

UCHWAŁA NR XXVI/139/2026

RADY GMINY BROCHÓW

z dnia 6 marca 2026 r.

w sprawie: przyjęcia do realizacji Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki osteoporozy pn. „Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów”

Działając na podstawie art. 18 ust. 1 i ust. 2 pkt 15) w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (*Dz.U.2025.1153 t. j. z dnia 2025.08.22 ze zm.*) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1) i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz.U.2025.1461 t. j. z dnia 2025.10.24 ze zm.*)- uchwala się, co następuje:

§1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pod nazwą: „**Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów**”, stanowiący załącznik do niniejszej Uchwały.

§2. Celem programu, o którym mowa w § 1, jest zmniejszenie ryzyka występowania złamań osteoporotycznych wśród mieszkańców Gminy Brochów oraz gmin ościennych poprzez działania z zakresu profilaktyki pierwotnej, edukacji zdrowotnej, zapobiegania upadkom oraz selektywnej diagnostyki osób z podwyższonym ryzykiem złamań.

§3. Program realizowany będzie w okresie **od dnia 1 stycznia 2026 r. do dnia 31 grudnia 2026 r.**, z możliwością jego kontynuacji w kolejnych latach w zależności od posiadanych środków finansowych.

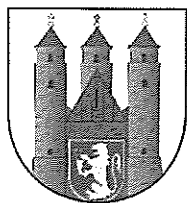
§4. Rada Gminy Brochów zastrzega sobie prawo do zmiany:

- 1) czasu realizacji programu wymienionego w §1 (np. z powodu zmian legislacyjnych oraz możliwości budżetowych Gminy);
- 2) wysokości kwoty przyznawanej na jego realizację, wynikającej z przyczyn, których nie można było przewidzieć na etapie tworzenia programów.

§5. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Brochów

§6. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
Jacek Karaś



PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
Program Profilaktyki i Wczesnego
Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów

Program polityki zdrowotnej został opracowany zgodnie z art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z późn. zm.) oraz **Rekomendacją nr 177/2025 z dnia 21 listopada 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji** w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy.

Brochów 2026 r.

Spis treści:

- I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej
 - I.1. Opis problemu zdrowotnego
 - I.2. Dane epidemiologiczne
 - I.3. Opis obecnego postępowania
 - II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji
 - II.1. Cel główny
 - II.2. Cele szczegółowe
 - II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej
 - III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej
 - III.1. Populacja docelowa
 - III.2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej
 - III.3. Planowane interwencje
 - III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej
 - III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej
 - IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej
 - IV.1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów
 - IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych
 - V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej
 - V.1. Monitorowanie
 - V.2. Ewaluacja
 - VI. Budżet programu polityki zdrowotnej
 - VI.1. Koszty jednostkowe
 - VI.2. Koszty całkowite
 - VI.3. Źródła finansowania
 - VII. Bibliografia
- Załącznik 1. Wzór oświadczenia o miejscu zamieszkania
Załącznik 2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie
Załącznik 3. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu
Załącznik 4. Test sprawdzający wiedzę z zakresu profilaktyki osteoporozy

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Osteoporoza to uogólniona choroba układu kostnego związana z niską masą kostną, połączona z zaburzeniem architektury i jakości tkanki kostnej, która przyczynia się do zwiększonej podatności na złamania. Jej podstawowymi elementami patogenetycznymi są ubytek masy kostnej oraz uszkodzenie mikroarchitektury kości.

Wyróżnia się dwie grupy osteoporozy:

- pierwotną, która jest naturalnym następstwem procesu starzenia się kości, rozwija się u kobiet po menopauzie i rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku
- wtórna jest jako następstwo stanów patologicznych lub wynik działania niektórych leków najczęściej glikokortykosteroidów (GKS) oraz występujących chorób współistniejących.¹

Postać pierwotna osteoporozy dzieli się na:

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

Wyróżnia się:

- a) osteoporozę inwolucyjną typu I (pomenopauzalną), która występuje u kobiet w wieku 50-60 lat. Jest ona konsekwencją utraty tkanki kostnej spowodowanej ustaniem funkcjonowania endokrynych gruczołów jajnikowych. Działanie estrogenów na tkankę kostną polegające na stymulowaniu osteogenezy oraz hamowaniu procesu resorpcji kości zostaje wstrzymane. W jej przebiegu najczęściej dochodzi do złamań trzonów kręgowych oraz bliższej części kości promieniowej;
- b) osteoporozę inwolucyjną typu II (starczą) dotykającą kobiety oraz mężczyzn po 75 roku życia. Przyczyną powstającego procesu chorobowego jest zmniejszona aktywność komórek kościotwórczych osteoblastów oraz witaminy D₃. W jej przebiegu dochodzi do złamań bliższej części udowej i trzonów kręgow².

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

² Janiszewska M, Kulik T, Dziedzic M, Żońlenczuk-Kielszka D, 12. Barańska A, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej Probl Hig Epidemiol 2015, 96(1), s. 107-110.:

Czynniki ryzyka rozwoju osteoporozy pierwotnej:

• genetyczne i demograficzne:

- predyspozycje rodzinne,
- płeć żeńska,
- rasa biała i żółta, BMI <18 kg/m²;

• stan prokreacyjny:

- niedobór hormonów płciowych,
- przedłużony brak miesiączki,
- nierodzenie,
- stan pomenopauzalny;

• czynniki powiązane ze stylem życia i odżywianiem:

- mała podaż wapnia,
- niedobór witaminy D,
- mała lub nadmierna podaż fosforu,
- niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa,
- palenie tytoniu,
- alkoholizm,
- nadmierne spożycie kawy, - siedzący tryb życia.

Czynniki ryzyka rozwoju osteoporozy wtórnej:

• choroby:

- zaburzenia hormonalne,
- choroby układu pokarmowego,
- choroby nerek,
- choroby reumatyczne,
- choroby układu oddechowego,
- choroby szpiku i krwi,
- hiperwitaminoza A,
- stan po przeszczepieniu
- unieruchomienie,
- przebyte złamania,
- sarkopenia;

Całkowite ryzyko złamań u kobiet wynosi 30-40%, natomiast u mężczyzn około 20%. Czynnikiem wpływającym na ryzyko złamań jest gęstość mineralna kości (Bone Mineral Density – BMD), a w szczególności tzw. szczytowa masa kostna (PEAK BONE MASS – PBM), którą człowiek osiąga około 30-35 roku życia. Jeżeli pacjent nie osiągnie zakładanej PBM, a dodatkowo będzie narażony na czynniki przyspieszające proces resorpcji kości, będzie można zaobserwować u niego osteoporozę, która objawia się niską wartością BMD oraz wysokim ryzykiem złamań osteoporotycznych. Osteoporoza może przez dłuższy czas przebiegać bezobjawowo, a jej pierwszym symptomem jest złamanie. Jest to najczęściej złamanie nadgarstka lub trzonu kręgowego do którego dochodzi po upadku z wysokości lub

w wyniku podniesienia niewielkiego ciężaru. Średni wiek występowania typowych złamań osteoporotycznych wynosi odpowiednio:

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

Najważniejszymi czynnikami pozagenetycznymi wpływającymi na osiągnięcie szczytowej masy kostnej są:

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

I.2. Dane epidemiologiczne

Osteoporoza jest najczęściej występującym schorzeniem w populacji osób dorosłych. Jako problem zdrowotny stała się problemem w wymiarze indywidualnym, społecznym oraz ekonomicznym.

