**Uchwała Nr ....................  
Rady Miejskiej w Kcyni**

z dnia 23 sierpnia 2022 r.

**w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA SENIORÓW Z TERENU GMINY  
KCYNIA NA LATA 2022-2025 „KOPERTA ŻYCIA - ZADBAJ O SWOJE BEZPIECZEŃSTWO"**

Na podstawie art.18 ust.1 w związku z art. 7 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 559 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.) Rada Miejska w Kcyni uchwala, co następuje.

**§ 1.**Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pod nazwą „PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA SENIORÓW Z TERENU GMINY KCYNIA NA LATA 2022-2025 „KOPERTA ŻYCIA - ZADBAJ O SWOJE BEZPIECZEŃSTWO"

**§ 2.**Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Kcyni.

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | Przewodniczący Rady Miejskiej w Kcyni   **Jan Kurant** |

Załącznik do uchwały Nr ....................  
Rady Miejskiej w Kcyni  
z dnia 23 sierpnia 2022 r.

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA SENIORÓW Z TERENU GMINY KCYNIA NA LATA 2022-2025 „KOPERTA ŻYCIA - ZADBAJ O SWOJE BEZPIECZEŃSTWO"**



**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA SENIORÓW Z TERENU GMINY**

**KCYNIA NA LATA 2022-2025 „KOPERTA ŻYCIA - ZADBAJ O SWOJE**

**BEZPIECZEŃSTWO"**

**Kcynia**

1. Nazwa programu: "PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ DLA SENIORÓW Z TERENU GMINY KCYNIA NA LATA 2022-2025 „KOPERTA ŻYCIA - ZADBAJ O SWOJE BEZPIECZEŃSTWO"

2. Okres realizacji programu: 2022 - 2025

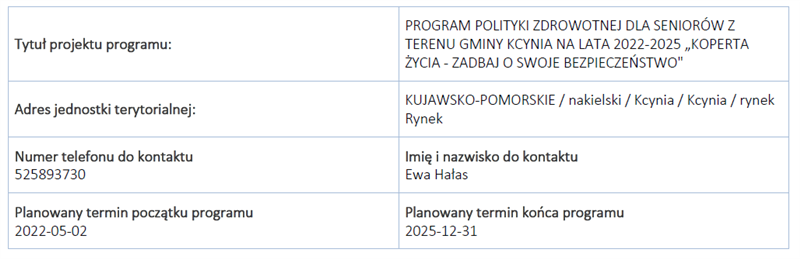
3. Autor programu: inspektor Ewa Hałas

4. Kontynuacja/trwałość programu: Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie, ale może być kontynuowany po 2025 roku.

5. Dane kontaktowe: Urząd Miejski w Kcyni, ul. Rynek 23, 89 - 240 Kcynia, e-mail:urzad@kcynia.pl, tel. 52 589 37 20, fax. 52 589 37 22

6. Data opracowania programu: czerwiec 2022 r.

**I.**PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE



**II.**OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Problem zdrowotny

Program polityki zdrowotnej odnosi się do osób starszych i związanych z wiekiem oraz stanem zdrowia w sytuacji zagrożenia życia. Projekt wpisuje się w następujący priorytet: „Wykaz zadań służących realizacji celu operacyjnego 5: Wyzwania demograficzne, nazwa zadania: "Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych" oraz "Opracowywanie rozwiązań wspierających wykrywanie i monitorowanie przebiegu chorób związanych z wiekiem oraz wdrożenie tych rozwiązań" należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 10 marca 2021 r.. (Dz.U. 2021, poz. 642). Gmina Kcynia to jedną z pięciu gmin powiatu nakielskiego w województwie kujawsko-pomorskim. Przepięknie ulokowane jest samo miasto Kcynia, którego panorama zachwyca wjeżdżających do miasta z każdej strony. Jest to bez wątpienia najbardziej malownicze, położone na wzgórzu morenowym (136 m n.p.m.) miasteczko na terenie Pałuk. Gmina Kcynia stanowi integralną część historycznego regionu Pałuk w północno - wschodniej części Wielkopolski. Leży w północnej części Pojezierza Gnieźnieńskiego, wchodzącego w skład Pojezierza Wielkopolskiego. Od 1.01.1999 r. miasto i gmina Kcynia przydzielona została do nowopowstałego powiatu nakielskiego w województwie kujawsko - pomorskim. Kcynia położona jest przy granicy z woj. wielkopolskim i sąsiaduje z gminami: Szubin, Nakło, Sadki, Żnin (województwo kujawsko – pomorskie) oraz Gołańcz i Wapno (województwo wielkopolskie). Gmina Kcynia należy do największych pod względem powierzchni gmin województwa kujawsko – pomorskiego, zajmuje 29 702 ha. W skład gminy wchodzą: miasto i aż 54 wsie. Gmina ma charakter typowo rolniczy. Wiele miejscowości to wsie popegeerowskie. Pod względem demograficznym (dane GUS stat. na koniec 2020 r.) - Gmina Kcynia liczy 13.204 mieszkańców, z czego 49,6% stanowią kobiety, a 50,4% mężczyźni. W latach 2002-2020 liczba mieszkańców zmalała o 4,4%. Średni wiek mieszkańców wynosi 40,2 lat i jest nieznacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego oraz nieznacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Mieszkańcy gminy Kcynia zawarli w 2019 roku 49 małżeństw, co odpowiada 3,7 małżeństwom na 1000 mieszkańców. Jest to znacznie mniej od wartości dla województwa kujawsko-pomorskiego oraz znacznie mniej od wartości dla Polski. W tym samym okresie odnotowano 2,0 rozwodów przypadających na 1000 mieszkańców. 30,8% mieszkańców gminy Kcynia jest

stanu wolnego, 57,0% żyje w małżeństwie, 3,4% mieszkańców jest po rozwodzie, a 8,5% to wdowy/wdowcy. Gmina Kcynia ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -10. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -0,75 na 1000 mieszkańców gminy Kcynia. W 2019 roku urodziło się 125 dzieci, w tym 52,0% dziewczynek i 48,0% chłopców. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,83 i jest znacznie większy od średniej dla

województwa oraz znacznie większy od współczynnika dynamiki demograficznej dla całego kraju. W 2019 roku aż 34,9% zgonów w gminie Kcynia spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 31,2% zgonów w gminie Kcynia były nowotwory, a 6,8% zgonów spowodowanych było chorobami układu oddechowego. Na 1000 ludności gminy Kcynia przypada 10.07 zgonów. Jest to nieznacznie mniej od wartości średniej dla województwa kujawsko-pomorskiego oraz nieznacznie

mniej od wartości średniej dla kraju. W 2019 roku zarejestrowano 92 zameldowań w ruchu wewnętrznym oraz 168 wymeldowań, w wyniku czego saldo migracji wewnętrznych wynosi dla gminy Kcynia -76. W tym samym roku 4 osób zameldowało się z zagranicy oraz zarejestrowano 0 wymeldowań za granicę - daje to saldo migracji zagranicznych wynoszące 4. 60,8% mieszkańców gminy Kcynia jest w wieku produkcyjnym, 19,0% w wieku przedprodukcyjnym, a 20,2% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym. W 2020 r. na terenie gminy Kcynia udzielono 62.228 porad medycznych, rok wcześniej były to 74.334 porady. Funkcjonują tu 2 przychodnie zdrowia – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Nasza Przychodnia w Kcyni oraz Poradnia Ogólna Ośrodek Zdrowia Żarczyn 25. Od kilku lat w siedzibie OSP w Kcyni funkcjonuje zespół ratownictwa medycznego podlegający pod grupę Nowy Szpital w Nakle nad Not. i Szubinie, który ma do dyspozycji 1 karetkę pogotowia.

Nowocześnie wyposażony VW Crafter mający na pokładzie wysokiej klasy sprzęt niezbędny przy prowadzeniu akcji ratowniczych: defibrylator Lifepack 15 z możliwością teletransmisji zapisu EKG do ośrodka kardiologii inwazyjnej oraz pompę infuzyjną, ssak automatyczny, nowoczesny respirator transportowy Parapac 310+ z możliwością wentylacji CPAP – szczególnie istotne u pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19 ,trafił do Kcyni w czerwcu 2021 r. Z uwagi na duży teren gminy, wiek mieszkańców, fakt, iż wiele osób zamieszkuje samotnie; jak również fakt, iż na jej terenie nie mamy szpitala (najbliższy oddalony jest od Kcyni o 17,5 km – Szubin; szpital Nakło – 19,5 km; szpitale specjalistyczne Bydgoszcz -55 km Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Biziela w Bydgoszczy, Kornela Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz, 57 km – Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr Antoniego Jurasza, Marii Skłodowskiej Curie 9, 85-094 Bydgoszcz), konieczne jest zadbanie o zapewnienie maksimum bezpieczeństwa mieszkańców w wieku senioralnym, ale nie tylko….

Koperta życia w gminie Kcynia ma być działaniem skierowanym do osób przewlekle chorych, starszych, samotnych. Polegać będzie na umieszczeniu w specjalnie przygotowanych kopertach najważniejszych informacji o stanie zdrowia, przyjmowanych lekach, alergiach na leki, kontaktach do najbliższych, danych osobowych, w tym nr pesel. Pakiet z takimi informacjami powinien być przechowywany w lodówce, czyli miejscu, które jest prawie w każdym domu i zarazem jest łatwo dostępne. Koperta życia stanowić będzie źródło informacji dla służb medycznych, w szczególności dla zespołów ratownictwa medycznego, które w pierwszej kolejności docierają do pacjenta w sytuacji zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego.

