, wykazuje, że zachorowania na osteoporozę będą się zwiększać. Przybliżenie zagadnienia osteoporozy szerokiemu kręgowi osób bezpośrednio zainteresowanych tym problemem, tj. osobom narażonym na rozwój tej choroby i podjęcie środków zapobiegających zarówno rozwojowi choroby, jak i złamaniom osteoporotycznym na pewno zmniejszyłoby częstość ich występowania. Zrozumienie faktu, że na osteoporozę pracuje się całe lata, przy pełnej świadomości, że zauważalne efekty wczesnej profilaktyki będą owocowały w wieku dojrzałym, jest podstawą ograniczenia zasięgu tej społecznej choroby. Każdy czas jest dobry na rozpoczęcie działań profilaktycznych, takich jak zmiana stylu życia, dieta oraz rzetelna wiedza na temat choroby. Program profilaktyki ma za zadanie zwiększenie wczesnego wykrycia osteoporozy wśród kobiet i mężczyzn, tym samym przyczynić się do zmniejszenia liczby złamań spowodowanych schorzeniem.

## 2. Dane epidemiologiczne

Światowa Organizacja Zdrowia uznaje osteoporozę za jedną z głównych chorób cywilizacyjnych, a wielu specjalistów uważa ją za epidemię XXI wieku. Łącznie na całym świecie na osteoporozę choruje aż 200 milionów osób. Na ryzyko złamań osteoporotycznych narażone jest aż ponad 46% kobiet powyżej 50 r. ż. Choroba ta zagraża również młodszym kobietom: w ciąży oraz w okresie laktacji. Osteoporoza długo nie daje żadnych objawów, a pacjentki żyją w nieświadomości, nie informowane o zagrożeniu.

Osteoporoza w danych Narodowego Funduszu Zdrowia:

Tabela 1. Chorobowość rejestrowana osteoporozy oraz współczynnik chorobowości rejestrowanej osteoporozy (2013—2018).

Rok	Chorobowość rejestrowana	Stosunek chorobowości rejestrowanej do ludności pow. 50 r.ż. (%)		Współczynnik chorobowości rejestrowanej na 100 tys. ludności pow. 50 r.ż.	
		Kobiet	Mężczyzn	surowy	standaryzowany
	tys.				
2013	542,1	6,2	0,97	3920	3920
2014	554,2	6,3	0,96	3971	3934
2015	558,0	6,3	0,96	3972	3898
2016	559,2	6,3	0,95	3953	3832
2017	558,4	6,3	0,93	3927	3761
2018	554,8	6,3	0,91	3894	3674

Źródło: opracowanie na podstawie danych NFZ i GUS

Na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia określono liczbę osób korzystających ze świadczeń z powodu osteoporozy (dalej: chorobowość rejestrowana). Chorobowość rejestrowana w roku to liczba osób, którym w okresie 3 lat poprzedzających rok wykazano przy świadczeniu osteoporozę (jako przyczynę główną lub współistniejącą) oraz które żyły na koniec roku. Do analizy wybrano tylko te osoby, które w momencie pierwszego refundowanego świadczenia, podczas którego sprawozdano osteoporozę, miały nie mniej niż 50 lat. W 2018 roku w Polsce chorobowość rejestrowana osteoporozy wynosiła 555 tysięcy pacjentów, którym udzielono świadczeń związanych z osteoporozą. W porównaniu do 2013 roku liczba ta nieznacznie wzrosła, kiedy to wynosiła 542 tys. pacjentów. Stosunek chorobowości rejestrowanej wg płci do wielkości populacji powyżej 50. roku życia nie różnił się między latami. W przypadku kobiet wzrósł on z 6,2% w 2013 roku do 6,3% w 2018 roku, zaś u mężczyzn spadł odpowiednio z 0,97% do 0,91%. Współczynnik chorobowości rejestrowanej tj. wielkość chorobowości rejestrowanej w przeliczeniu na 100 tys. populacji powyżej 50. roku życia spadał z 3920 na 100 tys. populacji w 2013 roku do 3894 na 100 tys. populacji w 2018 roku. Po standaryzacji (przyjmując za standardową strukturę populacji z 2013 roku) spadek tego wskaźnika był wyraźniejszy spadł on do 3674 na 100 tys. populacji w 2018 roku.

Szacuje się, że ok. 2.1 mln osób boryka się z problemem osteoporozy, a według danych WHO osteoporoza dotknąć może jedną na cztery kobiety oraz jednego na ośmiu mężczyzn, a wartość ta zależy może od miejsca zamieszkania (poziomu rozwoju kraju czy nasłonecznienia), warunków życia (m.in. sposobu odżywiania się, aktywności fizycznej, spożycia alkoholu czy palenia papierosów) oraz uwarunkowań genetycznych.

Według danych NFZ wynika, że koszt leczenia poważnych skutków osteoporozy, czyli złamań osteoporotycznych sięga blisko 500 mln zł (dane na 2018 r.). Jednocześnie farmakologiczne leczenie osteoporozy jest dziesięciokrotnie tańsze niż operacje i koszty pośrednie związane ze złamaniami, dlatego tak ważna jest profilaktyka i wczesna eliminacja lub ograniczenie czynników ryzyka. Ogromną rolę mają tu do odegrania lekarze rodzinni.

W związku z postępującym wydłużaniem się życia i starzeniem się społeczeństwa, problem osteoporozy będzie narastał. Tym bardziej istotne jest budowanie świadomości wagi tego problemu.

### 3. Opis obecnego postępowania

Wczesne wykrywanie osteoporozy wpisuje się w cele strategiczne Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, cele Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych oraz priorytety zdrowotne w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2021 poz. 2144).

Artykuł 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) definiuje świadczenie zdrowotne jako działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania. Świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonym w ww. ustawie to świadczenie gwarantowane.

Zakres i warunki realizacji ambulatoryjnych świadczeń opieki zdrowotnej, w skład których wchodzi również badanie densytometryczne, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. z 2016 r., poz. 357 z późn. zm.) oraz zarządzenie nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zgodnie z ww. aktami prawnymi badania densytometryczne są kontraktowane z Narodowym Funduszem Zdrowia wyłącznie w ramach porad oferowanych przez poradnie osteoporozy, osteoporozy endokrynologicznej, reumatologii, chorób metabolicznych, ginekologii oraz geriatрії.