Z danych statystycznych wynika, że dotyka ona około 75 mln mieszkańców Europy, USA i Japonii. Problem dotyczy co trzeciej kobiety po menopauzie oraz większości osób po 70 roku życia. Statystyki informują, że osteoporoza rzadko występuje w krajach afrykańskich. Znacznie częściej występuje w Indiach, natomiast najbardziej rozpowszechniona jest w krajach Europy i Ameryki Północnej. Rozpoznaje się ją u 30% kobiet oraz u 8% mężczyzn powyżej 50 roku życia.³ W Polsce problem ten dotyka 2,1 mln osób, z czego 1,7 mln stanowią kobiety. Liczba osób chorych na osteoporozę w Polsce w latach 2012-2018 systematycznie wzrasta. W 2012 roku liczba ta wynosiła 1,92 mln, natomiast w 2018 roku 2,12 mln. Większość tej grupy stanowiły kobiety.

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

³ J. Rottermund, A. Knapik, Terapia zajęciowa w kompleksowej rehabilitacji osób z osteoporozą. Kwartalnik Niepełnosprawność, PFRON 2020

raka piersi. Niepokojąco przedstawiają się dane dotyczące złamań bliższego odcinka kości udowej na świecie.

W roku 1990 zarejestrowano 1,6 mln złamań. Szacuje się, że liczba ta wzrośnie w roku 2025 do 4 mln a w roku 2050 aż do 6 mln. 20% osób ze złamaniem przeżywa jedynie pierwsze 6 miesięcy, zaś 50% - 12 miesięcy. Pacjenci, którzy przeżywają, najczęściej doświadczają trwałego kalectwa czy niepełnosprawności. Następstwa złamań znacznie wpływają na jakość życia oraz funkcjonowanie.

Największe wartości chorobowości rejestrowanej charakteryzowały grupę wiekową 65–69 lat, 123 tys. kobiet i 12 tys. mężczyzn. W województwie mazowieckim odnotowano największą wartość współczynnika chorobowości. Według miejsca zamieszkania wynosił on 5 316 na 100 tys. mieszkańców powyżej 50 roku życia. Liczba osób przebadanych za pomocą badania densytometrycznego na 100 tys. mieszkańców w roku 2018 na Mazowszu wynosiła 2 528. Województwo mazowieckie plasuje się na drugim miejscu pod względem liczby przebadanych osób. W przypadku osteoporozy, występują znaczne różnice pomiędzy chorobowością rejestrowaną a chorobowością teoretyczną.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu mięśniowo szkieletowego dla województwa mazowieckiego przewiduje się, że prognozowana zapadalność rejestrowana dla grupy Zaburzeń mineralizacji i struktury kości będzie wynosiła 124,4 tys. a do 2031 r. wzrośnie do 132,3 tys. Największą wartość przedstawiać będzie województwo mazowieckie – 17,82 tys.⁴

I.3. Opis obecnego postępowania

Diagnostyka osteoporozy polega na pomiarze gęstości mineralnej kości (BMD). Gęstość mineralna kości świadczy o wytrzymałości, poziomie zmineralizowania i zawartości struktury tkanki kostnej. Pomiaru dokonuje się metodą densytometrii, która wykorzystuje zjawisko absorpcyjometrii promieniowania rentgenowskiego o podwójnej energii (DXA). Jest to najczęściej wykorzystywana metoda w zakresie diagnostyki osteoporozy, ponieważ charakteryzuje się dużą czułością oraz powtarzalnością wyników. Opiera się na różnicy absorpcji promieniowania rentgenowskiego tkanki kostnej i tkanek miękkich organizmu. Gęstość mineralną kości bada się zwykle dla tych części układu kostnego, które najczęściej

⁴ „Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego dla województwa mazowieckiego”, źródło: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_ukladu_kostno_miesniowego_woj_mazowieckie.pdf ⁵ Smektała A., Dobosz A, Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie, 2020, str. 347 źródło: <https://www.pifarm.pl/PF/przeglad-numerow/-/28652>

ulegają osłabieniu (bliższa kość udowa, kręgosłup, dystalny odcinek kości przedramienia). Wynik badania podawany jest w g/cm^3 . Badanie przesiewowe gęstości mineralnej kości zalecane jest osobom po 50 roku życia z przebyłym złamaniem a także kobietom po 65 roku życia.⁵

W praktyce, rozpoznanie osteoporozy stawia się na podstawie kryteriów densytometrycznych zaproponowanych przez WHO. Wynik badania przedstawiany jest jako wskaźnik T (T-score), który wyraża liczbę odchyłeń standardowych (SD) od punktu odniesienia, jakim jest szczytowa masa kostna. Interpretacja wskaźnika T u kobiet po menopauzie i mężczyzn jest następująca:

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

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

- wartość BMD,
- wzrost,
- masę ciała.

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

Wykonanie badania rentgenowskiego pozwala zdiagnozować osteoporozę jedynie w bardzo zaawansowanym stadium, w momencie gdy porowatość kości jest tak duża, że jest na nim widoczna. W związku z tym, badania rentgenowskiego nie stosuje się w powszechnej

⁵ J. Dardzińska, H. Chabaj – Kędroń, S. Małgorzewicz, Osteoporoza jako choroba społeczna i cywilizacyjna – metody profilaktyki, Hygeia Public Health 2016, 51(1), s. 23

⁶ Rabijewski M., Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, Forum Zakazań 2017;8(5):383–388

praktyce lekarskiej. Ponadto zalecane jest wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych takich jak: pomiar stężenia wapnia, fosforu i aktywnej witaminy D w surowicy krwi.⁷ Zgodnie z aktualnymi wytycznymi, badanie absorpcjometrii rentgenowskiej o podwójnej energii (DXA) pozostaje złotym standardem służącym wykonaniu pomiaru BMD w rozpoznaniu osteoporozy (WFO 2017, ICSI 2017, AACE/ACE 2016, MCG 2016, ESC 2012). Metoda DXA wciąż pozostaje rekomendowaną metodą w diagnostyce osteoporozy i monitorowaniu efektów terapii (USPSTF 2018a, AACE/ACE 2016, MCG 2016, ISCD 2015, ESCEO/IOF 2013, ESC 2012). Za podstawę rozpoznania osteoporozy uznaje się wartość T- score $\leq - 2,5$ zgodną z kryteriami WHO (WFO 2017, ESCEO/IOF 2013 oraz CTFPHC 2010, 2013, AACE/ACE 2016, ACOG 2012).