1. Epidemiologia ww. problemu zdrowotnego

Sprawne funkcjonowanie społeczeństw jest zjawiskiem niezwykle złożonym, w którym cykl zmian pokoleniowych charakteryzujących się współistnieniem i uzupełnianiem cech młodości i witalności z doświadczeniem i dojrzałością stanowi jeden z podstawowych elementów równowagi. Biorąc pod uwagę zmieniającą się obecnie strukturę pokoleniową należy stwierdzić, że skala zjawiska starzenia się społeczeństwa znacznie wzrosła, co przy jednoczesnym spadku przyrostu naturalnego sprawia, że odsetek seniorów stale rośnie. Jest to m.in. skutkiem wydłużania się ludzkiego życia, postępu cywilizacyjnego i poprawy jakości życia. Niepokój budzi nie sam fakt wzrostu ilościowego starszej populacji, co wzrost jej udziału w odniesieniu do najmłodszych grup wiekowych w strukturze demograficznej społeczeństwa. W polskim społeczeństwie od połowy lat osiemdziesiątych systematycznie wzrasta liczba osób powyżej 60 roku życia. Te zmiany demograficzne wymuszają konieczność zmian w organizacji ochrony zdrowia i opieki nad tą grupą osób. Starość jest trudnym

okresem w życiu człowieka, zwłaszcza jeśli nie został on do tego okresu przygotowany. Doświadcza w szczególności wielu ograniczeń zdrowotnych a jakość życia w tym okresie w znacznej mierze zależy od rodzajów i trafności rozpoznawania potrzeb zdrowotnych oraz jakości ich zaspokajania. Osoby starsze i schorowane niekiedy nie posiadają rodziny oraz bliskiej osoby. Pozostają same w gospodarstwie domowym. Nie mają nawet komu przekazać informacji np. na temat stanu swojego zdrowia, zażywanych leków. Program „Koperta życia - zadbaj o swoje bezpieczeństwo” dedykowany jest przede wszystkim do seniorów, osób samotnych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych. O ludzkim życiu często decydują minuty. Ratownikom medycznym przybyłym na pomoc niejednokrotnie brakuje informacji o stanie zdrowia chorego i przyjmowanych lekach.

Dzięki przejrzystemu systemowi przechowywania dokumentacji medycznej udzielenie pomocy będzie szybsze, łatwiejsze, a co za tym idzie wzrośnie także szansa na efektywne rozpoznanie ratujące zdrowie i życie chorego. Ratownicy medyczni wielokrotnie podkreślają, że informacje zawarte w kopercie życia pomogły w szybkim i skutecznym podjęciu odpowiednich działań. Projekt programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytet pn. „zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi” oraz "Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych" należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 kwietnia 2021 r.(Dz. U. poz. 642). W 2020 r. zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia dla blisko 2,8 mln osób. W izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych z doraźnej pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym skorzystało ponad 3,2 mln pacjentów. W szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie stacjonarnym leczonych było blisko 1,4 mln osób. W ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w 2020 r. funkcjonowało 1 581 zespołów ratownictwa medycznego (o 4 więcej niż przed rokiem), z czego 1 238 podstawowych i 343 specjalistycznych.

Podobnie jak w latach ubiegłych utrzymuje się spadek liczby zespołów specjalistycznych przy jednoczesnym wzroście liczby zespołów podstawowych. Doraźnej pomocy medycznej udzielały również lotnicze zespoły ratownictwa medycznego z 21 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, a także 239 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Z systemem współpracowały 154 izby przyjęć, 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z mnogimi wielonarządowymi obrażeniami ciała oraz 11 centrów urazowych dla dzieci. Zespoły ratownictwa medycznego udzielają pomocy medycznej poza szpitalem osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach medycznych czynności ratunkowych wykonano prawie 2,8 mln wyjazdów/wylotów. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia zmniejszyła się o 341,1 tys. Najczęściej zespoły ratownictwa medycznego udzielały pomocy w domu pacjenta (77,9% przypadków – o 5,7 p. proc. więcej niż w 2019 r.). Zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych dla blisko 2,8 mln osób (o 356,5 tys. mniej niż w roku poprzednim), z czego 4,5% stanowiły dzieci i młodzież do 18 lat, a 48,5% – osoby w wieku 65 lat i więcej (w 2019 r. odsetki te wyniosły odpowiednio 6,0% i 45,4%).

W Polsce na 1 tys. ludności przypadały 72 osoby, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej (w roku poprzednim wskaźnik ten wynosił ponad 81 osób). Najwięcej osób, które skorzystały z pomocy medycznej w miejscu zdarzenia w przeliczeniu na 1 tys. ludności, odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 95 osób, a najmniej w w o j e w ó d z t w i e w i e l k o p o l s k i m – 5 0 o s ó b#.

Mając na uwadze dane pochodzące z Europejskiego ankietowego badania zdrowia (ang. European Health Interview Survey – EHIS) występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych stwierdza się u większości starszych osób - tylko co 9 deklarowała brak takich problemów (prezentowane dane dotyczą starszych osób chorujących, tj. zgłaszających występowanie wybranych chorób lub dolegliwości w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przeprowadzeniem badania). Wraz z wiekiem poszerza się lista występujących chorób przewlekłych czy dolegliwości (na 1 osobę z grupy 60-69 lat przypadało 3,1 chorób przewlekłych czy dolegliwości, wśród siedemdziesięciolatków - 4,1, a wśród osób najstarszych – 4,5). Wśród najczęstszych dolegliwości zdrowotnych starszych Polaków wymienić należy nadciśnienie tętnicze (ponad 50% populacji), bóle dolnej partii pleców (ponad 40%) oraz chorobę zwyrodnieniową stawów (blisko 40% osób starszych). Następnie: bóle szyi lub środkowej części pleców (po 29%), chorobę wieńcową (występuje u co 4. osoby starszej). Kolejne pozycje zajęły: cukrzyca (18%), nietrzymanie moczu, choroby tarczycy oraz migrena (po około 12%).

W świetle powyższych danych, wzrostu liczby chorób, jak również dużej liczby świadczeń medycznych udzielanych przez ZRM w domu, posiadanie właściwie przygotowanej Koperty, będzie również czynnikiem determinującym właściwą, szybką diagnozę.

W dniu 30 sierpnia 2021 r. Ministerstwo Zdrowia opublikowało pierwszą z map potrzeb zdrowotnych opracowaną zgodnie z nowymi zasadami po nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych – „Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.”

Według prognoz GUS liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej na koniec 2025 r. wynosić będzie 37 741 tys. osób (spadek o 1,04% w porównaniu z 2019 r.), w 2030 r. – 37 185 tys. (2,50%), w 2040 r. – 35 668 tys. (6,48%), a w 2050 r. – 33 951 tys. (11%). Spadek liczby ludności nie będzie odbywał się równomiernie ani w przekroju terytorialnym, ani w podziale na miasto i wieś. Wszystkie województwa w Polsce doświadczą spadku bezwzględnej liczby ludności. Największy spadek w 2050 r. względem 2019 r. będzie miał miejsce w województwie śląskim, gdzie liczba mieszkańców zmniejszy się o 817 tys., a najmniejszy w pomorskim (55 tys.). Nieco inaczej rozkładają się jednak zmiany względne. Województwem, w którym ubędzie najwięcej ludności w stosunku do stanu z 2019 r. będzie województwo opolskie ze spadkiem o 23,4%, najmniej, bo tylko 1,1% ludności ubędzie w województwie mazowieckim. Prognozowane zmiany liczby ludności na poziomie powiatów prezentują jeszcze większe zróżnicowanie. W liczbach bezwzględnych największe spadki dotkną duże miasta – w Łodzi liczba ludności do 2050 r. zmniejszy się o 195,7 tys., a w Poznaniu o 130 tys. Jednocześnie znacząco powiększać się będą powiaty okalające duże miasta – liczba mieszkańców powiatu poznańskiego wzrośnie o 168 tys., a wołomińskiego (województwo mazowieckie) o 76 tys. Ponownie w ujęciu procentowym różnie te będą wyglądały nieco inaczej. W powiecie hajnowskim (województwo podlaskie) prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności spadnie aż o 39,9%, a w powiecie m. Konin (wielkopolskie) o 38,1%. Liderami wzrostu będą z kolei powiat wrocławski (+49,1% ludności) oraz gdański (+45,8%). Zmiany te będą wymagały odpowiednich dostosowań organizacyjnych i infrastrukturalnych w systemie opieki zdrowotnej w Polsce. Bardzo istotnym zjawiskiem będzie tzw. suburbanizacja, czyli rozlewanie się dużych miast na obszary przyległe, przy jednoczesnym zmniejszaniu liczby ludności w obszarze obecnych granic miast. Warto zwrócić uwagę, że poza obszarem oddziaływania dużych miast liczba ludności będzie spadać, co może utrudnić dostarczanie usług medycznych oraz dodatkowo zwiększyć wykluczenie społeczne. Analizując przekrój w podziale na typ miejscowości, do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 1,8%. Jest to związane w dużej mierze z opisanym wcześniej zjawiskiem suburbanizacji – tereny podmiejskie, na które migrować będzie ludność miast, są często klasyfikowane statystycznie jako wsie. Widać to na analizie na poziomie powiatów. Powiatami, w których liczba ludności na wsiach wzrośnie najbardziej, będą powiaty: policki obok Szczecina (wzrost mieszkańców wsi o 63,3%) oraz ponownie powiat poznański (wzrost mieszkańców wsi o 59,9%). Można przypuszczać, że część z miejscowości, które dzisiaj klasyfikujemy jako wsie, pod wpływem migracji zmieni swój status na miasta. Z drugiej strony istnieją powiaty, w których wsie ulegają znacznemu wyludnieniu, są to m.in. wspomniany już powiat hajnowski w województwie podlaskim (spadek liczby mieszkańców wsi o 40,7%) oraz powiat hrubieszowski w województwie lubelskim (spadek o 39,1%). W przypadku miast wyludnieniu ulegną przede wszystkim małe miasteczka. Choć powiatem o jednym z największych spadków liczby ludności jest Konin, to znajduje się on dopiero na 14. miejscu pod względem procentowego spadku liczby mieszkańców miast. W tym zestawieniu najgorzej wypada powiat łęczyński w województwie lubelskim, w którym liczba mieszkańców miast spadnie o 56,6% (warto zaznaczyć, że znajduje się tam tylko jedna gmina miejska - licząca 23 tys. mieszkańców Łęczna) oraz powiat konecki w województwie świętokrzyskim, gdzie ubędzie 44,3% mieszkańców miast (znajdują się tam trzy miasta - liczące 19 tys. mieszkańców Końskie, prawie 6 tys. Stąporków oraz 3 tys. Radoszyce). Najdynamiczniejszy procentowy wzrost liczby mieszkańców miast będzie miał miejsce w powiecie siedleckim (+57,1%) oraz kaliskim (+51,8%). Prognozowane zmiany demograficzne to nie tylko zmiana liczby, ale także struktury ludności Rzeczypospolitej Polskiej. Malejąca liczba urodzeń oraz rosnąca długość życia spowodują odwrócenie piramidy wieku.