W diagnostyce osteoporozy wskazana jest więc ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań. Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej w wieku od 40 (w polskich zaleceniach od 45) do 90 lat można zastosować kalkulator FRAX™ (w wersji dla Polski <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=40> lub tabele do wydrukowania dostępne pod tym adresem internetowym lub na stronie <https://osteoporoza.pl>. Narzędzie to integruje 12 czynników: wiek, płeć, masę ciała, wzrost, przebyte złamanie, złamanie bliższego końca kości udowej u jednego z rodziców, aktualne palenie tytoniu, przyjmowanie GKS (przez >3 mies. w dawce równoważnej  $\geq 5$  mg prednizonu), RZS, osteoporozę wtórną, picie alkoholu, i – jeśli jest dostępna – BMD szyjki kości udowej. Kalkulator nie uwzględnia wielu innych czynników ryzyka złamań, dlatego próg interwencji należy obniżyć, jeśli u pacjentki/pacjenta stwierdzi się np. przebyte mnogie złamanie, długotrwałe przyjmowanie GKS w dużych dawkach, biochemiczne wskaźniki przyspieszonego obrotu kostnego i/lub częste upadki. To narzędzie oceny ryzyka złamania jest przystosowane do konkretnej populacji (np. polskiej, dla której za ryzyko duże uznaje się ryzyko złamań głównych  $\geq 10\%$ ).

W Polsce funkcjonuje 66 poradni osteoporozy i 8 endokrynologicznych poradni osteoporozy, które podpisały z NFZ kontrakt na udzielanie świadczeń w tym zakresie. W województwie lubelskim są 3 poradnie osteoporozy, gdzie udzielono ponad 6 tysięcy porad (dane z 2016 roku). Świadczenia w tym zakresie realizowane są również w poradniach: urazowo-ortopedycznej, reumatologicznej, endokrynologicznej. Zgodnie z „Wykazem świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych oraz warunków ich realizacji” zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U.2016.357 ze zm.), świadczenia gwarantowanego pn. „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy” udzielać mogą lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ortopedycznej lub chirurgii urazowo ortopedycznej, lub ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub reumatologii, lub endokrynologii, lub położnictwa i ginekologii albo lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Ponadto w ww. rozporządzeniu wskazano na konieczność zapewnienia wyposażenia w densytmetr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej oraz zapewnienia dostępu do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, USG oraz RTG.

#### 4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Osteoporoza podobnie jak cukrzyca atakuje podstępnie. Przez wiele lat nie daje żadnych objawów. Chorzy dowiadują się najczęściej o chorobie w momencie, gdy dojdzie do pierwszego złamania, które zdarza się w okolicznościach bardzo prozaicznych – złe stąpienie, lekkie uderzenie się o jakiś mebel, czy zbyt mocne oparcie się np. o stół, które może prowadzić do złamania kości nadgarstka. O wiele poważniejsze następstwa może mieć przewrócenie się, które w przypadku osoby zdrowej prowadzi do najwyżej kilku siniaków, u chorego na osteoporozę może powodować groźne złamania i stanowić zagrożenie życia.

Konsekwencje osteoporozy mają wymiar finansowy, fizyczny oraz psychospołeczny i wpływają znacząco nie tylko na samych chorych, ale także na ich rodziny oraz całe społeczeństwo. Koszty społeczne leczenia osteoporozy to wydatki m.in. na leczenie chirurgiczne, rehabilitację, opiekę w warunkach domowych bądź w zakładach opieki, lekarstwa oraz koszty związane z nieobecnością pracownika w pracy z powodu choroby. Z roku na rok koszty te zdecydowanie rosną. Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia koszty leczenia powikłań związanych z osteoporozą są ogromne. Z badań przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Wsi, Instytut Medycyny Pracy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH wynika, że mieszkańcy terenów wiejskich rzadziej korzystają z porad lekarza pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów i badań profilaktycznych, mają utrudniony dostęp do specjalistycznej opieki medycznej, a w wielu gminach również do podstawowej opieki medycznej. Badania rolników i ich rodzin zrealizowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego w 2022 roku wykazały, że dominującymi chorobami wśród rolników były m. in. Choroby przewlekłe, choroby układu kostno – stawowego, choroby układu sercowo – naczyniowego czy metaboliczne. Występują zatem szczególnie potrzeby rolników dotyczące specjalistycznych usług medycznych.

Na dzień 10 stycznia 2023 w województwie lubelskim jest 5 placówek udzielających na NFZ świadczenia *poradnia osteoporozy*. Średni czas oczekiwania to 46 dni. Najkrócej czeka się 1 dzień, a u świadczeniodawcy z najdłuższą kolejką najbliższy wolny termin jest za 179 dni. <https://swiatprzychodni.pl/swiadczenia/poradnia-osteoporozy/lubelskie/>

Osteoporozie można jednak zapobiec, jeśli wykryje się ją w miarę wcześnie. Stopień zagrożenia osteoporozą i złamaniem osteoporotycznym można określić już na wiele miesięcy i lat przed momentem, kiedy choroba staje się groźna. W tym celu niezbędne jest przeprowadzenie specjalistycznych badań. Jednym z nich jest densytometria, która polega na określeniu gęstości mineralnej kości (BMD). Według zaleceń WHO oraz International Osteoporosis Foundation optymalną metodą oceny ryzyka złamania jest metoda FRAX (Fracture Risk Assessment Tool).

Złamania osteoporotyczne mogą prowadzić do przewlekłych zespołów bólowych, upośledzenia możliwości samodzielnej egzystencji, trwałego ubytku zdrowia, inwalidztwa, a nawet śmierci. Wymagają one kosztownego leczenia i długotrwałej rehabilitacji, które często nie owocują oczekiwanymi skutkami. Dlatego jednym ze sposobów zapobiegania osteoporozie i jej skutkom jest dostępność do badań densytometrycznych. Profilaktyka w tym zakresie jest konieczna i bardziej opłacalna z punktu widzenia dobra społecznego. Ważne jest uświadomienie społeczeństwu, że zapobieganie tej chorobie, jak również wcześniejsze jej wykrycie i szybkie podjęcie leczenia daje dużą szansę zahamowania jej rozwoju.

W wyniku realizacji Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy wydaje się w pełni możliwe obniżenie kosztów funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Przy zmniejszeniu liczby osób zagrożonych zachorowaniem na osteoporozę, koszty opieki zdrowotnej mogłyby ulec znacznemu obniżeniu.