⁷ Smektała A., Dobosz A, Osteoporoza – patofizjologia, objawy, profilaktyka i leczenie, 2020, str. 347 źródło:
<https://www.ptfarm.pl/PF/przeglad-numerow/-/28652>

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Celem głównym programu polityki zdrowotnej jest **zmniejszenie ryzyka występowania złamań osteoporotycznych**, w szczególności złamań niskoenergetycznych, poprzez realizację kompleksowych działań z zakresu profilaktyki pierwotnej, zapobiegania upadkom oraz selektywnej identyfikacji osób z wysokim ryzykiem złamań osteoporotycznych. Realizacja celu głównego programu ma na celu ograniczenie negatywnych skutków zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych osteoporozy, takich jak utrata samodzielności, pogorszenie jakości życia, konieczność długotrwałej rehabilitacji oraz wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową. Program koncentruje się na działaniach zapobiegawczych i edukacyjnych, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, które wskazują na większą efektywność profilaktyki pierwotnej i prewencji upadków w porównaniu do masowej diagnostyki.

II.2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród uczestników w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi (dot. populacji ogólnej osób dorosłych + I grupy docelowej). Celem jest podniesienie świadomości zdrowotnej uczestników programu w zakresie:
 - istoty osteoporozy i jej następstw zdrowotnych,
 - znaczenia wczesnej profilaktyki pierwotnej,
 - roli diety, aktywności fizycznej oraz stylu życia w utrzymaniu zdrowia kości,
 - związku pomiędzy upadkami a ryzykiem złamań osteoporotycznych.

Realizacja tego celu ma prowadzić do trwałych zmian postaw prozdrowotnych, zwiększenia zaangażowania uczestników w dbanie o własne zdrowie oraz ograniczenia ekspozycji na modyfikowalne czynniki ryzyka.

2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom.
3. Celem jest wyposażenie uczestników programu w praktyczną wiedzę i umiejętności pozwalające na:

- rozpoznawanie sytuacji zwiększających ryzyko upadku,
- ograniczenie zagrożeń w środowisku domowym,
- poprawę sprawności fizycznej i równowagi,
- bezpieczne funkcjonowanie w życiu codziennym.

Zapobieganie upadkom stanowi kluczowy element programu, ponieważ większość złamań osteoporotycznych powstaje w wyniku upadku z wysokości własnego ciała.

4. Identyfikacja osób z podwyższonym 10-letnim ryzykiem złamań osteoporotycznych. Celem jest wczesna identyfikacja uczestników programu, u których istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia złamań osteoporotycznych, poprzez zastosowanie narzędzia oceny ryzyka FRAX (bez uwzględnienia BMD).

Realizacja tego celu pozwala na:

- selekcję osób wymagających pogłębionej diagnostyki,
- racjonalne wykorzystanie zasobów systemu ochrony zdrowia,
- skoncentrowanie dalszych działań na grupach najwyższego ryzyka.

5. Zapewnienie selektywnego dostępu do diagnostyki densytometrycznej osobom z wysokim ryzykiem złamań. Celem jest umożliwienie wykonania badania densytometrycznego DXA wyłącznie tym uczestnikom programu, u których ocena ryzyka złamań wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań osteoporotycznych.

Takie podejście:

- jest zgodne z aktualnymi rekomendacjami Prezesa AOTMiT,
- zapobiega nadmiernemu i nieuzasadnionemu wykonywaniu badań,

- zwiększa efektywność kosztową programu.

6. Zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej poprzez skierowanie osób z wysokim ryzykiem do świadczeń gwarantowanych finansowanych przez NFZ. Celem jest zapewnienie uczestnikom programu, u których stwierdzono wysokie ryzyko złamań lub nieprawidłowe wyniki badań, dostępu do dalszej diagnostyki i leczenia w ramach systemu świadczeń gwarantowanych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Program pełni w tym zakresie funkcję:

- uzupełniająca wobec systemu ochrony zdrowia,
- wspierająca wczesną interwencję medyczną,
- zapobiegająca opóźnieniu rozpoznania i leczenia osteoporozy.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Nr	Miernik	Definicja miernika	Jednostka	Źródło danych
1	Liczba osób objętych edukacją zdrowotną	Liczba uczestników, którzy wzięli udział w co najmniej jednym działaniu edukacyjnym	Osoby	Listy obecności
2	Liczba osób objętych prewencją upadków	liczba uczestników działań edukacyjnych dotyczących zapobiegania upadkom	Osoby	Listy obecności
3	Liczba osób z ocenionym ryzykiem złamań	Liczba uczestników, u których wykonano ocenę FRAX (bez BMD)	Osoby	Dokumentacja medyczna
4	Liczba osób zakwalifikowanych do diagnostyki	liczba uczestników z wysokim ryzykiem złamań	Osoby	karty FRAX

		wg FRAX		
5	Liczba wykonanych badań DXA	liczba badań densytometrycznych wykonanych w ramach programu	badania	Dokumentacja realizatora
6	Liczba konsultacji lekarskich	liczba konsultacji podsumowujących po DXA	wizyty	dokumentacja medyczna
7	Liczba wydanych materiałów edukacyjnych	liczba przekazanych ulotek/broszur	Sztuki	Ewidencja realizatora

Monitorowanie realizacji programu prowadzone będzie w sposób ciągły przez realizatora programu, na podstawie:

- dokumentacji medycznej prowadzonej w trakcie realizacji interwencji,
- rejestrów uczestników,
- ankiet ewaluacyjnych,
- okresowych zestawień statystycznych.

Dane dotyczące realizacji mierników będą analizowane:

- na bieżąco – w celu wprowadzania ewentualnych korekt organizacyjnych,
- po zakończeniu programu – w ramach ewaluacji końcowej.

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

III.1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do uczestników Programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło $\geq 5\%$ (Pomiar BMD za pomocą DXA oraz lekarska wizyta podsumowująca) – według szacunków epidemiologicznych dziesięcioletnie ryzyko poważnych złamań osteoporotycznych dotyczy ok 40% kobiet oraz ok 8% mężczyzn z populacji docelowej, w związku z czym szacuje się, że program w tym etapie obejmie mógłby objąć ok 600 osób.