W Polsce, podobnie jak i w innych krajach UE, zachodzą zmiany demograficzne mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej – przede wszystkim starzenie się społeczeństwa, nadumieralność mężczyzn oraz brak zastępowalności pokoleń. Prognozuje się, że do 2050 r. liczba ludności Rzeczypospolitej Polskiej spadnie do niecałych 34 mln. Szybkie starzenie się ludności oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż życia ogółem wskazuje na rosnące wyzwania dla ochrony zdrowia. Będą one związane przede wszystkim z większym zapotrzebowaniem na opiekę nad osobami starszymi oraz utrudnieniem finansowania tej opieki ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym. Niepokojącym wnioskiem płynącym z analizy demograficznej jest fakt, że niezależnie od podejmowanych działań, nie da się w najbliższym czasie zatrzymać procesu starzenia się społeczeństwa w Polsce. Powojenny wyż demograficzny jest zjawiskiem realnie występującym, a przedstawiciele tego pokolenia są już na emeryturze lub za kilka lat na nią przejdą. W perspektywie 30 lat dołączą do nich również osoby urodzone w wyżu z lat 70. i 80. Zakładając nawet bardzo szybki wzrost dzietności należy mieć na uwadze, że nie ma to wpływu na starzenie się populacji już żyjącej. Co więcej, w związku z malejącą liczbą kobiet w wieku rozrodczym żaden realny scenariusz demograficzny nie przewiduje zatrzymania spadku liczebności populacji. Choć obecnie ok. 60% ludności Rzeczypospolitej Polskiej zamieszkuje miasta, to prognozuje się, że do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy ludność wsi spadnie o zaledwie 1,8%. Jest to wynik wyższej dzietności na wsi niż w miastach oraz migracji z miast na tereny podmiejskie klasyfikowane statystycznie jako wsie. W ujęciu powiatowym liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w samych miastach i powiatach od nich oddalonych. Związane to będzie głównie z migracją z miast na tereny podmiejskie i rozlewaniem się samych miast (tzw. suburbanizacja). Wymusi to zmianę lokalizacji tych punktów opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej pacjenta, w szczególności POZ. Zmianie ulegnie również miejsce świadczenia usług, takich jak opieka dzienna nad osobami starszymi i innych usług wymagających częstej interakcji z pacjentem. Część z punktów POZ znajdujących się na terenach szybko wyludniających się prawdopodobnie będzie musiała zostać zlikwidowana, a nowe punkty będą musiały zostać utworzone na terenach podmiejskich, tak by zapewnić odpowiednią opiekę rosnącej populacji tych obszarów. Informacje o długości życia w podziale na płeć wskazują na wyraźnie krótszą długość życia mężczyzn niż kobiet. Dotyczy to szczególnie mężczyzn żyjących na wsi. Zróżnicowanie w długości życia między płciami jest zdecydowanie wyższe niż mierzone dla tych samych płci, lecz pomiędzy różnymi województwami. Sugeruje, że to właśnie płeć, w szczególności związany z nią tryb życia (m.in. wykonywana praca, mniej intensywna profilaktyka, częstsze nałogi), a nie np. dostępność świadczeń opieki zdrowotnej wpływa na obserwowane rezultaty dotyczące długości życia. Choć długość życia Polaków jest niższa od średniej unijnej, to mężczyźni w Polsce wyraźniej niż kobiety odstają od średniej dla swojej płci. Pomimo że przyczyna tego problemu jest złożona, wydaje się koniecznym podjąć aktywniejsze działania w celu zmniejszenia różnic w długości życia pomiędzy płciami oraz ogólnego zmniejszenia różnic pomiędzy Rzecząpospolitą Polską a UE. Działania te mogą mieć różny charakter, w szczególności mogą się odbywać w ramach edukacji zdrowotnej i profilaktyki. Jednocześnie dalsza oczekiwana długość życia od lat ulega wydłużeniu, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, niezależnie od analizowanego wieku. W przypadku osób starszych kobiety w wieku 60 lat najdłużej będą żyły w województwie podlaskim, najkrócej w województwie śląskim, w przypadku mężczyzn w tym samym wieku najdłużej będą oni żyli w województwie podkarpackim, a najkrócej w województwie opolskim. Obserwowana jest tendencja spadkowa w przypadku liczby urodzeń martwych i urodzeń martwych na 1 000 urodzeń żywych. Jednocześnie na wsi dochodzi częściej do zgonów niemowląt na 1 000 urodzeń żywych niż w miastach. Choć przyczyn może być wiele (m.in. warunki życia), to jednymi z potencjalnie istotnych wydają się być dostępność usług okołoporodowych (np. wizyty pielęgniarki środowiskowej) oraz świadomość rodziców w zakresie prawidłowej opieki nad niemowlętami (np. odpowiednie uwrażliwienie na niepokojące sygnały zdrowotne). Długookresowo zmniejsza się dzietność kobiet zarówno w Polsce, jak i UE. Choć od 2014 r. do 2017 r. wskaźnik ten w Polsce nieznacznie wzrastał w stosunku do lat poprzednich, to od 2018 r. znowu ulega obniżeniu. Prognozy demograficzne GUS i Eurostatu przewidują wzrost wskaźnika dzietności w najbliższych latach, nie prognozuje się jednak by miał on osiągnąć poziom gwarantujący prostą zastępowalność pokoleń. W Polsce są cztery województwa, gdzie wskaźnik ten w 2019 r. był wyraźnie wyższy niż ogółem w kraju: mazowieckie, pomorskie, małopolskie oraz wielkopolskie. Spadek liczby urodzeń w tych regionach powinien być najmniej widoczny. W ujęciu powiatowym najwyższą wartość wskaźnika (2,236) ma powiat kartuski, który jako jedyny w Polsce, osiągnął wartość gwarantującą prostą zastępowalność pokoleń. Jednocześnie spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym, przy wolno rosnącym wskaźniku dzietności, spowoduje mniejszą bezwzględną liczbę urodzeń, a co za tym idzie spadek zapotrzebowania na usługi położnicze i opiekę pediatryczną. Rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko oraz średni wiek kobiet przy porodzie i przy urodzeniu pierwszego dziecka, choć Polki wciąż w młodszym wieku decydują się na urodzenie pierwszego dziecka niż Europejki. Przyrost naturalny w 2019 r. był ujemny i najniższy od 30 lat. Współczynnik przyrostu naturalnego zmniejszał się, dla miasta osiągnął wartość ujemną, dla wsi w okolicach zera. W latach 2012-2016 wartość tego współczynnika dla Rzeczypospolitej Polskiej wypadała gorzej niż dla UE, w 2017 r. uległa zrównaniu, jednak w 2019 r. ponownie wypada nieco gorzej. Pomimo że rodzi się więcej chłopców, występuje stała nadwyżka kobiet nad mężczyznami, co wynika z większej śmiertelności niemowląt w przypadku chłopców oraz krótszej dalszej oczekiwanej długości życia mężczyzn w chwili urodzenia. W kontekście starzenia się społeczeństwa i przy obecnym zróżnicowaniu wieku emerytalnego dodatkowo zwiększa to obciążenie systemu opieki zdrowotnej oraz zmniejsza wpływy z tytułu składek. Jak wynika z analizy wskaźników HALE i HLY, zdrowie Polaków mierzone wskaźnikami epidemiologicznymi jest lepsze niż wynika to z ich samooceny. Jednocześnie pod kątem wskaźnika HLY, opierającego się na indywidualnie postrzeganej sprawności, oczekiwany stan zdrowia Polek w chwili urodzenia jest nieznacznie lepszy od przeciętnej mieszkanki UE, choć w pozostałych wskaźnikach Rzeczpospolita Polska wypada gorzej w porównaniu z UE. Warto zaznaczyć, że zdrowie Polaków, i to subiektywnie oceniane, jak i obserwowane na podstawie danych medycznych, nie polepsza się z biegiem lat tak szybko jak rośnie ich ogólna długość życia. Oznacza to, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa nastąpi konieczność zapewnienia opieki coraz liczniejszej i coraz bardziej schorowanej grupie Polaków.