Prezes Agencji rekomenduje przeprowadzanie w ramach programów polityki zdrowotnej działań informacyjno-edukacyjnych nakierowanych na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom w populacji osób dorosłych, oceny ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku  $\geq 65$  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  $\geq 75$  lat, wykonywanie pomiaru gęstości mineralnej kości z wykorzystaniem badania densytometrycznego DXA w populacji z ryzykiem poważnych złamań osteoporotycznych  $\geq 5\%$  w FRAX, a także prowadzenie szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy,

zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom dla personelu medycznego. (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).

## II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

### 1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 80% uczestników programu.

### 2. Cele szczegółowe

**2.1.** Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 90% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.

**2.2.** Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi.

**2.3.** Cele szczegółowe pozostałe:

- 1) podniesienie świadomości zdrowotnej osób uczestniczących w Programie na temat osteoporozy i jej skutków;
- 2) kształtowanie właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków żywieniowych;
- 3) podniesienie wiedzy kadry medycznej z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy;
- 4) wdrożenie racjonalnego leczenia u osób z wysokim 10-letnim ryzykiem złamania ocenionym metodą FRAX;
- 5) zmniejszenie liczby złamań osteoporotycznych;
- 6) zmniejszenie umieralności z powodu osteoporozy.

### 3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) liczba osób z populacji kobiet  $\geq 65$  lat, u których w wyniku badania DXA we wczesnym stadium wykryto ryzyko zachorowalności z powodu osteoporozy (T-score między -1,0 a -2,5) w odniesieniu do ogólnej liczby osób z tej populacji;
- 2) liczba osób z populacji kobiet od 40 do 64 roku życia, którym w ramach programu wykonano badania w odniesieniu do ogólnej liczby osób z tej populacji;
- 3) liczba osób objętych programem zdrowotnym, które otrzymały przynajmniej jedną formę wsparcia w ramach realizacji programu w odniesieniu do ogólnej liczby osób uprawnionych;
- 4) liczba osób z kadry medycznej uczestniczących w szkoleniu z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy, u których w post-tescie odnotowano wysoki poziom wiedzy względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.

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

### 1. Populacja docelowa

Niniejszy program skierowany jest do:

- kobiet w wieku  $\geq 65$  lat,
- kobiet w wieku 40 - 64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego:
- mężczyzn w wieku  $\geq 75$  lat po objęciu działaniem całej populacji kobiet.



Według danych pozyskanych z ewidencji ludności w Urzędzie Gminy Leśna Podlaska na dzień 01.01.2023 r. ogólna, aktualna liczba mieszkańców zamieszkałych na terenie Gminy Leśna Podlaska to 4228 osób, w tym kobiet 2115, mężczyzn 2113.

Liczba kobiet w przedziale wiekowym od 40 do 64 r.ż. wynosi 675.

Liczba osób powyżej 50 r.ż. wynosi 1510.

Liczba kobiet powyżej 65 r.ż. wynosi 436.

Liczba mężczyzn powyżej 75 r.ż. wynosi 84.

Populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu to kobiety w wieku  $\geq 65$  roku życia oraz kobiety od 40-64 r.ż. z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem złamania osteoporotycznego oraz po objęciu działaniami całej populacji kobiet, również mężczyźni w wieku  $\geq 75$  zamieszkujący na terenie gminy Leśna Podlaska.

Odsetek kobiet powyżej 65 roku życia z populacji kobiet mieszkających na terenie gminy wynosi 20%.

Odsetek kobiet w przedziale wiekowym od 40 do 64 roku życia z populacji kobiet mieszkających na terenie gminy wynosi 31,9%.

Odsetek mężczyzn powyżej 75 roku życia z populacji osób mieszkających na terenie gminy wynosi 3,9%.

W Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Leśnej Podlaskiej zatrudnionych jest 6 osób kadry medycznej.

Grupa docelowa objęta działaniem programu spośród całości populacji kwalifikującej się do interwencji:

- działania informacyjno – edukacyjne w ramach programu – 1075 osób/71% populacji powyżej 50 r.ż. mieszkającej na terenie gminy,
- ocena ryzyka narzędziem FRAX dla kobiet w wieku  $\geq 65$  r.ż. – 349 osób/80% populacji kwalifikującej się do programu łącznie z działaniami informacyjno - edukacyjnymi;
- ocena ryzyka narzędziem FRAX dla mężczyzn w wieku  $\geq 75$  r.ż. (20 osób) w przypadku niewykorzystania całości środków oraz objęcie interwencją minimum 30% kobiet  $\geq 65$  r.ż. mieszkających na terenie gminy;
- ocena ryzyka z użyciem narzędzia FRAX dla kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego mieszkających na terenie gminy łącznie z działaniami informacyjno - edukacyjnymi – 194 kobiet czyli 29%,
- pomiar gęstości mineralnej kości (BMD) z wykorzystaniem badania densytometrycznego dla osób, które w narzędziu FRAX dla populacji polskiej uzyskały wyniki 10 – letniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych  $\geq 5\%$  i zostały zakwalifikowane do programu i lekarskiej wizyty podsumowującej, w zakładanej liczbie 457 osób ogółem, w tym kobiet w wieku  $>65$  r.ż. (300 osób), kobiet w wieku 40 – 64 (143 osoby) oraz mężczyzn 75 r.ż. (14 osób);
- szkolenia personelu medycznego, który ma kontakt z uczestnikami PPZ (6 osób), w tym realizujące działania informacyjno – edukacyjne.

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

Każda osoba chcąc skorzystać z bezpłatnych badań w kierunku osteoporozy powinna spełnić następujące kryteria:

### 1) Kryteria formalne:

- a) w przypadku kobiet mieć ukończone 65 lat lub być w wieku 40 – 64 lat i spełniać dodatkowo co najmniej jedno kryterium medyczne;
- b) w przypadku mężczyzn mieć ukończone 75 lat, po objęciu badaniem całej populacji kobiet z pkt a);
- c) w dniu zgłoszenia na badania pacjent musi zamieszkiwać na terenie gminy Leśna Podlaska;
- d) udzielenie pisemnej zgody na udział w programie;