Programem informacyjno-edukacyjnym objętych zostanie ok 1500 osób powyżej 40 roku życia zamieszkujących Gminę Brochów oraz gminy ościenne.

Do programu diagnostyczno- interwencyjnego zostaną włączone osoby, które spełniły kryteria kwalifikacji do udziału w programie wskazane w podrozdziale III.2.

Szacunkowa liczebność populacji objętej programem polityki zdrowotnej została określona na podstawie:

- danych demograficznych dotyczących struktury wiekowej mieszkańców Gminy Brochów oraz gmin ościennych,
- doświadczeń z realizacji wcześniejszego programu profilaktyki osteoporozy w latach 2023–2025,
- możliwości organizacyjnych realizatora programu,
- dostępnych środków finansowych zaplanowanych na realizację programu w roku 2026.

Zakłada się, że w okresie realizacji programu, tj. od 1 stycznia do 31 grudnia 2026 r., **programem objętych zostanie łącznie 600 osób** spełniających kryteria włączenia, w tym:

- kobiety w wieku 40 lat i więcej,
- mężczyźni w wieku 65 lat i więcej.

W ramach programu przewiduje się, że wszyscy uczestnicy zostaną objęci działaniami edukacyjnymi z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania upadkom, a także oceną ryzyka złamań osteoporotycznych z wykorzystaniem narzędzia FRAX (bez uwzględnienia BMD). Na podstawie wyników oceny ryzyka złamań oraz kwalifikacji lekarskiej zakłada się, że **do etapu diagnostyki densytometrycznej zostanie zakwalifikowanych 500 uczestników programu**, u których stwierdzone zostanie podwyższone lub wysokie ryzyko wystąpienia złamań osteoporotycznych. (Pozostałe 100 osób kierowanych będzie najprawdopodobniej do działań profilaktycznych i indywidualnych zaleceń).

Tak wysoki odsetek osób kwalifikowanych do badania densytometrycznego wynika z:

- struktury wiekowej populacji objętej programem,
- koncentracji programu na grupach podwyższonego ryzyka zdrowotnego,
- doświadczeń z wcześniejszych edycji programu, w których znaczna część uczestników spełniała kryteria do pogłębionej diagnostyki.

Pozostała część uczestników programu, u których w ocenie FRAX nie zostanie stwierdzone wysokie ryzyko złamań osteoporotycznych, zakończy udział w programie po etapie edukacyjnym i ocenie ryzyka, z przekazaniem indywidualnych zaleceń profilaktycznych dotyczących stylu życia, aktywności fizycznej oraz zapobiegania upadkom.

Przyjęte założenia dotyczące liczebności uczestników oraz liczby planowanych badań densytometrycznych są adekwatne do:

- celów programu,
- zaplanowanego budżetu,
- możliwości organizacyjnych realizatora,
- zaleceń Rekomendacji nr 177/2025 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dopuszczającej selektywną, ale szeroką diagnostykę w populacjach wysokiego ryzyka.

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

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie diagnostyczno- interwencyjnym –

Kryteria formalne, które muszą zostać spełnione:

- 1) Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia:
 - w przypadku kobiet - kobiety w wieku 40 lat i więcej
 - w przypadku mężczyzn – muszą mieć ukończone 65 lat.
- 2) Osoba aplikująca do programu, w dniu zgłoszenia musi:
 - a) mieszkać na terenie powiatu sochaczewskiego (tj. musi być osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego⁸);
 - b) udzielić świadomej zgody na udział w programie;
 - c) złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych.
 - d) brak stałych lub czasowych przeciwwskazań dyskwalifikujących wykonanie badania gęstości kości; w przypadku czasowych przeciwwskazań może zostać ustalony nowy termin wizyty.

⁸ Weryfikacja na podstawie oświadczenia – druk zgodny z załącznikiem 1. W przypadku wystąpienia wątpliwości realizatora w tym zakresie, weryfikacja może nastąpić na podstawie dokumentu przedstawionego do wglądu realizatorowi (np. dowód osobisty, paszport, aktualny druk PIT, aktualne zaświadczenie z urzędu prowadzącego dział zajmujący się merytorycznie ewidencją ludności i inne)

Weryfikacja kryteriów z pkt 2 odbywa się na podstawie wypełnionego i podpisanego druku – zgodnego z treścią zawartą w załączniku 1 do programu.

Kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

- 1) wiek poniżej 40 lat
- 2) brak pisemnej zgody na udział w programie;
- 3) brak potwierdzenia zamieszkania na terenie powiatu sochaczewskiego;
- 4) materiał obcy (np. proteza biodra) w miejscu badania.
- 5) zdiagnozowana wcześniej osteoporoza.
- 6) obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np. obustronna endoproteza stawu biodrowego, znaczna otyłość.
- 7) ponowne uczestnictwo w programie i wcześniejsze skorzystanie ze wszystkich dostępnych interwencji w ramach programu.

III.3. Planowane interwencje

Program zakłada przeprowadzenie następujących interwencji:

- dla populacji ogólnej osób dorosłych: działania informacyjno-edukacyjne z zakresu edukacji zdrowotnej;

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

Działania informacyjno-edukacyjne

Edukacja zdrowotna będzie obejmować zagadnienia dotyczące: zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości, zasadniczej roli aktywności fizycznej, ze szczególnym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestnika, przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw, działań pomagających zapobiegać upadkom, identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę, podkreślenia roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia

spożycia alkoholu. Personel medyczny ma obowiązek przekazywać uczestnikowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej. Dopuszczalne jest przeprowadzenie działań edukacyjnych w grupach. Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji.

Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, świetlicach wiejskich, szkołach, OSP itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące kryteriów rozpoznania osteoporozy, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia oraz unikania bagatelizowania objawów chorobowych. Działania edukacyjne mogą być skierowane również do członków rodzin osób uczestniczących w programie.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w edukacji zdrowotnej jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która uczestniczyła w działaniach edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu składającego 10 pytań jednokrotnego wyboru (załącznik 5).

Podczas spotkań będą przekazane uczestnikom materiały edukacyjne przygotowane przez realizatora (ulotki, broszury). Ponadto, podczas edukacji będzie zapewniona możliwość zadawania przez uczestników pytań dotyczących zakresu edukacji zdrowotnej, a osoba prowadząca edukację będzie udzielać odpowiedzi na zadane pytania zgodnie z obowiązującym stanem wiedzy medycznej.

W ramach diagnostyki osteoporozy wykonana zostanie m.in. ocena bezwzględnego 10letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjentki czynników ryzyka złamań. Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej wykorzystany zostanie kalkulator FRAX™. Pacjentki, u których lekarz w trakcie badania kwalifikacyjnego stwierdzi wysokie ryzyko wystąpienia osteoporozy, np. na podstawie wysokiego ryzyka wystąpienia złamania (wynik $FRAX \geq 5\%$) zostanie wykonana densytometria szyjki kości udowej

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 udziela wyczerpujących odpowiedzi na pytania uczestnika, przez co wyjaśnia i utrwała przekazane wcześniej informacje.