Wśród dominujących problemów zdrowotnych wskazanych w dokumencie w Polsce znalazły się:

choroby serca - Niewydolność serca to stan, w którym dochodzi do uszkodzenia serca, a chore serce nie jest w stanie prawidłowo pompować krwi i dostarczyć organizmowi odpowiedniej ilości tlenu w stosunku do aktualnych potrzeb. Przyczyny uszkodzenia serca są liczne, jednak najczęstsze z nich to nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca, choroby zastawek serca, kardiomiopatie lub czynniki toksyczne, w tym nadużywanie alkoholu i inne.

Obecnie na niewydolność serca choruje około 1,2 miliona Polaków, a co roku umiera 140 tysięcy z nich. Według badania Globalnego Obciążenia Chorobami (Global Burden of Disease - GBD) w 2017 roku na niewydolność serca cierpiało 792 tys. osób, a od kilkudziesięciu lat liczba chorych systematycznie rośnie. Na przestrzeni ostatnich 10 lat zaobserwowano wzrost liczby chorych o 14,8%, co wynika z coraz większego obciążenia takimi chorobami jak choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie tętnicze oraz kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego. Są to jednak dane szacunkowe, bowiem brak jest jednoznacznej i w pełni wiarygodnej oceny skali problemu zdrowotnego. Uważa się, że niewydolność serca najczęściej dotyczy osób powyżej 60. roku życia, jednak może wystąpić w każdym wieku, również u dzieci i młodzieży. Według szacunków GBD największą liczbę chorych notuje się wśród osób między 75. a 85. rokiem życia.

W 2017 roku Polska znalazła się na 5. miejscu wśród krajów Unii Europejskiej pod względem liczby chorych z niewydolnością serca (1 130 na 100 tys. ludności) oraz na 1. miejscu wśród 34 krajów OECD pod względem liczby hospitalizacji z powodu niewydolności serca (511 na 100 tys. ludności). Na Węgrzech, Słowacji, Słowenii i w Czechach pomimo większej chorobowości odnotowano niższy wskaźnik hospitalizacji na 100 tys. ludności wynoszący odpowiednio 411 (4 miejsce w rankingu), 479 (3 miejsce), 354 (7 miejsce) i 224 (16 miejsce). W Polsce wskaźnik hospitalizacji z powodu niewydolności serca ponad dwukrotnie przewyższył średnią wartość dla 34 krajów OECD (233 na 100 tys. ludności). Co więcej, Polska od lat utrzymuje się w czołówce krajów z największą liczbą hospitalizacji na 100 tys. ludności.

Najczęstszym powodem przyjęcia pacjenta do szpitala jest wystąpienie objawów ostrej niewydolności serca wymagającej natychmiastowej interwencji leczniczej. Na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia na przestrzeni lat 2009-2018 około 80% przyjęć do szpitala z powodu niewydolności serca odbyło się w trybie nagłym. Chorzy po przebytym epizodzie zaostrzenia niewydolności serca charakteryzowali się wysoką śmiertelnością i częstymi ponownymi hospitalizacjami, szczególnie w okresie od 60 do 90 dni po opuszczeniu szpitala (odpowiednio 18% i 25%).

W Polsce na skutek niesprawności z powodu niewydolności serca (YLD) traci się rocznie około 80 tys. lat życia. Na przestrzeni ostatnich 10 lat zaobserwowano wzrost wartości surowego wskaźnika YLD o 18,9% , co w dużej mierze wynika ze wzrostu liczby chorych. Jednak warto zauważyć, że wzrost wskaźnika YLD jest o 4,1 punkty procentowe większy niż wzrost wskaźnika chorobowości, co może świadczyć o zwiększeniu się przeżywalności chorych z niewydolnością serca lub o zwiększeniu stopnia niesprawności z powodu choroby. Pod względem utraty lat życia na skutek niesprawności z powodu niewydolności serca Polska zajmuje 9. miejsce wśród krajów Unii Europejskiej i 3. miejsce wśród krajów SDI.

System PRM, w skład którego wchodzą ZRM i SOR, to specyficzna gałąź świadczeń zdrowotnych. Przeznaczona jest dla osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Jednakże, zwłaszcza w przypadku SOR, nie można odmówić pomocy nikomu, kto się po nią zgłosi. W związku z tym występuje stosunkowo dużo przypadków, gdy po pomoc do SOR i ZRM zgłaszają się osoby, które powinny ją uzyskać w poradniach POZ, AOS oraz NiŚOZ. W przypadku świadczeń udzielanych pacjentom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia istotny jest czas dotarcia pomocy do pacjenta. W związku z tym w przypadku analizy ZRM brano pod uwagę czas dojazdu do miejsca zdarzenia i sprawdzano jego zgodność z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Jednocześnie, z uwagi na rodzaj świadczeń, w przypadku SOR w danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców do płatnika nie ma informacji o czasie oczekiwania (kolejki). Należy jednak przyjąć, że pomoc winna zostać udzielona najszybciej jak to możliwe. Powszechnie znane są przypadki kilku lub kilkunastogodzinnego oczekiwania w SOR, ale nie ma możliwości zweryfikowania tego faktu w oparciu o standardowe dane sprawozdawcze.

Nie występują znaczące różnice w rodzaju zdarzeń (powód wezwania/rozpoznanie) w zależności od typu zadysponowanego ZRM. Zarówno zespoły S, jak i P dysponowane są do takich samych wezwań. W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców karetki w większości przypadków dojeżdżają do pacjenta w czasie zgodnym z ustawą. Widać problem w zdarzeniach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w części województw ok. 20% wyjazdów ma przekroczony czas. Świadczenia w SOR głównie udzielane były pacjentom z tego samego powiatu (w skali kraju ok. 76%, najwięcej w lubelskim, podkarpackim i wielkopolskim - powyżej 80%). Jedynie w województwach śląskim (średnio co trzeci) i wielkopolskim (co czwarty) pacjent otrzymywał pomoc poza swoim powiatem, co wskazuje na jej nieco mniejszą dostępność niż w pozostałych województwach. Średnio 20% świadczeń w SOR zostało udzielonych dzieciom, czyli co piąty pacjent zgłaszający się (przywieziony) na SOR był poniżej 18. roku życia. Często SOR zastępuje przychodnie POZ i AOS – zgłaszają się pacjenci z chorobami przewlekłymi (np. nadciśnienie tętnicze – ok. 2 – 3,5% w województwach, choroby czynnościowe układu pokarmowego – ok. 8% w skali kraju) lub schorzeniami, które nie stanowią zagrożenia zdrowia i życia, co jest istotną kwestią wobec faktu zwiększania się liczby świadczeń udzielanych w SOR w stosunku do poprzednich lat, a ponadto wydłuża czas oczekiwania na pomoc.

Wskazane jest wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, przynajmniej w zakresie prowadzenia bez przyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej. W przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie RKO przez świadków zdarzenia znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.

2. Obecne postępowanie w danym zakresie

Specyficznym dla ratowników medycznych rodzajem świadczeń zdrowotnych, do których udzielania są oni uprawnieni, są medyczne czynności ratunkowe. W ratownictwie medycznym istnieje termin „złota godzina”. Określa on przedział czasu od przejęcia poszkodowanego przez ratownika do momentu czynności wykonywanych przez lekarza szpitalnego. Czas jest kluczowym czynnikiem wpływającym na przeżycie. Należy więc wciąż podejmować próby jeszcze lepszego jego wykorzystania, a co się z tym wiąże zmniejszenia średniej umieralności. Jednym z ważniejszych elementów ratowania życia i zdrowia jest kontakt ratownika z poszkodowanym. Osoba wykonująca czynności ratujące życie powinna wiedzieć o przebytych chorobach poszkodowanego, uczuleniach czy liście leków, które poszkodowany zażywa. Zdarza się, że osoby chore lub starsze nie pamiętają jakie biorą lekarstwa i na co chorują. Utrudniony lub ograniczony kontakt osobisty w stosunku do osób potrzebujących uniemożliwia szybkie podjęcie czynności medycznych ratujących życie. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego do osób w wieku senioralnym stają się coraz częstsze. Wynika to z tego, że ludzie po 60 roku życia zmagają się z poważnymi chorobami przewlekłymi, ale nie tylko. Do najczęstszych problemów zdrowotnych w tej grupie wiekowej należą: urazy, zaburzenia sercowo-naczyniowe (zawał serca, udar mózgu, zator, zakrzepica), zaburzenia układu oddechowego (zapalenie płuc, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma). Ratownicy medyczni podczas udzielania pomocy pacjentom geriatrycznym muszą być szczególnie ostrożni pod kątem farmakoterapii, a także powinni pamiętać, że tacy pacjenci wymagają bardzo szerokiej diagnostyki różnicowej oraz umiejętnie przeprowadzonego szczegółowego wywiadu wraz z badaniem fizykalnym. Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), często są wzywane do pacjentów senioralnych, ale jest ku temu również inny powód. Ludzie starsi, którzy nie mają styczności z prawidłowymi informacjami medycznymi, szkoleniami, wykładami, mają znaczną trudność z rozpoznaniem stanu zagrożenia życia i nie mają dostatecznej wiedzy na temat udzielania pierwszej pomocy. Kiedy stają w obliczu padaczki, opatrzenia rany, zatrzymania krążenia czy zwykłego zawiadomienia pogotowia ratunkowego, w głowie pojawia się pustka i postępowanie sprzed kilkudziesięciu lat, które obecnie jest niedopuszczalne lub szkodliwe. Ratownictwo medyczne jest ukierunkowane na pomoc w stanach zagrożenia zdrowia i życia. Często bywa tak, że ratownicy są wzywani do sytuacji, z którą można sobie poradzić samodzielnie – bez ingerencji medycznej lub udając się na wizytę do lekarza POZ. Seniorzy mieszkający sami, boją się o swój stan zdrowia podwójnie.