- 2) Kryteria medyczne weryfikowane podczas kwalifikacji do programu – dla kobiet aplikujących do programu w wieku 40 – 64 lat powinien być oprócz formalnych wymogów stwierdzony co najmniej jeden z poniższych czynników ryzyka:
- a) zaburzenia hormonalne (nadczynność przytarczyc, nadczynność kory nadnerczy, nadczynności tarczycy, akromegalia, cukrzyca typu 1, endometrioza, choroba Addisona),
  - b) choroby układu pokarmowego (zaburzenia trawienia lub wchłaniania (głównie celiakia), stan po resekcji żołądka lub jelit, stan po operacjach bariatrycznych, choroby zapalne jelit (choroba Leśniowskiego – Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego), przewlekłe choroby wątroby z cholestazą,
  - c) choroby nerek,
  - d) choroby reumatyczne (reumatoidalne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, łuszczycowe zapalenie stawów),
  - e) choroby układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza)
  - f) choroby szpiku i krwi (szpiczak plazmocytowy, białaczka szpikowa, chłoniaki, hemofilia, mastocytoza układowa, niedokrwistość sierpowatokrwinkowa, talasemie, sarkoidoza),
  - g) hiperwitaminoza A,
  - h) stan po przeszczepieniu narządu (nerki, płuc serca, komórek krwiotwórczych, wątroby) – głównie wpływ leków,
  - i) zażywane leki – GKS, hormony tarczycy w dużych dawkach, leki przeciwpadaczkowe (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyna, antagoniści witaminy K, cyklosporyna, leki immunosupresyjne w dużych dawkach i inne antymetabolity, żywice wiążące kwasy żółciowe, analogi gonadoliberyny, pochodne tazolidynodionu (pioglitazon), tamoksifen (u kobiet przez menopauzę), inhibitory aromatazy, inhibitory pompy protonowej, leki przeciwretrowirusowe,
  - j) unieruchomienie,
  - k) przebyte złamania,
  - l) zmniejszenie masy ciała, siły i sprawności mięśni szkieletowych związane z procesem starzenia się lub współistniejącymi chorobami,

ponadto:

- występowanie osteoporozy w rodzinie,
- nałogi: alkohol, papierosy, kawa.

3) Kryteria powodujące wyłączenie z udziału w programie:

- a) wiek nieobjęty programem polityki zdrowotnej,
- b) skorzystanie z programu polityki zdrowotnej,
- c) miejsce zamieszkania poza terenem gminy Leśna Podlaska.

Przeciwwskazaniem do wykonania densytometrii jest ciąża. Nie można również wykonać badania, gdy na 48 godzin przed nim, zostało przeprowadzone inne badanie z wykorzystaniem środka cieniującego w postaci kontrastu.

4) Sposób dotarcia do potencjalnych uczestników programu polityki zdrowotnej:

- a) zaproszenie do uczestnictwa w Programie umieszczone zostanie na stronie internetowej Urzędu Gminy Leśna Podlaska [www.lesnapodlaska.pl](http://www.lesnapodlaska.pl),
- b) plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione w miejscach użyteczności publicznej m.in. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, tablicach informacyjnych, jednostkach podległych Gminie,
- c) media społecznościowe,
- d) zachęcanie do udziału w programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

### 3. Planowane interwencje

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy będzie stanowił wsparcie w systemie opieki zdrowotnej, która nie jest finansowana ze środków publicznych. Dzięki Programowi osoby z grup ryzyka zachorowania na osteoporozę będą miały łatwiejszy dostęp do specjalistycznego badania. Wczesne wykrycie choroby umożliwi wczesne wdrożenie skutecznego leczenia.

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

1/ szkolenie dla personelu medycznego w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami, których dokonuje Rada ds. Programu, w zakresie zgodnym z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom,

- formy szkoleniowe dostosowane do potrzeb personelu medycznego (6 osób kadry medycznej w lokalnej przychodni): e-learning, materiały audiowizualne, wykład, realizowane w pierwszych miesiącach Programu;

- warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre – testu, a każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post – testu.

2/ działania informacyjno – edukacyjne:

- przygotowanie broszur, ulotek, plakatów z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom, w ilości zapewniającej dotarcie do zaplanowanej liczby osób uprawnionych (1075 osób), dystrybuowane przy koordynacji pracownika Urzędu Gminy Leśna Podlaska wśród mieszkańców, kolportaż ulotek i broszur w budynkach użyteczności publicznej, wśród sołtysów, radnych, Kół Gospodyń Wiejskich, zaproszenia do udziału w Programie z wykorzystaniem stron internetowych, mediów społecznościowych, ogłoszeń parafialnych;

- przekazywanie pacjentom informacji na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej przez personel medyczny;

- działania edukacyjno - informacyjne nakierowane na podniesienie poziomu wiedzy teoretycznej o praktyczną dotyczącą:

- promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowe kości;
- zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczegółowym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta;
- przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw,
- działań pomagających zapobiegać upadkom;
- identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę;
- podkreślenie roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu;
- zastosowanie mnogości środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji tj. wykłady, prezentacje multimedialne, wykorzystanie stron internetowych, mediów społecznościowych;
- W przypadku osób, które kwalifikują się do oceny narzędziem FRAX w ramach programu, dopuszcza się możliwość prowadzenia uzupełniającej edukacji indywidualnej, np. podczas lekarskiej wizyty podsumowującej, w ramach której lekarz udzieli wyczerpujących odpowiedzi na pytania świadczeniobiorcy, wyjaśni i utrwali przekazane wcześniej informacje;
- warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu, każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno – edukacyjnych zobowiązana jest do wypełnienia post – testu;
- materiały edukacyjne sporządzane w ramach Programu przygotowywane przez instytucję zajmującą się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować do indywidualnych potrzeb projektu, przestrzegający przepisów dotyczących praw autorskich, treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej;

Zakładana liczba osób objętych działaniami edukacyjno – informacyjnymi: 1075.