Konsultacja lekarska

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

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

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

Lekarz może skierować uczestnika do leczenia specjalistycznego w ramach NFZ bez względu na wynik badania densytometrycznego, jeśli występują medyczne wskazania programu polityki zdrowotnej.

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

Program ma charakter ciągły i będzie się odbywał w cyklu rocznym. W trakcie trwania programu będą do niego włączane kolejne osoby kwalifikujące się do uczestnictwa. Udzielanie świadczeń przez realizatora w ramach programu nie wpłynie w żaden sposób na świadczenia zdrowotne finansowane przez NFZ.

Uczestnicy programu rozpoczynający udział w programie będą poinformowani o źródłach jego finansowania, zasadach jego realizacji i warunkach uczestnictwa.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Ze względu na charakter programu uczestnictwo w nim ma charakter ciągły, aż do momentu zakończenia działań edukacyjnych, zakończenia procesu diagnostyki lub zakończenia programu.

Zakończenie udziału w programie będzie wiązało się z przekazaniem uczestniczkom zaleceń dalszego postępowania. Po uzyskaniu wyników badań i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz zobowiązany jest do przekazania wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazań do samoobserwacji objawów. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych kobiety będą informowane o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach medycznych, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem osteoporozy. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji medycznej powstającej w trakcie programu.

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

1. Uczestnik nie zostanie zakwalifikowany do oceny ryzyka złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX.
2. Uczestnik programu uzyska wynik FRAX mniejszy niż 5%.
3. U uczestnika programu wystąpią przeciwwskazania do wykonania pomiaru DXA.

4. Uczestnik odbędzie podsumowującą konsultację lekarską.
5. Zaistnieje kryterium wyłączenia, o którym mowa w podrozdziale III.2. Kryteria kwalifikacji
do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej;
6. Uczestnik programu złoży pisemną rezygnację z dalszego uczestnictwa w programie;
7. Realizacja programu zakończy się.⁹

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

W ramach programu realizator przeprowadzą następujące działania:

Etap I – działania organizacyjne

1. akcja informacyjna,
2. rekrutacja uczestników;

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

3. działania edukacyjne,
4. działania diagnostyczne:
 - a) lekarskie badanie kwalifikacyjne wraz z oceną 10-letniego ryzyka złamań osteoporotycznych metodą FRAX,
 - b) badanie densytometryczne u kobiet z wysokim ryzykiem osteoporozy/wysokim ryzykiem złamania,
 - c) podsumowanie badań diagnostycznych i ocena lekarska;

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze

5. monitorowanie prac w ramach programu,
6. ewaluacja programu i sprawozdawczość.

⁹ Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy, źródło:
<https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz> (odczyt:20.04.2021 r.)

Etap I – działania organizacyjne

Ad 1. Akcja informacyjna

Do rozpropagowania informacji o programie może zostać wykorzystane wsparcie takich podmiotów jak: lokalne media (prasa, radio), jednostki samorządu terytorialnego, lokalne podmioty lecznicze, instytucje wsparcia społecznego, sołtysi, radni a także kościoły parafialne. Mieszkańcy gmin w szczególności grupa docelowa, zostaną poinformowani m.in. o niebezpieczeństwach związanych z ryzykiem zachorowania na osteoporozę, zagrożeniami złamania kości oraz o ramach organizacyjnych akcji.

Ad 2. Rekrutacja do programu

Realizator będzie zobowiązany do przeprowadzenia rekrutacji uczestników. Podstawowe kryteria formalne to status mieszkańca gminy Brochów oraz gmin ościennych, wiek 40 lat i powyżej, wyrażenie chęci wzięcia udziału w programie (podpisanie zgody) oraz brak przeciwwskazań zdrowotnych. Kryteria szczegółowe zostały opisane w rozdziale III.2. Zgody na udział w programie zostaną zgromadzone w siedzibie realizatora programu ze szczególnym uwzględnieniem aktualnych przepisów o ochronie danych osobowych.

Etap II – działania edukacyjne i diagnostyczne

Ad 3. Działania edukacyjne

Skierowane do osób zamieszkujących gminę Brochów i gminy ościennie. Wykłady na temat promocji zdrowia mogą zostać przeprowadzone np. w placówkach opieki zdrowotnej, świetlicach wiejskich, szkołach, OSP itp. Uczestnikom programu będą przekazywane podstawowe informacje dotyczące kryteriów rozpoznania osteoporozy, ich następstw zdrowotnych, skuteczności wczesnie podjętej profilaktyki i leczenia oraz unikania bagatelizowania objawów chorobowych. W programie w ramach edukacji zostanie poruszony temat ryzyka i korzyści wynikających m.in. ze zmiany nawyków żywieniowych i behawioralnych. Zakresem edukacji powinny być tematy związane z redukcją czynników ryzyka, odpowiednie odżywianie, zapobieganie upadkom, ćwiczenia fizyczne, rehabilitację po złamaniach, zaopatrzenie ortopedyczne oraz walkę z bólem. Uczestnicy wykładów będą poddawani badaniu poziomu wiedzy przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz posttestu po prelekcji. Przygotowanie i przeprowadzenia testu leży po stronie realizatora programu. Zakłada się, że zajęcia odbędą się dla wszystkich osób chętnych z grupy docelowej, spełniającej kryteria włączenia i nie zostaną ograniczone minimalną ani

maksymalną liczbą uczestników. Dobór i zapewnienie odpowiedniej wielkości sali zależą od możliwości organizacyjnych realizatora. Podczas działań edukacyjnych realizator może wykorzystać własne materiały poglądowe, opracowane na podstawie wiarygodnych i rzetelnych źródeł naukowych.

Dodatkowo może posiłkować się np. plakatami, ulotkami lub broszurami. W celu właściwego zrealizowania celów zakładanych podczas działań edukacyjnych niezwykle ważny jest dobór właściwych technik oraz dostosowanie przekazu do potrzeb i możliwości grupy odbiorców.

Inne wymagania związane z prowadzeniem działań edukacyjnych:

- realizator programu prowadzi dokumentację zajęć edukacyjnych, m.in. rejestr uczestników,
- plan zajęć edukacyjnych uczestników programu zawiera m.in. informacje o osteoporozie, złamaniachiskoenergetycznych, korzyściach zmiany codziennych nawyków,
- informacja o celach i zakresie realizowanego programu oraz o zakresie i dostępności do tego rodzaju świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ.

Ad 4. Działania diagnostyczne

Każda osoba włączona do programu będzie mogła skorzystać z interwencji terapeutycznej w ramach programu.