Osoby w tym wieku są w większości niezorientowane co do rozpoznawania stanów nagłych i nie mają wiedzy podstawowej na temat udzielania pierwszej pomocy sobie, bądź komuś, kto jej potrzebuje. Ratownicy niejednokrotnie mówią, że ich zadanie często ogranicza się do uświadomienia seniorowi, że np. ciśnienie tętnicze 130/90 mmHg w tym wieku jest normą, a nie stanem, w którym należy wzywać karetkę. Wtedy najczęściej pojawiają się pretensjonalne słowa ze strony zawiadamiającej osoby: „Skąd miałam/miałem to wiedzieć, to wy jesteście od tego, żeby mi wyjaśnić”. Ratownicy medyczni są coraz częstszymi informatorami, a nie tymi, którzy mierzą się z walką o życie pacjenta. Seniorzy, którzy są niedoinformowani, spanikowani z powodu braków wiedzy na temat fizjologii, chorób człowieka i pierwszej pomocy, zawsze będą wzywać karetkę w strachu o siebie, bądź inną osobę. Seniorzy powinni umieć rozpoznawać stan zagrożenia życia i jego objawy wraz z postępowaniem do czasu przyjazdu pogotowia ratunkowego. Muszą również odróżniać sytuacje, w których należy alarmować służby medyczne, a w których należy skontaktować się z lekarzem POZ, bądź zadziałać samodzielnie w domu, używając dostępnych środków. Dlatego ważnym jest aby edukować seniorów także w tym zakresie#.

**III.**CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

1. Cel główny

Celem głównym projektu będzie wspieranie działań skierowanych do osób starszych, chorych, niesprawnych bądź niepełnosprawnych w zakresie przyznania zestawu „Koperta życia” stanowiącego informację o rodzaju schorzeń i przyjmowanych lekach dla służb ratownictwa medycznego udzielających pomocy; zwiększenie wiedzy i umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej u łącznie 100 osób powyżej 60 roku życia w okresie od 2022 r. do 2025 r.; zakup łącznie 2100 szt. kopert życia zawierających informacje o stanie zdrowia dla 2100 seniorów w wieku 60 + w okresie 2022-2025.

2. Miernik główny

Liczba seniorów, osób niepełnosprawnych, samotnych, schorowanych, mieszkańców gminy Kcynia, które po realizacji programu posiadają prawidłowo zgromadzoną i przygotowaną dokumentację medyczną, a nie posiadały jej wcześniej; liczba seniorów, którzy nabyli wiedzę i umiejętności w zakresie pierwszej pomocy i RKO, a nie posiadali jej wcześniej.

3. Cele i mierniki programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| # | Cel programu | Miernik efektywności programu |
| 1 | Upowszechnienie wśród starszych mieszkańców gminy idei posiadania w domu, w oznakowanym miejscu krótkiej informacji o zdrowiu osoby, do której wezwano pomoc medyczną. | Liczba osób biorących udział w programie – 2100 |
| 2 | Promocja prawidłowego gromadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej | liczba osób, które otrzymały kopertę życia w okresie trwania projektu – 2100 |
| 3 | Poprawa wiedzy i nabycie umiejętności z zakresu RKO i pierwszej pomocy przedmedycznej u 100 osób | Ankieta, sprawdzian wiedzy na koniec szkolenia – 100 osób |
| 4 | Ułatwienie podejmowania działań służbom ratowniczym, przyspieszenie procesu przejmowania pacjenta przez ZRM | Dane ZRM o liczbie użyć koperty życia |

4. Charakterystyka populacji programu polityki zdrowotnej

POPULACJA: MIESZKAŃCY GMINY KCYNIA, OSOBY W WIEKU 60 LAT I WIĘCEJ, OSOBY PONIŻEJ 60 LAT SCHOROWANE (PRZEWLEKLE), NIEPEŁNOSPRAWNE, SAMOTNE.