3/ oszacowanie ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznym z użyciem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku  $\geq 65$  lat (w zakładanej liczbie 349 osób), kobiet w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego (w planowanej liczbie 194 osoby) oraz po objęciu działaniami całej populacji kobiet również mężczyzn w wieku  $\geq 75$  lat (20 osób),

- zgłoszenia osób chętnych do programu przyjmowane będą osobiście, telefonicznie, drogą emailową, po pozostawieniu danych kontaktowych zwrotnym źródłem przekazu świadczeniobiorcy zostaną poinformowani o terminie badania;
- każda osoba zgłaszająca się do programu wypełnia formularz zgłoszeniowy/ankietę, który poza innymi informacjami uwzględnia także wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj. wiek, płeć, masę ciała, wzrost oraz pytania tak/nie dotyczące wystąpienia dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego: przebyte 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;
- osoba przyjmująca formularz weryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) wylicza dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego, wynik wpisywany jest do formularza zgłoszeniowego i udostępniany jest świadczeniobiorcy w formie wydruku lub dokumentu elektronicznego;
- osoba przyjmująca formularz udziela merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące osteoporozy i zapobieganiu upadkom oraz kieruje świadczeniobiorców do rzetelnych źródeł wiedzy;
- w przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej niższego niż 5% uczestnik otrzymuje informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA;
- w przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5% uczestnik otrzymuje informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA, a także szczegóły dotyczące miejsca i czasu planowanego pomiaru DXA oraz sposobu przygotowania do badania. Świadczeniobiorca powinien zostać poinformowany o przeciwskazaniach do wykonania pomiaru DXA oraz o tym, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

4/ pomiar gęstości mineralnej kości (BMD) z wykorzystaniem badania densytometrycznego dla osób, które w narzędziu FRAX dla populacji polskiej uzyskały wyniki 10 – letniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych  $\geq 5\%$  i zostały zakwalifikowane do programu (w zakładanej liczbie 457 osób ogółem, w tym kobiet w wieku  $>65$  r.ż., kobiet w wieku 40 – 64 oraz mężczyzn 75 r.ż. );

- pomiar densytometrii DXA dokonywany na szyjce kości udowej, przy wyznaczaniu T-score dla kobiet i mężczyzn norma referencyjna to NHANES III dla kobiety rasy białej pomiędzy 20-29 rokiem życia, specyfikacja wskazana przez autorów narzędzia FRAX umożliwi zastosowanie wyniku pomiaru w narzędziu FRAX.

5/ lekarska wizyta podsumowująca:

- w trakcie wizyty lekarz omawia ze świadczeniobiorcą wynik badania DXA, następnie wykonuje ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – uwzględniając wynik uzyskany w DXA;
- w przypadku braku osteoporozy pacjent informowany jest o wyniku ujemnym (tj. braku stwierdzonej osteoporozy), przekazywane są zalecenia odnośnie czynników ryzyka osteoporozy, świadczeniobiorca informowany jest o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata; świadczeniobiorca kończy swój udział w programie;
- w przypadku wykrycia osteoporozy pacjent kierowany jest do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych, w czasie konsultacji lekarz przekazuje pacjentowi informację na temat jego bieżącego stanu zdrowia, zalecenia odnośnie dalszego postępowania oraz wskazuje wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej. Po otrzymaniu skierowania na leczenie osteoporozy pacjent kończy swój udział w programie;
- zakładana liczba 457 osób, które wzięły udział w Programie i zostały zakwalifikowane do pomiaru gęstości kości (BMD).

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

W świetle obowiązujących przepisów badanie densytometryczne nie jest kontraktowane indywidualnie przez NFZ, ale w ramach porad oferowanych przez poradnie specjalistyczne: leczenia osteoporozy, reumatologii, chorób metabolicznych, endokrynologii, geriatry, ortopedii i traumatologii narządu ruchu (tylko w przypadku, jeśli te poradnie mają podpisane umowy na realizację tego typu świadczeń z NFZ). Planowaną interwencję można zatem traktować jako uzupełnienie świadczeń dofinansowanych z budżetu państwa.

Świadczenia w ramach Programu udzielane będą dobrowolnie i bezpłatnie.

W trakcie realizacji Programu wykonywane będzie oszacowanie 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX oraz badanie densytometryczne. Objęte Programem osoby będą zgłaszać się na badanie bez skierowania. Rejestracja pacjentów będzie dokonywana osobiście lub telefonicznie w miejscu i godzinach wyznaczonych przez realizatora Programu. Na wstępie zostanie przeprowadzony wywiad z pacjentem mający na celu rozpoznanie czynników zagrożenia chorobą (załącznik Nr 1). Dane zawarte w ankiecie wypełnionej przez osobę badaną oraz wskaźnik T-score BMD szyjki kości udowej posłużą do obliczenia ryzyka 10-letniego złamania kości. Po badaniu i wizycie lekarskiej podsumowującej, pacjent otrzyma wynik w postaci wydruku komputerowego.

W oparciu o stwierdzone zagrożenie złamania zalecona zostanie dalsza kwalifikacja do badań densytometrycznych w kolejnych latach. W przypadku nieprawidłowego wyniku badania zalecona będzie konsultacja u lekarza pierwszego kontaktu w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

W ramach realizacji Programu, planowane jest przeprowadzenie działań informacyjno - edukacyjnych mających na celu podniesienie świadomości zdrowotnej osób uczestniczących w Programie na temat osteoporozy i jej skutków, jak również kształtowania właściwych postaw prozdrowotnych oraz rozwijania prawidłowych nawyków żywieniowych eliminujących ryzyko zachorowania na osteoporozę.

Działania powyższe obejmują przygotowanie broszur, ulotek, plakatów z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom, w ilości zapewniającej zaplanowanej liczby osób uprawnionych (1075), dystrybuowane przy koordynacji pracownika Urzędu Gminy Leśna Podlaska wśród mieszkańców, kolportaż ulotek i broszur w budynkach użyteczności publicznej, wśród sołtysów, radnych, Kołach Gospodyń Wiejskich zaproszenia do udziału w Programie z wykorzystaniem stron internetowych, mediów społecznościowych, ogłoszeń parafialnych, zastosowanie mnogości środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji tj. wykłady, prezentacje multimedialne, wykorzystanie stron internetowych, mediów społecznościowych.

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

Pacjent uczestniczący w programie otrzyma informację o parametrach uwapnienia badanych elementów kośćca oraz oszacowanym 10-letnim ryzyku złamania kości metodą FRAX, wraz z zaleceniem dalszego postępowania w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Personel medyczny po zakończeniu szkoleń dotyczących profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom zakończy realizację programu poprzez wypełnienie ankiet post-testu.

### **IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej**

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

Program będzie realizowany przez świadczeniodawców wyłonionych w ramach konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Umowy z wybranymi oferentami zostaną Zawarte po rozstrzygnięciu otwartego konkursu ofert.