Składają się na nią:

- a) ankieta oceniająca czynniki ryzyka zawarte w FRAX.
- b) lekarskie badanie kwalifikacyjne wraz z oceną 10-letniego ryzyka złamań osteoporotycznych metodą FRAX,
- c) ewentualne badanie densytometryczne u osób z wysokim ryzykiem osteoporozy /wysokim ryzykiem złamania,
- d) podsumowanie badań przesiewowych i ocena lekarska.

Ad 4a. Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX

Do obliczenia indywidualnego ryzyka złamania u osoby dorosłej wykorzystany zostanie kalkulator FRAX™. 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 ≥ 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 stwierdzi się np. przebyte mnogie złamanie,

długotrwałe przyjmowanie GKS w dużych dawkach, biochemiczne wskaźniki przyspieszonego obrotu kostnego czy sarkopenię i/lub częste upadki. Według tego narzędzia uznaje się ryzyko złamań głównych za duże przy wyniku $\geq 5\%$.

Ad 4b. Lekarskie badanie kwalifikacyjne

Wizyta rozpocznie się konsultacją lekarską w celu wykluczenia przeciwwskazań i zakwalifikowaniem pacjentów do programu. W jej trakcie zostanie wykonane badanie lekarskie, a także będzie przeprowadzony wywiad uwzględniający aktualny stan zdrowia oraz historię choroby dotyczącą występowania złamania, zachorowań ostrych i przewlekłych oraz stosowanych z tego powodu leków. W ramach diagnostyki osteoporozy wykonana zostanie ocena bezwzględnego 10-letniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjentów czynników ryzyka złamań. Osoby u których ryzyko 10-letniego złamania obliczonego przy użyciu narzędzia FRAX będzie $\geq 5\%$ kierowane będą na badanie densytometryczne. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań, związanych np. z chorobą, zostanie wyznaczony kolejny termin wizyty w celu ponownej kwalifikacji medycznej do zaplanowanych w programie interwencji. Osoby u których dziesięcioletnie ryzyko poważanego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej będzie niższe niż 5% zostaną poinformowane o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.

Ad 4c. Badanie densytometryczne

Badanie absorpcjometrii rentgenowskiej o podwójnej energii (DXA). Pacjentki, u których lekarz w trakcie badania kwalifikacyjnego stwierdzi wysokie ryzyko wystąpienia osteoporozy, np. na podstawie wysokiego ryzyka wystąpienia złamania (wynik $FRAX \geq 5\%$) zostanie wykonana densytometria szyjki kości udowej. Badanie densytometryczne gęstości kości nie wymaga specjalnego przygotowania. Na dobę przed badaniem nie należy zażywać suplementów wapnia i preparatów wielowitaminowych (inne leki powinno się przyjmować normalnie) – mogą one bowiem zafałszować wynik densytometrii. Aby uniknąć zakłóceń, nie należy mieć na sobie żadnych metalowych przedmiotów (np. metalowych zamków, guzików, biżuterii). Badania nie powinno się wykonywać w ciągu dwóch dni po podaniu środka kontrastowego (np. po tomografii komputerowej z kontrastem). Duże zmiany zwyrodnieniowe, złamania lub materiał obcy (np. proteza biodra) w miejscu badania uniemożliwiają interpretację wyniku, dlatego lekarz powinien wybrać wówczas inną

lokalizację. Badanie densytometryczne DXA pozostaje „złotym standardem” w rozpoznaniu osteoporozy.

Ad. 4d. Podsumowanie badań przesiewowych i ocena lekarska

Po uzyskaniu wyników badania i braku konieczności dalszej diagnostyki lekarz zobowiązany jest do przekazania wytycznych i rekomendacji na późniejszy okres i wskazanie do samoobserwacji objawów. Zalecana częstotliwość wykonywania badania DXA według wytycznych to nie częściej niż co 2 lata. Po wykonaniu oceny stanu zdrowia ukierunkowanej na wczesne wykrycie osteoporozy uczestniczka programu zostanie poinformowana przez lekarza o wynikach wykonanych badań oraz otrzyma rekomendacje dalszego postępowania poza programem.

Rekomendacje kliniczne wskazują również, że realizowane programy powinny zapewniać osobom z nieprawidłowymi wynikami badań przesiewowych odpowiednie poradnictwo oraz w razie potrzeby dalszą opiekę, konieczną w przypadku dodatniego wyniku badań przesiewowych. W przypadku wykrycia jakichkolwiek nieprawidłowości w wynikach przeprowadzonych testów diagnostycznych pacjenci będą informowani o konieczności i możliwości wykonania uzupełniających badań oraz ewentualnych dalszych działaniach realizowanych w specjalistycznych ośrodkach zajmujących się leczeniem osteoporozy, które już poza programem, ale w ramach kontraktu z NFZ, będą mogły zająć się szczegółową diagnostyką i leczeniem. Dodatkowo, przy okazji wizyty personel biorący udział w interwencji przeprowadzi indywidualne działania profilaktyczne i edukacyjne. Uczestniczce programu zostaną przedstawione informacje na temat czynników ryzyka złamań, weryfikacja możliwych działań niepożądanych stosowanych leków oraz identyfikacja i ewentualna eliminacja nowych czynników ryzyka złamań. Będzie to uzupełnieniem syntetycznej wiedzy przekazanej w ramach działań edukacyjnych na temat osteoporozy.

Etap III – działania kontrolne i sprawozdawcze programu

Ad. 5 Monitorowanie prac w ramach programu,

Ważnym elementem w ramach programu będzie monitoring działań obejmujący weryfikację zgłaszalności uczestników i oszacowanie jakości świadczeń realizowanych w programie. Uczestnik programu, po wykonaniu edukacji/badań zostanie poproszony o wypełnienie krótkiej ankiety ewaluacyjnej, która posłuży opracowaniu przez realizatora raportu rocznego dla organizatora.

Ad. 6. Ewaluacja programu i sprawozdawczość

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów. Do oceny efektywności mogą zostać wykorzystane mierniki epidemiologiczne rutynowo stosowane w analogicznych interwencjach. Są to m.in. wskaźniki zapadalności i chorobowości dotyczące problemu zdrowotnego objętego programem. Te ostatnie działania będą miały charakter długofalowy.

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

Organizatorem programu będzie gmina Brochów. Realizator, z którym gmina Brochów podpisze umowę, zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert. Może nim zostać podmiot leczniczy zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności, wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Badania prowadzone będą w gabinecie/gabinetach wskazanych przez realizatora. Podmiot realizujący badania i profilaktykę z zakresu osteoporozy będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, a także do zbierania pretestów, post-testów oraz ankiet satysfakcji uczestników. Realizator będzie przekazywał organizatorowi raporty i sprawozdania po danym okresie realizacji programu: okresowe, roczne i końcowe. Działania prowadzone będą na terenie gminy Brochów w miejscu wskazanym przez realizatora.