|  |  |
| --- | --- |
| Wielkość populacji ogółem: | 3.143 |
| Przewidywana liczba uczestników ogółem: | 2.100 |
| Przewidywana liczba uczestników rocznie: | 525 |
| Uzasadnienie: | Na terenie gminy Kcynia zamieszkuje 3.143 osób w wieku 60+. Szacujemy, iż z programu zechce skorzystać ok. 60% z nich (ogółem 2.100 osób). W przypadku pozytywnego odbioru i zainteresowania programem, przedłużymy go na kolejne lata. W pierwszym roku realizacji program dedykowany jest do osób w wieku 60 lat i powyżej, zameldowanych na pobyt stały w gminie Kcynia, jak również do osób poniżej tego wieku ale samotnych, przewlekle chorych lub dotkniętych niepełnosprawnością.  Warunkiem uczestnictwa w programie jest wypełnienie wniosku o wydanie pakietu „Koperta życia” oraz podpisanie zgody na udział w programie, którego wzór stanowi załącznik nr 2 do programu.  W drugim roku do programu zostaną włączeni pozostali seniorzy, którzy wyrażą wolę przystąpienia do programu i chęci posiadania „Koperty życia”. Z uwagi na ograniczoną ilość pakietów w danym roku kalendarzowym decydować będzie kolejność złożonych wniosków o wydanie pakietu „Koperta życia". Chcąc dotrzeć do jak największej liczby potencjalnych uczestników programu informowanie o nim będzie odbywało się w formie komunikatów na stronach internetowych podmiotów uczestniczących w programie tj. Urzędu Miejskiego w Kcyni, GCKiB oraz ośrodka pomocy społecznej w formie plakatów i ulotek informacyjnych. Wszystkie działania realizowane w programie będą wsparte szeroką akcją medialną i informacyjną skierowaną  do osób szczególnie zainteresowanych. |
| Kryteria włączenia: | - mieszkaniec gminy, 60 lat i więcej,  - mieszkaniec gminy Kcynia poniżej tego wieku ale samotny, niepełnosprawny, przewlekle chory  W pierwszej kolejności programem objęte zostaną osoby z grup ryzyka – niepełnosprawne, przewlekle chore, samotne w wieku 60+.  deklaracja udziału w programie |
| Kryteria wykluczenia: | mieszkaniec innej gminy niż gmina Kcynia |
| Opis interwencji: | W ramach programu zaplanowano przekazywanie na wniosek zainteresowanym osobom pakietu "Koperta życia".  W skład wspomnianego pakietu  wchodzić będzie: przezroczysta plastikowa koperta; naklejka/magnes na lodówkę, karta informacyjna do samodzielnego wypełnienia, ulotka informacyjna, która stanowić ma instrukcję wypełnienia ww. karty, ulotka z logo akcji oraz z podstawowymi nr telefonów ratunkowych. Koperty życia służą  przekazywaniu informacji nt. stanu zdrowia danej osoby w chwili nagłych wypadków. Zaleca się, aby wszyscy – zwłaszcza seniorzy – przechowywali kopertę z pełnym pakietem informacji w lodówce lub schowku samochodowym.  Wspomniany pakiet powinien zawierać m.in. wypełnioną kartę informacyjną, zdjęcie danej osoby, zapis ostatniego EKG, decyzję o podjęciu lub zaniechaniu zabiegów resuscytacyjnych oraz inne dokumenty, które zdaniem pacjenta mogą okazać się istotne. Karta informacyjna zawierać będzie dane osobowe, dane nt. chorób, stanu zdrowia, grupy krwi, przyjmowanych lekarstw, informacje dot. występowania potwierdzonego przez lekarza uczulenia na lekarstwa, nr telefonów i adresy do najbliższych, członków rodziny, opiekuna. Karta jest ważna przez 1 rok. Co istotne, informacje na temat stanu zdrowia przedstawione w karcie potwierdzone będą podpisem oraz pieczątką lekarza. Koperta życia zawierać będzie także informacje organizacyjne, wypisy ze szpitali/zaświadczenia lekarskie/informacje o obecnym stanie zdrowia, dokument potwierdzający grupę krwi oraz inne dokumenty medyczne i ważne informacje dla służb ratowniczych. Dokumentacja medyczna jest nieodłącznym elementem każdego pobytu w przychodni, szpitalu czy też w gabinecie prywatnym. Ogólnie ujmując dokumentacja medyczna to zbiór dokumentów i materiałów, które zawierają informacje o stanie zdrowia pacjenta. Dokumentacja medyczna ma w założeniu odwzorować proces leczenia prowadzony wobec danego pacjenta. Kwestie związane z dokumentacją medyczną, w tym w zakresie jej tworzenia, przechowywania i  udostępniania zawiera ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W skład dokumentacji medycznej wchodzą takie dokumenty jak m.in: karta informacyjna, historia choroby; karta zleceń lekarskich; karta obserwacji pielęgniarskich; wyniki morfologii; wykonane badania obrazowe typu USG, RTG  wraz z opisem. Istotną kwestią jest fakt, iż dokumentacja medyczna to podstawowy dowód w procesach i postępowaniach w zakresie błędów medycznych.  Niejednokrotnie zapisy zawarte w dokumentacji medycznej albo ich brak mogą zdecydować o wygranej sprawie, dlatego tak ważne jest, aby dokumentacja medyczna była prawidłowo tworzona i przechowywana. Dokumentacja medyczna zawarta w Kopercie życia poświadczona zostanie przez lekarza POZ, a  także opatrzona zostanie stosownymi zgodami RODO.  W ramach edukacji, w okresie trwania programu odbędzie się 8 dwugodzinowych spotkań pokazowo-warsztatowych z udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, adresowanych do seniorów zamieszkałych na terenie gminy Kcynia objętych programem, które przeprowadzą wykwalifikowani ratownicy medyczni (2 spotkania w roku w trakcie 4 lat trwania programu - 8 spotkań ogółem).  Każda grupa szkoleniowa liczyć będzie 15 max. do 20 osób, co zapewni komfort nauki i pracy ratowników.  Kryterium przyjęcia na szkolenie: mieszkaniec gminy Kcynia w wieku 60 + / w wyjątkowych, indywidualnych sytuacjach poniżej tego wieku.  W 1989 r. powstaje Europejska Rada do spraw Resuscytacji (European Resuscitation  Council – ERC) jako interdyscyplinarny zespół ekspertów do spraw resuscytacji i medycyny ratunkowej. Zadaniem Rady jest dążenie do stałej poprawy wiedzy na temat resuscytacji, doskonalenie metod pomocy przedlekarskiej i specjalistycznej na drodze permanentnych szkoleń na różnych poziomach prowadzonych przez instruktorów Rady. Dla ujednolicenia nomenklatury wprowadzono ogólnoeuropejski skrót BLS (basic life support) czyli podstawowe zabiegi resuscytacyjne.  Szkolenia obejmować będą:  Część teoretyczna  1. Ogólne zasady postępowania  - prawne aspekty udzielania pierwszej pomocy  - zagrożenia w miejscu pracy  - czynności konieczne  - łańcuch ratunkowy  - zawartość apteczki wg norm UE  - wzywanie pomocy  - pozycja bezpieczna  - rozpoznawanie sytuacji awaryjnej  - nabycie umiejętności wywołania numeru ratunkowego  - rozmowa z dyspozytorem  2. Zasady reanimacji/resuscytacji krążeniowo-oddechowej RKO  - ocena stopnia zagrożenia życia  - sztuczne oddychanie  - masaż serca  3. Pierwsza pomoc w przypadku krwotoku  - wyjaśnienie pojęcia i rodzaje krwotoków  - sposoby tamowania krwotoków  - opatrywanie ran  4. Pierwsza pomoc w urazach  - rodzaje urazów kostno-stawowych  - zasady unieruchamiania złamań  5. Przygotowanie emocjonalne, pozwalające na uzyskanie zdolności do działania w sytuacjach awaryjnych  CZĘŚĆ PRAKTYCZNA  1. Sztuczne oddychanie i masaż serca:  (osoby dorosłej/ na życzenie również u dziecka)  - udrażnianie dróg oddechowych  - przeprowadzenie sztucznego oddychania  - nauka zewnętrznego masażu  - podstawowa reanimacja jednoosobowa  2. Zasada stosowania AED automatycznego defibrylatora:  - ćwiczenia przy użyciu AED i fantoma  3. Zasady tamowania krwotoków:  - zakładanie opatrunku uciskowego  - unieruchamianie ciał obcych tkwiących w ciele  - bandażowanie  4. Zasady unieruchamiania urazów kostno-stawowych:  - unieruchamianie kończyny górnej przy pomocy chusty trójkątnej  - unieruchamianie kończyny dolnej z zastosowaniem przypadkowych przedmiotów  5. Metody stosowane przy zakrztuszeniu lub zadławieniu  6. Układanie w pozycji bocznej ustalonej  Wiedzę z:  - z zakresu zadławień ciałami obcymi u dzieci;  - z resuscytacji dziecka oraz noworodka;  - zatrzymanie krążenia u dzieci;  - walka z wysoką gorączką i drgawkami gorączkowymi;  - tamowanie krwotoków, bandażowanie ran, opatrywanie skaleczeń;  - postępowanie w przypadku złamań, zwichnięć, skręceń;  - postępowanie w przypadku oparzeń, odmrożeń, porażenia prądem.  Przed i po szkoleniu uczestnicy wypełnią ankietę (ankieta nr 1).  Każde szkolenie potrwa ok. 3 godz. zegarowe.  Jako działania towarzyszące programowi przewidziano także spotkania z lekarzami specjalistami (max. 5 spotkań w trakcie trwania całego programu). Lekarze specjaliści m.in. onkolog, kardiolog, neurolog, urolog, ginekolog, opowiedzą o konieczności badań profilaktycznych i metodach skutecznej samokontroli.  Edukacja będzie prowadzona także przez specjalistów w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej/edukatorów zdrowotnych (którymi będą mogli być również m. in.: pielęgniarki, lekarzy POZ i inni). Planowane interwencje nie mieszczą się w katalogu świadczeń gwarantowanych. |
| Czy jest udowodniona skuteczność i bezpieczeństwo?: | TAK |
| Uzasadnienie wyboru ze wskazaniem źródeł informacji: | Konieczne jest zachęcenie do profilaktyki zdrowotnej mieszkańców. Ponadto zwiększenie dostępności do podstawowych badań profilaktycznych. Bardzo ważne w świetle lokalizacji gminy, jej rozległości obszarowej i ograniczonej dostępności do szpitali oraz pomocy medycznej, jest wdrożenie programu KOPERTA ŻYCIA. Zgodnie z danymi zawartymi w opracowaniu GUS pn. "Zdrowie i zachowanie zdrowotne mieszkańców Polski w świetle Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS) 2019 r." w 2019 roku zdecydowanie przeważały dobre lub bardzo dobre oceny własnego stanu zdrowia (około 2/3  osób) nad złymi lub bardzo złymi (około 1/11 osób). W dwóch ostatnich edycjach badania (z 2019 i 2014 r.) mieszkańcy Polski podobnie oceniali swój stan zdrowia, a różnice, które wystąpiły dla ogółu populacji są niewielkie - na poziomie ok. 1 p.proc. (zarówno w odniesieniu do pozytywnych jak i negatywnych  ocen stanu zdrowia). Subiektywna ocena stanu zdrowia jest tym niższa, im jesteśmy starsi. W grupach wieku poniżej 20 lat nie więcej niż 93,8% osób wskazywało na dobry lub bardzo dobry stan zdrowia, a w grupie 20-29 lat było to jedynie nieznacznie mniej (89,0%). Wyraźny spadek pozytywnych ocen stanu zdrowia zaczyna być widoczny wśród osób w wieku co najmniej 50 lat. W grupie wieku 50-59 lat 48,9% osób miało poczucie dobrego lub bardzo  dobrego stanu zdrowia. W kolejnych grupach wieku odsetek ten był coraz niższy dochodząc do 34,9% w wieku 60-69 lat i 21,7% w wieku 70-79 lat. W najstarszej grupie osób (w wieku co najmniej 80 lat) było to jedynie 15,7%. Wśród dorosłych, osoby z dwóch grup wieku (40-49 lat oraz mające co najmniej 80 lat) wyraźnie częściej niż w 2014 roku dobrze lub bardzo dobrze oceniły swój stan zdrowia (w obu tych grupach wzrost po 3,5 p.proc). W stosunku do  2014 roku obserwujemy spadek wskazań złego lub bardzo złego stanu zdrowia w grupie osób w wieku 40 lat lub więcej. Największa zmiana dotyczy osób w wieku co najmniej 80 lat (spadek o ponad 10 p.proc. do 39,5% w roku 2019). Należy jednak zaznaczyć, że pomiędzy rokiem 2014 a 2019 zmieniła się  struktura demograficzna i udział osób w wieku 60 lat lub więcej wzrósł z 22,5% do 25,3%, co trzeba wziąć pod uwagę oceniając wskaźniki dla całej populacji. Tylko co trzeci dorosły mieszkaniec Polski został zaszczepiony przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Ponad 1/3 wykonała szczepienie w ciągu ostatnich 5 lat. Kobiety częściej niż mężczyźni poddawały się temu szczepieniu. Wzrasta częstość wykonywania badań poziomu cholesterolu we  krwi. Trzy na cztery osoby dorosłe przynajmniej raz w życiu miały takie badanie (5 lat temu – tylko połowa dorosłych), najczęściej przeprowadzały je osoby dojrzałe po 60 roku życia. Badanie to wykonują częściej kobiety niż mężczyźni. Blisko co 15 dorosły mieszkaniec Polski nigdy nie miał mierzonego ciśnienia  krwi i najwięcej takich przypadków odnotowano oczywiście wśród ludzi bardzo młodych, tj. do 20 roku życia (w tej grupie co trzeci). Wzrasta częstość kontroli poziomu cukru we krwi. Tylko co 5 dorosły nigdy nie kontrolował poziomu cukru we krwi (w 2009 – nieco rzadziej niż co 3). Badania w kierunku cukrzycy są natomiast często wykonywane u ludzi co najmniej 50-letnich i starszych. W okresie ostatnich 12 miesięcy poprzedzających realizację wywiadu  badaniom takim poddało się 2/3 ogółu tej populacji. W 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotykającymi ponad ¼ osób dorosłych (osoby w wieku co najmniej15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości  pleców. Obie z tych dolegliwości występowały nieznacznie częściej niż w 2014 roku (wzrost odpowiednio o 3,4 p.proc. i o mniej niż 1 p.proc.). O 2,3 p.proc. wzrosły natomiast wskazania chorób tarczycy, a o 1,5 p.proc. – cukrzycy. W stosunku do 2014 roku rzadziej wymieniano występowanie choroby wieńcowej  (o 1,5 p.proc.) oraz silnych bólów głowy (spadek o 1,2 p.proc.) i bólów szyi (spadek o 1,1 p.proc.). W porównaniu z badaniem z 2014 roku największe różnice obserwujemy w dwóch najstarszych grupach wiekowych. Wśród osób w wieku 70-79 lat o 7,5 p.proc. spadła częstość wskazań choroby wieńcowej, ale wzrosła częstość występowania nadciśnienia (o 8 p.proc.) oraz cukrzycy (o 4,9 p.proc.). Wśród osób w wieku co najmniej 80 lat największymi zmianami w stosunku do 2014 roku były: częściej pojawiające się problemy z wysokim ciśnieniem (o 9,5 p.proc.) oraz bólami dolnej partii pleców (o 5,5 p.proc.). W 2019 roku kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały występowanie dolegliwości i chorób przewlekłych. Największe różnice obserwujemy w przypadku chorób tarczycy, na które skarżyło się 15,8% kobiet, a jedynie 2,5% mężczyzn. Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni wymieniały także: choroby zwyrodnieniowe stawów (odpowiednio 20,1% kobiet i 10,4% mężczyzn), bóle szyi (20,2%, 11,5%) i migrenę (11,8%, 3,7%). Mężczyźni częściej niż kobiety  wskazywali zawał serca (3,4%, 1,7%). Domeną mężczyzn były także choroby prostaty (6,1% mężczyzn). Wyniki badań z lat 2019 i 2014 wskazują, że największe zmiany zaobserwowano we wskazaniach wystąpienia nadciśnienia u mężczyzn (wzrost o 3,7 p.proc.) i chorób tarczycy u kobiet (wzrost o 3,7  p.proc.). Występowanie chorób i dolegliwości przewlekłych z reguły wzrasta wraz z wiekiem. Wyjątkiem jest alergia, która w zbliżonym stopniu dotyczyła wszystkich grup wiekowych – od 7,5% osób w grupie wieku 40-49 lat do 10,5% w grupie wieku 70-79 lat. Była też najczęściej wskazywaną dolegliwością u  osób do 29 roku życia i dotyczyła 9,1% osób w tej grupie wieku. W grupie osób w wieku 30-49 lat dominowały, a w grupie wieku 50-59 należały do dwóch najczęstszych schorzeń, problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka, na co skarżyło się 13,6% osób w wieku 30-39 lat, 24,0% w wieku 40-49 lat i  35,6% w wieku 50-59 lat. Wraz z wiekiem pogłębiały się problemy z kręgosłupem, a także wysokim ciśnieniem krwi. Wśród osób w wieku co najmniej 60 lat najczęściej występowały problemy z nadciśnieniem, w tym przypadku odsetek wskazań wynosił od 49,8% wśród osób w wieku 60-69 lat do 68,9% w grupie osób w wieku 80 lat lub starszych. Ponadto co najmniej ¼ osób w wieku 70 lat lub starszych zapadła na przynajmniej jedną z chorób: cukrzycę lub  chorobę wieńcową, a niespełna 1/3 mężczyzn na choroby prostaty. Dostęp do opieki zdrowotnej - Prawie co czwarty mieszkaniec Polski potrzebujący opieki zdrowotnej doświadczył opóźnień w dostępie do niej z powodu zbyt długiego okresu oczekiwania na wizytę i takie sytuacje dotyczyły głównie osób  dorosłych (w przypadku dzieci - tylko co 9) oraz osób przewlekle chorych o nienajlepszym zdrowiu. Bardzo rzadko powodem opóźnień była zbyt duża odległość od placówki czy problemy z transportem. Ten powód wskazało niespełna 4% badanych, głównie seniorzy lub osoby niesprawne. -Fakt, że prawie  wszyscy Polacy objęci są ubezpieczeniem zdrowotnym oczywiście nie oznacza, że nie występuje potrzeba wydania dodatkowych środków pieniężnych na zdrowie. W badaniu zadano pytania czy zdarzyły się sytuacje, że z powodów finansowych respondenci nie mogli skorzystać z podstawowych usług  zdrowotnych. -Jak wskazują wyniki badania, co 13 osoba potrzebująca opieki medycznej, sprawowanej przez lekarza, musiała z niej zrezygnować właśnie z powodów finansowych. W przypadku opieki dentystycznej taką sytuację wskazała co 9 osoba potrzebująca. Przypadek braku pieniędzy na wykupienie leków przepisanych na receptę dotyczył co 12 osoby, bardzo rzadko natomiast motyw finansowy miał wpływ na korzystanie z opieki sprawowanej przez psychologa lub psychiatrę – wskazała go co 27 osoba potrzebująca takiej pomocy. Generalnie problem sfinansowania potrzebnych świadczeń rzadko dotyczył opieki zdrowotnej dla dzieci. Takie przeszkody stosunkowo często deklarowały osoby starsze, chore przewlekle i poważnie niesprawne, równie częściej mieszkańcy miast niż wsi (za wyjątkiem możliwości wykupienia leków na receptę). |
| Kto?: | Zakupione pakiety „Koperta życia” zostaną przekazane do zainteresowanych udziałem w programie. Każdy odebrany pakiet „Koperta życia” będzie pokwitowany przez uczestnika programu czytelnym podpisem. Zważywszy na fakt, iż liczba potencjalnych beneficjentów programu w sposób naturalny może ulec zmianie, łącznie w jednym roku kalendarzowym planuje się objecie programem ok. 525 osób. Udział w spotkaniach pokazowo-warsztatowych będzie potwierdzany własnoręcznym podpisem uczestnika programu na liście obecności. Spotkania pokazowo-warsztatowe, realizowane w ramach działań edukacyjnych programu, będą odbywały się w miejscach, którymi dysponuje gmina Kcynia np. sale gimnastyczne, placówki oświatowe i kulturalne, itp. |
| Gdzie i kiedy?: | Koperty życia dystrybuowane będą w trakcie trwania programu a więc w okresie od maja 2022 do końca 2025 roku |
| Jak?: | Poprzez informacje na stronach Internetowych gminy Kcynia, informacje w mediach społecznościowych, plakaty informujące o akcji, Przychodnię zdrowia w Kcyni i w Żarczynie, GCKiB w Kcyni, sołectwa i sołtysów, system sms KIS. |
| Czy jest powiązana z NFZ?: | NIE |
| W jaki sposób jest powiązana z NFZ?: | Interwencja nie jest powiązana z NFZ |
| Jak zakończy się udział uczestnika w tej części programu?: | Każda osoba, która otrzyma kopertę życia, poproszona zostanie o wypełnienie ankiety dotyczącej udziału w programie w której zapytamy m.in. o wzrost poczucia bezpieczeństwa w związku z otrzymaniem koperty, udział w spotkaniach z lekarzami - specjalistami, udział w badaniach profilaktycznych. Wyniki ankiety będą pomocne przy ewaluacji niniejszego programu. |