Przeprowadzane w ramach programu interwencje obejmować będą:

- 1/ szkolenia dla personelu medycznego w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym;
- 2/ działania informacyjno – edukacyjne nakierowane na profilaktykę osteoporozy oraz zapobieganie złamaniom osteoporotycznym i upadkom dla osób z populacji osób dorosłych;
- 3/ oszacowanie ryzyka wystąpienia poważnych złamań osteoporotycznych z użyciem narzędzia FRAX w populacji kobiet w wieku  $\geq 65$  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  $\geq 75$  lat;
- 4/ pomiar gęstości mineralnej kości (MBD) z wykorzystaniem badania densytometrycznego dla osób, które w narzędziu FRAX dla populacji polskiej uzyskały wyniki 10 – letniego ryzyka poważnych złamań osteoporotycznych  $\geq 5\%$ ;
- 5/ lekarska wizyta podsumowująca dla osób, które w ramach programu uzyskały wynik pomiaru BMD w badaniu densytometrycznym DXA, włącznie z przekazaniem wyniku badania oraz zaleceń dotyczących dalszej diagnostyki i ewentualnego leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych opłacanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia osobom, u których stwierdzono nieprawidłowy wynik badania.

Realizatorzy programu dodatkowo zobowiązani będą do:

- 1) prowadzenia odrębnej rejestracji pacjentów objętych programem;
- 2) prowadzenia rejestru uczestników programu oraz dokumentacji medycznej związanej z realizacją programu;
- 3) przeprowadzenia wśród osób, które zgłosiły się do Programu ankiety z oceną czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy;
- 4) przeprowadzenie wśród osób kwalifikujących się do udziału w Programie ankiety dotyczącej zadowolenia z przeprowadzonej edukacji, oceniona zostanie profilaktyka stosowana w kierunku schorzeń osteoporozy oraz eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę,
- 5) przeprowadzenia szkoleń dedykowanych personelowi medycznemu w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom,
- 6) wykonania ankiet pre - test i post - test dla kadry medycznej uczestniczącej w szkoleniu.

Szczegółowy harmonogram realizacji działań w 2023 roku.

- |   |                    |
|---|--------------------|
| 1. Przyjęcie Programu polityki zdrowotnej   | III kwartał 2023   |
| 2. Przeprowadzenie konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej              | IV kwartał 2023    |
| 3. Wybór realizatora programu   | IV kwartał 2023    |
| 4. Przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej                                    | IV kwartał 2023    |
| 5. Szkolenie kadry medycznej  | IV kwartał 2023 22 |
| 6. Zapisy osób uprawnionych do udziału w Programie  | IV kwartał 2023    |
| 7. Przeprowadzenie ocen ryzyka i badań densytometrycznych z lekarską wizytą podsumowującą | IV kwartał 2023    |
| 8. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku                                | IV kwartał 2023    |

Szczegółowy harmonogram realizacji działań w 2024 roku.

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 1. Przeprowadzenie kampanii informacyjno - edukacyjnej                                    | I – IV kwartał 2024 |
| 2. Zapisy osób uprawnionych do udziału w Programie  | I - IV kwartał 2024 |
| 3. Przeprowadzenie ocen ryzyka i badań densytometrycznych z lekarską wizytą podsumowującą | I - IV kwartał 2024 |
| 4. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku                                | IV kwartał 2024     |

Szczegółowy harmonogram realizacji działań w 2025 roku.

- |  |                     |
|--|---------------------|
| 1. Przeprowadzenie kampanii informacyjno - edukacyjnej | I – IV kwartał 2025 |
| 2. Zapisy osób uprawnionych do udziału w Programie     | I - IV kwartał 2025 |

- |   |                     |
|---|---------------------|
| 3. Przeprowadzenie ocen ryzyka i badań densytometrycznych z lekarską wizytą podsumowującą | I - IV kwartał 2025 |
| 4. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku                                | IV kwartał 2025     |
| 5. Zakończenie realizacji Programu  | IV kwartał 2025     |
| 6. Rozliczenie finansowe Projektu   | IV kwartał 2025     |

Program będzie miał również charakter informacyjno - edukacyjny. Kampania informacyjno - edukacyjna prowadzona będzie przez Urząd Gminy Leśna Podlaska przy wsparciu realizatora Programu poprzez wykorzystanie stron internetowych, mediów społecznościowych, informowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej o realizowanym Programie oraz kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych wśród mieszkańców gminy.

W ramach podejmowanych działań będzie bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację oraz przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy) i raportu końcowego z realizacji Programu.

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

Działania prowadzone będą na terenie gminy Leśna Podlaska w miejscu wskazanym przez realizatora. Realizator powinien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w programie; jest też zobowiązany do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a mianowicie:

- sprzętu komputerowego/audiowizualnego niezbędnego do przeprowadzenia szkoleń, oprogramowania do przeprowadzenia szkolenia e-learningowego;
- w ramach oceny ryzyka: pomieszczenie zapewniające intymność uczestnikowi programu, narzędzie FRAX (online)/licencja dla narzędzia FRAX w formie aplikacji;
- w ramach realizacji badań densytometrycznych: pomieszczenie zapewniające intymność uczestnikowi programu, zgodne z wymogami BHP i udzielania świadczeń, densytometr DXA do badania kręgosłupa i kości udowej (wynajem/dysponowanie przez realizatora);
- salę do przeprowadzenia szkolenia w formie stacjonarnej zapewni Organizator programu.

Badania prowadzone będą w gabinecie/gabinecie mobilnym, wskazanych przez realizatora. Personel realizujący działania w ramach programu polityki zdrowotnej powinien być odpowiednio przeszkolony w celu zapewnienia wysokiej jakości interwencji planowanych w ramach programu.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem zasad bezpieczeństwa i higieny pracy z przepisów prawa.

Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Realizator będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, a także do zbierania pre-testów, post-testów oraz ankiet uczestników. Realizator będzie przekazywał organizatorowi raporty i sprawozdania po danym okresie realizacji programu (raporty i sprawozdania okresowe), do momentu zakończenia realizacji PPZ.

W celu realizacji programu spełniają muszą zostać wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych:

Kadra dla szkoleń: 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,

Kadra przeprowadzająca ocenę ryzyka narzędziem FRAX: przedstawiciel zawodu medycznego posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),

Kadra dla badań densytometrycznych: wykwalifikowany personel medyczny z uprawnieniami do pomiaru gęstości kości (BMD) z wykorzystaniem badania densytometrycznego (DXA) w przystosowanym przez realizatora gabinecie/gabinecie mobilnym.