Informacje

o placówkach i terminach, w których będą realizowane zostaną rozpowszechniane za pomocą dostępnych kanałów i środków przekazu. Na podstawie danych liczbowych i organizacyjnych (m.in. lista osób zgłoszonych do programu,) zostaną zabezpieczone wymagane pomocnicze wyroby medyczne (sprzęt i materiały jednorazowego użytku). Realizator będzie dysponować kadrą lekarską, pielęgniarską, technikiem radiologiem

- czyli kadrę i sprzęt niezbędny do wykonywania zaplanowanych interwencji.¹⁰¹¹

Realizator będzie posiadał salę wykładową wyposażoną w projektor i nagłośnienie niezbędne do prowadzenia działań edukacyjnych dla personelu medycznego zaplanowanych w programie.

¹⁰ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2019, poz. 499 ze zm.), <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261381>, dostęp z 26.08.2019.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r., op. cit.; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. op. cit.

Realizator dysponuje osobami posiadającymi wiedzę niezbędną do prowadzenia szkoleń. Wykonawcy programu będą posiadali polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających 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 zapewni pomieszczenie higienicznosanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

Realizator zapewni pomieszczenie, gdzie będzie można przeprowadzić wywiad lekarski, badanie fizykalne, pomiar wzrostu i masy ciała pacjentek zaopatrzone w komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej.

Realizator zapewni dostęp do pracowni densytometrycznej, w której wykonane zostanie badanie szyjki kości udowej. Jest to sprzęt zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski.

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych.¹²

Wymagania dotyczące personelu medycznego:

1. w zakresie szkoleń personelu medycznego co najmniej 1 lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu;
2. w zakresie oszacowania 10-letniego ryzyka złamania kości metodą FRAX: co najmniej 1 pracownik medyczny posiadający odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania uczestników np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu personelu medycznego realizowanym w ramach programu.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 poz. 2069).
<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150002069>, dostęp z 26.08.2019.

3. w zakresie konsultacji lekarskich: co najmniej 1 lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy; lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.
4. w zakresie wykonania densytometrycznego: co najmniej 1 technik radiolog z certyfikatem do obsługi densytometru;
5. w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych dot. edukacji zdrowotnej: co najmniej 1 lekarz i/lub fizjoterapeuta i/lub pielęgniarka i/lub asystent medyczny i/lub edukator zdrowotny i/lub inny pracownik medyczny, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.

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

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

Monitoring i ewaluacja programu w praktyce będą polegały na analizie trzech podstawowych zagadnień:

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

Program jest zaplanowany na rok 2026, z możliwością kontynuacji w zależności od decyzji Rady Gminy Brochów i posiadanych zasobów finansowych.

V.1. Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitorowania przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby uczestników zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji programu będzie polegała na analizie raportów oraz okresowych i rocznych sprawozdań z realizacji programu.

Monitorowana będzie:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne; Planujemy objąć szkoleniem grupę 12 lekarzy oraz 16 pielęgniarek i 2 fizjoterapeutów

- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym; Planowane 1500 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$; Planowane 600 osób.
- 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 $\leq -2,5$). Planowane 500 osób.
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej; 500 osób
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów; Planowane 80 osób.
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie. Planowane 20 osób.

Ocenie podlegać może całość programu polityki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w odniesieniu do możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorowane przez realizatora, natomiast jakość świadczeń będzie sprawdzana za pomocą ankiet satysfakcji (przykładowe wzory zawiera załącznik 3). Kwestionariusz zostanie udostępniony uczestnikom akcji, którzy będą mogli go anonimowo wypełnić. Następnie kwestionariusze zostaną zebrane i przeanalizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia.

Wyciągnięte wnioski posłużą do podniesienia jakości programu i zwiększenia poziomu zadowolenia uczestników.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja to systematyczne badanie społeczno-ekonomiczne oceniające jakość i wartość programów publicznych. Jej celem jest poprawa poziomu projektowania i wdrażania programów oraz analiza ich skuteczności, efektywności i wpływu na populację. Jest ona zatem procesem doskonalenia programu (jego systemu zarządzania i wdrażania, sposobu wydatkowania środków), jak również krytyczną oceną wartości i jakości pomocy udzielanej uczestnikom. Do oceny efektywności będą wykorzystane następujące mierniki:

- liczba osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu), nie mniej niż 27 osób

- liczba uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu), nie mniej niż 50 %
- odsetek świadczeniobiorców z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX; ok. 60%
- odsetek świadczeniobiorców z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu; ok 30%

Należy jednak zaznaczyć, że w przypadku przedmiotowego programu rzeczywisty wymiar jego efektów znany będzie dopiero po długim czasie od zastosowania interwencji. Powyższe analizowane będzie przez odpowiednie narzędzia – kwestionariusze lub ankiety dedykowane do ww. pomiarów.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty całkowite

Na realizację programu polityki zdrowotnej „Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów” Gmina Brochów przeznaczyła kwotę **66.000 zł** na cały okres trwania programu. Całkowity planowany budżet programu został określony w wysokości **330 000 zł**. Program zostanie sfinansowany ze środków Funduszu Medycznego w wysokości **264 000 zł** co stanowi 80% kosztów.

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji wybrano populację docelową w ramach żadanego programu zdrowotnego. Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną na podstawie wskaźników epidemiologicznych liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, koszty kampanii informacyjnej oraz realizacji działań edukacyjnych i badań diagnostycznych.

VI.2. 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).

Budżet programu został określony na rok 2026 w wysokości 330 000 zł.

Lp.	Zadanie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.	Kwalifikacja medyczna uczestników	Osoba	100 zł	600	60.000
2.	Ocena ryzyka złamań FRAX	Osoba	100 zł	600	60.000
3.	Badanie densytometryczne DXA	Badanie	200 zł	500	100.000
4.	Konsultacja lekarska po badaniu	Osoba	150 zł	500	75.000
5.	Działania informacyjno-edukacyjne	Pakiet	10.000	2	20.000
6.	Obsługa administracyjna i sprawozdawcza	Ryczałt	15.000	1	15.000
Ogółem					330.000

Program zostanie sfinansowany ze środków Funduszu Medycznego w wysokości 264 000 zł co stanowi 80% kosztów.

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, banerów oraz plakatów informacyjnych, gadżetów, koszty marketingu,
- koszty administracyjno-biurowe, wydruki ankiet, transport materiałów,

- utrzymanie sprzętu i infrastruktury wyodrębnionej na potrzeby programu,
 - koszty obsługi organizacyjnej, księgowej, kadrowej, prawnej, informatycznej, sprzątnia, ochrony, utylizacji śmieci, materiałów, środków czystości oraz mediów.