5. Organizacja programu polityki zdrowotnej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| # | Czas trwania etapu od | Czas trwania etapu do | Opis |
| 1 | 2022-08-30 | 2022-09-30 | Przygotowanie i przeprowadzenie procedury zapytania ofertowego na wykonanie „Kopert życia”, |
| 2 | 2022-09-30 | 2022-12-31 | Zakup i dostarczenie kopert życia na rok 2022 |
| 3 | 2022-05-02 | 2025-12-31 | przeprowadzenie szerokiej akcji medialnej i informacyjnej o programie, działaniach realizowanych w ramach programu w mediach lokalnych i portalach informacyjnych |
| 4 | 2022-06-01 | 2025-12-31 | Spotkanie z lekarzami specjalistami (ok. 5 spotkań w trakcie trwania programu) |
| 5 | 2022-05-02 | 2025-12-31 | Warsztaty pierwszej pomocy przedmedycznej, pomoc w stanach zagrożenia zdrowia i życia (8 spotkań warsztatowych w okresie trwania projektu, każde po 3 godz. skierowane do grupy 15-20 osób) |
| 6 | 2022-12-01 | 2025-12-31 | Każdego roku w grudniu zbieranie danych o efektywności programu - ankiety, analiza |
| 7 | 2025-12-01 | 2025-12-31 | Opracowanie sprawozdania końcowego z realizacji Programu |

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

Za realizację działania polegającego na edukacji seniorów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej odpowiedzialny będzie podmiot posiadający uprawnienia szkoleniowe w tym zakresie. Według założeń przyjętych w programie zadanie to będzie realizowane przez ratowników medycznych, których kompetencje określa ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 993 z późn. zm.). Urząd Miejski w Kcyni dysponuje zapleczem do realizacji szkoleń oraz do prelekcji dla lekarzy specjalistów (sale sportowe przy szkołach, sala z projektorem multimedialnym w siedzibie Urzędu ul. Rynek 23.