Kadra dla lekarskiej wizyty podsumowującej: lekarz z uprawnieniami, z doświadczeniem w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy, który podsumuje wynik badania pomiaru BMD w badaniu densytometrycznym DXA włącznie z przekazaniem wyniku badania i zaleceniami do dalszej diagnostyki leczenia.

Organizator ma obowiązek zapewnić wszelkim danym pozyskanym od uczestników programu bezpieczeństwo zgodnie z przepisami dotyczącymi zbierania i przetwarzania danych osobowych.

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

Do realizacji Programu niezbędne są działania obejmujące przygotowanie i dystrybucja broszur, ulotek, plakatów z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom, w ilości zapewniającej zaplanowanej liczby osób uprawnionych (1075), dystrybuowane przy koordynacji pracownika Urzędu Gminy Leśna Podlaska wśród mieszkańców, kolportaż ulotek i broszur w budynkach użyteczności publicznej, wśród sołtysów, radnych, Kołach Gospodyń Wiejskich zaproszenia do udziału w Programie z wykorzystaniem stron internetowych, mediów społecznościowych, ogłoszeń parafialnych, zastosowanie mnogości środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji tj. wykłady, prezentacje multimedialne, wykorzystanie stron internetowych, mediów społecznościowych.

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

### **1. Monitorowanie**

Monitorowanie będzie przeprowadzane na bieżąco przez tworzenie raportów okresowych - realizator będzie zobowiązany przedstawić przez cały okres trwania programu raporty służące kontrolowaniu przebiegu i postępu wykonywanych działań do momentu zakończenia realizacji Programu. Elementem monitorowania będzie ocena zgłaszalności do programu z wykorzystaniem następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne (6 osób);
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno - informacyjnym (1075 osób);
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki  $<5\%$  i  $\geq 5\%$  (563 osoby)
- liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa  $>-1$ ; grupa  $\leq -1$  i  $>-2,5$ ; grupa  $\leq 2,5$ ) - 457 osób;
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów (512 osób);
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie (50 osób),
- liczba osób, która wzięła udział w lekarskiej wizycie podsumowującej (457 osoby).

Zalecane jest także bieżące uzupełnianie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej zawierające: datę wyrażenia zgody na uczestnictwo w Programie, w tym zgody na przetwarzania danych osobowych oraz zgody na kontakt (telefoniczny, elektroniczny np. adres email), numeru pesel wraz ze zgodą na jego wykorzystanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ, informację o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik oraz datę zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (zakończenia realizacji bądź wycofania zgody na uczestnictwo w Programie).

Dodatkowo, w celu oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ, przeprowadzona zostanie ocena satysfakcji z udziału w programie (od uczestników, którzy skorzystali ze wszystkich interwencji, ale też od tych, którzy zostali wykluczeni bądź sami zrezygnowali z dalszego udziału w programie). Uczestnicy programu powinni mieć także możliwość zgłaszania organizatorowi swoich uwag.



Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń zostaną przedstawione w raporcie końcowym.

## 2. Ewaluacja

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu i będzie się opierała 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 programu polityki zdrowotnej.

W ramach ewaluacji oceniony zostanie stopień zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym Programem Polityki Zdrowotnej wyrażonej w:

- 1) liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre – testu i post – testu); wartość docelowa 6;
- 2) liczbie uczestników działań informacyjno – edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre – testu i post – testu); wartość docelowa 530;
- 3) odsetku świadczeniobiorców z wynikiem FRAX  $\geq$  5% względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX; wartość docelowa 70% (394 osoby);
- 4) odsetku świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score  $\leq$  -2,5 względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu; wartość docelowa 40% (182 osoby).

Po zakończeniu realizacji programu zostanie sporządzony raport końcowy z jego realizacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U.2017.2476). Raport końcowy zostanie opracowany przez Realizatora na podstawie m.in. raportów oraz innych danych otrzymanych pozyskanych w trakcie trwania programu.

## VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

### 1. Koszty jednostkowe

Koszt jednostkowy obejmuje 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 i szkoleniowych oraz inne koszty ogólne (administracyjno-biurowe, pocztowe itp. związane z realizacją programu).

Koszt jednostkowy uczestnictwa w programie obejmujący pakiet działań oszacowano na poziomie 500 zł na osobę, przy czym oszacowanie ostatecznego kosztu pakietu z wyszczególnieniem kosztów każdej z interwencji możliwe będzie po wyłonieniu wykonawcy w drodze otwartego konkursu ofert i zaproponowanej w ofercie ceny.

Zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy w zł	Suma kosztów jednostkowych w zł (3x4)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
<b>Koszty pośrednie (katalog otwarty)</b>				
1.	Koszty personelu PPZ bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych w projekcie, w tym w szczególności koszty wynagrodzenia	1	10600	10600
2.	Koszty personelu obsługowego (np. obsługa kadrowa, finansowa, administracyjna, obsługa prawna, w tym dotycząca zamówień) na potrzeby funkcjonowania PPZ	2	7200	14400
<b>Koszty bezpośrednie</b>				
1.	Koszt przygotowania i prowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	2	1055	2110
2.	Koszt przygotowania i prowadzenia działań informacyjno – edukacyjnych dla świadczeniobiorców	1075	60	64500
3.	Koszt obsługi narzędzia FRAX	563	50	28150
4.	Koszt przeprowadzenia lekarskiej wizyty diagnostyczno – terapeutycznej i wizyty podsumowującej	563	180	101340
5.	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA	457	200	91400
<b>SUMA:</b>				<b>312500</b>

## 2. Koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji Programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Rok realizacji	Koszt całkowity w zł
2023	105000
2024	105000
2025	102500
Koszt całkowity	312500

### 3. Źródła finansowania

Program polityki zdrowotnej będzie współfinansowany ze środków budżetowych Gminy Leśna Podlaska na poziomie 20%, planuje się pozyskanie środków finansowych na realizację programu z innych źródeł w ramach ogłaszanych konkursów w wysokości 80% środków przewidzianych na realizację programu określonych we wniosku o dofinansowanie. W przypadku uzyskania dofinansowania ze środków zewnętrznych wielkość udziału finansowania pochodzącego z innego źródła niż budżet Gminy Leśna Podlaska będą decydować warunki i zasady określone w umowie. Zaplanowane w Programie środki będą wydatkowane w sposób optymalny i efektywny.