Koszty interwencji

Koszty roczne realizacji interwencji po stronie realizatora to:

- działania edukacyjne (koszty przeznaczone na wynagrodzenia prelegentów, przygotowanie materiałów dla uczestników spotkań oraz warsztatów),
- wykonanie badania kwalifikacyjnego lekarskiego wraz o oceną FRAX,
- wykonanie badania DAX u zakwalifikowanych pacjentek.

Usługi lekarza specjalisty w zakresie leczenia osteoporozy obejmują diagnostykę różnicową (osteoporozy wtórne, inne choroby kości, choroby towarzyszące), szczegółowe ustalenie wszystkich czynników ryzyka złamań w celu możliwej ich eliminacji oraz koszty sprzętu i materiałów jednorazowego użytku, utylizacji zużytego sprzętu i materiałów medycznych.

Koszt całkowity realizacji programu będzie zależny od liczebności populacji uczestniczącej w programie. Przyjęto optymalną liczbę wykonywanych świadczeń i maksymalne stawki za realizację poszczególnych interwencji w ramach programu, które mogą być jednym z kryteriów wyboru realizatora. Maksymalne stawki wyceny świadczeń mieszczą się w średnich kosztach rynkowych danej procedury.

VI.3. Źródła finansowania

Niniejszy program polityki zdrowotnej sfinansowany zostanie w 20% ze środków budżetu Gminy Brochów w ramach funduszu przeznaczonego na realizację programów polityki zdrowotnej. Gmina zabezpieczy uchwałą Rady Gminy kwotę w wysokości potrzebnej do realizacji programu.

Program zostanie sfinansowany ze środków Funduszu Medycznego w wysokości 264 000 zł co stanowi 80% kosztów.

VII. Bibliografia Publikacje:

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

2. J. Dardzińska, H. Chabaj – Kędroń, S. Małgorzewicz,, Osteoporoza jako choroba społeczna i cywilizacyjna – metody profilaktyki, Hygeia Public Health 2016
3. J. Rottermund, A. Knapik, Terapia zajęciowa w kompleksowej rehabilitacji osób z osteoporozą. Kwartalnik Niepełnosprawność, PFRON 2020.
4. M. Janiszewska, T. Kulik, M. Dziedzic, D. Żołnierczuk-Kieliszek, A. Barańska, Osteoporoza jako problem społeczny – patogeneza, objawy i czynniki ryzyka osteoporozy pomenopauzalnej Probl Hig Epidemiol 2015, źródło: <http://phie.pl/pdf/phe-2015/phe-2015-1-106.pdf>
5. M. Rabijewski, Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, Forum Zakażeń 2017.
6. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 79/2020 z dnia 30 października 2020 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy na lata 2021-2025”, źródło: <https://bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/opinie-o-projektach-programowzdrowotnych-realizowanych-przez-jst>
7. „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2018.
8. Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy, źródło: www.bipold.aotm.gov.pl/index.php/repozytorium-ppz-2/rekomendacje-do-zalecanych-technologii-ppz
9. M. Rabijewski, Czynniki ryzyka osteoporozy, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowego rozwoju i metabolizmu tkanki kostnej, Forum Zakażeń 2017.
10. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz.U. z 2019, poz. 499 ze zm.),

11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r., op. cit.; Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. op. cit.
12. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz.U. z 2019, poz. 175 ze zm.) <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20101070679>, dostęp z 26.08.2019.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 poz. 2069). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20150002069>, dostęp z 26.08.2019

1. Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania

.....
.....
Imię i nazwisko uczestnika

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

Ja niżej podpisany oświadczam, że w chwili aplikowania do „Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów” (dalej zwany „programem”) mieszkam na terenie powiatu sochaczewskiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

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

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

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Funduszu Medycznego.

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

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

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

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

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

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

.....

Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

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

Załącznik 2. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w programie

Rezygnacja z udziału w „Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów”

.....
.....

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów”.

Powodem mojej rezygnacji jest*:

.....

..... Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

* Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

** Niepotrzebne skreślić

3A. Wzór ankiety satysfakcji uczestników programu

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w „Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Osteoporozy realizowany przez Gminę Brochów”

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

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

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

1. W jakim stopniu program spełnił Państwa oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak oceniają Państwo osobę prowadzącą aplikację/rekrutację do programu?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

3. Jak oceniają Państwo osobę szacującą ryzyko złamań metodą FRAX?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

4. Jak oceniają Państwo osobę wykonującą badanie densytometryczne?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

5. Jak oceniają Państwo edukację zdrowotną w ramach programu?

1 2 3 4 5

6. Jak oceniają Państwo konsultację lekarską?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

7. W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w programie?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

8. Jak oceniają Państwo organizację programu?

1 2 3 4 5 nie dotyczy

9. Skąd dowiedzieli się Państwo o możliwości aplikowania do programu? (proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź) z podmiotu leczniczego (szpitala,

-
-
-
-

przychodni), od lekarza rodzinnego/pielęgniarki, z Internetu, inne (jakie?)

.....

10. Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?

tak nie

11. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Załącznik 3B. Wzór ankiety satysfakcji uczestników szkolenia dla personelu medycznego

Szanowni Państwo, ankieta ta ma na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag na temat Państwa udziału w szkoleniu..

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

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

1. W jakim stopniu szkolenie spełniło Państwa oczekiwania?
1 2 3 4 5
2. Jak oceniają Państwo wiedzę i kompetencję osoby/osób prowadzącej/prowadzących szkolenie?
1 2 3 4 5
3. Jak oceniają Państwo przydatność przekazywanych treści?
1 2 3 4 5
4. Jak oceniają Państwo poziom merytoryczny szkolenia?
1 2 3 4 5
5. Jak oceniają Państwo stan swojej wiedzy po zakończeniu udziału w szkoleniu?
1 2 3 4 5
6. Jak oceniają Państwo formę szkolenia?
1 2 3 4 5
7. W jakim stopniu odpowiadała Państwu atmosfera panująca w trakcie uczestnictwa w szkoleniu?
1 2 3 4 5
8. Jak oceniają Państwo organizację szkolenia?
1 2 3 4 5
9. Czy uważają Państwo, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?
 tak nie

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

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Test dla uczestników programu sprawdzający wiedzę z zakresu profilaktyki osteoporozy

Imię i nazwisko:.....

punktów:/10

Liczba

Pre-test / post-test*

Pytania jednokrotnego wyboru.

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

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

Klucz do testu sprawdzającego wiedzę z zakresu profilaktyki osteoporozy.

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

PRZEWODNICZĄCY
RADY GMINY
Jacek Karaś