## VII. Bibliografia

- 1) „Osteoporoza” pod redakcją prof. dr hab.med. Ewy Marcinowskiej – Suchowierskiej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL;
- 2) „Domowy Poradnik Medyczny” pod redakcją prof. Dr. Hab. Med. Kazimierza Janickiego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL;
- 3) [http://www.osteoporoza.pl/attachments/1907\\_Raport\\_System\\_OP\\_Minist-7\\_2015.02.10.pdf](http://www.osteoporoza.pl/attachments/1907_Raport_System_OP_Minist-7_2015.02.10.pdf)
- 4) <http://www.medonet.pl/choroby-od-a-do-z/choroby-ukladu-ruchu,osteoporoza---objawy--leczenie--profilaktyka--co-to-jest-,artykul,1578893.html>
- 5) <https://www.mp.pl/pacjent/reumatologia/choroby/64948,osteoporoza>
- 6) <https://naukawpolsce.pap.pl>
- 7) <https://nfz.gov.pl>
- 8) mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa lubelskiego, pozyskano z: <https://mpz.mz.gov.pl/>
- 9) <https://swiatprzychodni.pl/swiadczenia/poradnia-osteoporozy/lubelskie/>
- 10) Biuletyn informacyjny 11-12/2022 wyd. Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi

Załącznik Nr 1

ANKIETA

**DLA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI I WCZESNEGO WYKRYWANIA OSTEOPOROZY -  
BADANIA DENSYTOMETRYCZNE**

(ocena czynników ryzyka wystąpienia osteoporozy)

1. **Imię:**.....
2. **Nazwisko:**.....
3. **Data urodzenia:**.....
4. **Adres zamieszkania:** .....  
.....
5. **Płeć:** Kobieta/Mężczyzna\*
6. **Wzrost:** .....cm
7. **Waga:** .....kg
8. **Czy miał/a już Pan/Pani wykonywane badanie densytometryczne:**  
Tak/Nie\*  
Jeśli tak proszę podać rok w którym badanie zostało wykonane .....
9. **Czy miał/a Pan/Pani stwierdzoną wcześniej osteoporozę?**  
Tak/Nie\*
10. **Czy w ciągu ostatnich 3-5 dni miał/a Pan/Pani wykonywane badanie RTG z użyciem środków kontrastujących ?**  
Tak/Nie\*
11. **Czy w obszarze badanym posiada Pan/Pani elementy metalowe?**  
Tak/Nie\*
12. **Czy jest Pani w ciąży ?**  
Tak/Nie\*.
13. **Czy spożywa Pan/Pani codziennie 3 lub więcej jednostek alkoholu?**  
(1 jednostka alkoholu odpowiada - 250 ml piwa, 1 lampce wina - 125ml, 1 kieliszki wódki - 25ml, 1 małej lampce sherry - 50ml)  
Tak/Nie\*
14. **Czy pali Pan/Pani papierosy?**  
Tak/Nie\*
15. **Czy u Pana/Pani ojca lub matki było stwierdzone złamanie stawu biodrowego?**  
(pytanie o przebyte złamanie biodra u matki bądź ojca).  
Tak/Nie\*

**16. Czy przyjmuje Pan/Pani doustnie lub przyjmował dłużej niż 3 miesiące glikokortykoidy?**

(zaznacz „tak” jeśli obecnie zażywane są doustnie glikokortykosterydy lub zażywana są dłużej niż trzy miesiące w dawce odpowiadającej 5mg prednizolonu dziennie (lub ekwiwalent dawki innych glikokortykosteroidów)

Tak/Nie\*

**17. Czy doznał Pan/Pani wcześniej samorzutnego złamania lub złamania wynikającego z urazu, który u zdrowej osoby nie spowodowałby złamania?**

Tak/Nie\*

**18. Czy cierpi Pan/Pani na chorobę silnie związaną z osteoporozą?**

(cukrzycę typu I, wrodzoną łamliwość kości u dorosłych, nie leczoną wieloletnią nadczynność tarczycy, niedoczynność gonad lub przedwczesną menopauzę - przed 45 rokiem życia, przewlekłe niedożywienie lub nieprawidłowe wchłanianie pokarmu lub przewlekłą niewydolność wątroby)

Tak/Nie\*

**19. Czy stwierdzono u Pana/Pani reumatoidalne zapalenie stawów?**

(RZS jest czynnikiem ryzyka złamania. Jednakże choroba zwyrodnieniowa stawów oddziałuje odwrotnie. Z tej przyczyny nie powinno się brać pod uwagę domniemanego przez pacjenta „artretyzmu”, jedynie chorobę udokumentowaną klinicznie lub laboratoryjnie)

Tak/Nie\*

\*niewłaściwe skreślić

.....  
(czytelny podpis pacjenta)

**Uwagi do czynników ryzyka**

**Przebyte złamanie**

Przebyte złamanie kręgow jest szczególnym przypadkiem. Złamanie rozpoznane jedynie na radiogramie (morfometryczne złamanie trzonu) zalicza się do przebytego złamania. Przebyte złamanie kręgosłupa lub biodra jest bardzo silnym czynnikiem ryzyka. W związku z tym obliczone prawdopodobieństwo złamania może być zaniżone. Ryzyko złamania jest również niedoszacowane w przypadku kilku złamań.

**Palenie, alkohol, glikokortykosterydy.**

Wpływ tych czynników zależy od dawki, t.j. im większa dawka, tym większe ryzyko. Nie jest to uwzględnione w algorytmie, dlatego przyjmuje się dawkę średnią. Decyzja lekarska jest niezbędna przy wysokich i niskich dawkach.

**Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS)**

RZS jest czynnikiem ryzyka złamania. Jednakże choroba zwyrodnieniowa stawów oddziałuje odwrotnie. Z tej przyczyny nie powinno się brać pod uwagę domniemanego przez pacjenta „artretyzmu”, jedynie chorobę udokumentowaną klinicznie lub laboratoryjnie.

**Gęstość mineralna kości (BMD)**

Pomiaru dokonano metodą DXA w szyjce kości udowej. Wyniki T-score oparte są na normach NHANES dla kobiet w wieku 20-29 lat. Tych samych wartości absolutnych użyto dla mężczyzn.

**Przeprowadzono edukację pacjenta:**

1. Przekazano informacje dotyczące osteoporozy i jej skutków, a także profilaktyki i eliminacji czynników ryzyka zachorowania na tę chorobę.



Bardzo dziękujemy za wypełnienie ankiety!