**IV. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU**

Monitorowanie programu: ocena zgłaszalności

|  |  |
| --- | --- |
| # | Wskaźnik |
| 1 | roczna analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu – na podstawie złożonych wniosków (zał. nr 2 do programu) |
| 2 | roczna analiza liczby osób, które uczestniczyły w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej – na podstawie list obecności |
| 3 | roczna analiza liczby osób, które uczestniczyły w programie w podziale na zaplanowane w nim działania |
| 4 | roczna analiza liczby osób zakwalifikowanych do programu polityki zdrowotnej, liczby osób które nie zostały objęte działaniami z przyczyn zdrowotnych lub innych przyczyn, liczba osób które z własnej woli zrezygnowały z udziału w programie |

Monitorowanie programu: ocena jakości świadczeń

|  |  |
| --- | --- |
| # | Wskaźnik |
| 1 | analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik nr 3 do programu) |
| 2 | analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do realizatora programu |

1. Ewaluacja programu: opis

Monitorowanie i ewaluacja, będą realizowane przez pracownika Urzędu Miejskiego w Kcyni w ramach obowiązków służbowych. W ramach monitorowania projektu każdego roku w grudniu przeprowadzona zostanie analiza ankiet satysfakcji, jak również uwag wniesionych przez uczestników do projektu. Ewaluacja po okresie realizacji całego projektu, obejmować będzie określenie w ilu przypadkach nagłego zagrożenia życia wykorzystana została koperta życia, jak również określenie, w ilu przypadkach zdobyta wiedza dotycząca pierwszej pomocy m.in. w stanach nagłego zatrzymania krążenia, okazała się być przydatna w praktyce.

Ewaluacja programu: wskaźniki

|  |  |
| --- | --- |
| # | Wskaźnik |
| 1 | ilość przypadków wykorzystania koperty życia w stanach zagrożenia zdrowia i życia |
| 2 | ilość przypadków wykorzystania wiedzy i umiejętności zdobytych na warsztatach pierwszej pomocy przedmedycznej |

**V. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Koszty jednostkowe programu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| # | Nazwa kosztu | Kwota kosztu |
| 1 | Pakiet "koperta życia" | 12.600,00 zł |
| 2 | Szkolenia w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej i RKO | 12.000,00 zł |
| 3 | Spotkania z lekarzami | 5.000,00 zł |

Średni koszt na uczestnika

6,00 zł koperta życia

Źródło informacji

szacunkowy koszt jednostkowy obliczony na podstawie dostępnych na stronach internetowych ofert.

Koszty całkowite programu

Koszt roczny PPZ

525 osób x 6,00 zł = 3.150,00 zł koperty życia

3.000,00 zł = szkolenia w zakresie pierwszej pomocy i RKO

1.000,00 zł = spotkania z lekarzami specjalistami

Koszt całkowity

29.600,00 zł

Źródło finansowania programu: budżet gminy Kcynia

**VI. UWAGI OGÓLNE**

BIBLIOGRAFIA

1. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2 0 2 1 – 2 0 2 5 ( D z . U . 2 0 2 1 . p o z . 6 4 2 ) S t r o n y I n t e r n e t o w e

2. https://bip.bydgoszcz.uw.gov.pl/286/wydzial-zdrowia-kujawsko-pomorskie-centrum-zdrowia-publicznego.html

3. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne

4. h t t p s : / / b d l . s t a t . g o v . p l / B D L / d a n e / p o d g r u p / t a b l i c a 4 .

5. OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, poz. 69.

6. https://kopertazycia.pl/jak-zamowic/instytucje/product/5-pakiet-2-koperta-z-karta-naklejka-na-lodowke

7. h t t p s : / / w w w . g o v . p l / w e b / z d r o w i e / s y s t e m - p a n s t w o w e - r a t o w n i c t w o - m e d y c z n e

8. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/

9. Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie /

10. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2020 roku

**VII. ZAŁĄCZNIKI**

**1. ZAŁĄCZNIK NR 1 ANKIETA OCENY EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU PN. KOPERTA ŻYCIA – TWOJE ZDROWIE, TWOJE ŻYCIE” (ankieta jest anonimowa)**

ANKIETA OCENY EFEKTYWNOŚCI PROGRAMU PN. KOPERTA ŻYCIA – TWOJE ZDROWIE, TWOJE ŻYCIE” (ankieta jest anonimowa)

I CZĘŚĆ - należy wypełnić przed przystąpieniem do spotkania edukacyjnego

1. METRYCZKA

kobieta mężczyzna rok urodzenia

2. Jak oceniają Państwo poziom swojego bezpieczeństwa zdrowotnego przystąpieniem do programu (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – bardzo zły, 2 – zły, 3 – przeciętny, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)

3. Czy kiedykolwiek uczestniczyli Państwo w zajęciach dotyczących udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej?

TAK

NIE

4. Proszę ocenić swój stan wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – bardzo zły, 2 – zły, 3 – przeciętny, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

II CZĘŚĆ – należy wypełnić po zakończonym spotkaniu edukacyjnym

1. Jak oceniają Państwo poziom swojego bezpieczeństwa zdrowotnego po zakończeniu udziału w programie (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – bardzo zły, 2 – zły, 3 – przeciętny, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

2. Proszę ocenić swój stan wiedzy ze znajomości zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej po zakończeniu udziału w programie (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – bardzo zły, 2 – zły, 3 – przeciętny, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

3. Proszę ocenić pożyteczność posiadania koperty życia (w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza – bardzo zły, 2 – zły, 3 – przeciętny, 4 – dobry, 5 – bardzo dobry)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

**2. ZAŁĄCZNIK NR 2 WNIOSEK O WYDANIE PAKIETU ,,KOPERTA ŻYCIA”**

Załącznik nr 2

………………………………………

/ miejscowość, data/

WNIOSEK O WYDANIE PAKIETU ,,KOPERTA ŻYCIA”

Dane wnioskodawcy:

IMIĘ I NAZWISKO………………………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………………………………

ADRES ZAMIESZKANIA: …………………………………………………………….

TELEFON KONTAKTOWY: …………………………………………………………

Wnoszę o wydanie pakietu ,,Koperta życia” w skład którego wchodzi:

- przeźroczysta, plastikowa koperta;

- naklejka na lodówkę z napisem: TU ZNAJDUJE SIĘ KOPERTA ŻYCIA;

- 2 karty informacyjne do samodzielnego wypełnienia przez daną osobę;

- ulotka informacyjna – instrukcja dla pacjenta jak należy wypełnić kartę;

- karta ICE

Oświadczenia:

·Oświadczam, iż zapoznałam/-em\* się z Regulaminem programu „KOPERTA ŻYCIA”

·Oświadczam, iż mam ukończone 60 lat i zamieszkuję na terenie Gminy Kcynia

·Oświadczam, iż nie mam ukończonych 60 lat, ale jestem osobą przewlekle chorą, niepełnosprawną, zamieszkuje samotnie.

·Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z klauzulą informacyjną dołączoną do wniosku.

·Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku o wydanie pakietu „KOPERTA ŻYCIA” na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a i e Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119  z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO”. Wiem, iż mam prawo do wycofania tej zgody w dowolnym momencie oraz, że wycofanie tej zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

\* (niepotrzebne skreślić)

…………………………….

czytelny podpis

Kwituję odbiór pakietu ,,Koperta życia”

..…………………………… ......................................

data czytelny podpis

**3. OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

OŚWIADCZENIE

OGÓLNA INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 13 ust 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „Rozporządzenie”), informujemy, że:

1. Administrator

Administratorem Twoich danych osobowych, które podajesz w celu załatwienia określonej sprawy w Urzędzie Miejskim w Kcyni, jest Burmistrz Kcyni, zwany dalej: "Administratorem", z siedzibą w Kcyni, przy ul. Rynek 23, tel. 52 589 37

21, e-mail: iod@kcynia.pl

2. Inspektor Ochrony Danych

Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych. Możesz się z nim kontaktować we wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych oraz z wykonywaniem praw przysługujących Ci na mocy Rozporządzenia.

Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych:

Adres: Inspektor Ochrony Danych, ul. Rynek 23, 89-240 Kcynia,

adres e-mail: iod@kcynia.pl.

Dane kontaktowe IOD dostępne są także na stronie internetowej Gminy Kcynia – www.kcynia.pl - w zakładce „RODO”.

3. Informacja o wymogu podania danych i o ewentualnych konsekwencjach ich niepodania

W zależności od rodzaju sprawy jaką chcesz załatwić w Urzędzie podanie przez Ciebie danych osobowych może być wymogiem ustawowym, umownym lub warunkiem zawarcia umowy.

4. Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania

Twoje dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie w celu zgodnym ze sprawą jaką prowadzi Urząd – „Koperta życia – zadbaj o swoje bezpieczeństwo”.

Podstawą prawną przetwarzania Twoich danych osobowych może być wyłącznie przepis prawa, twoja zgoda lub umowa jaką zawarłeś z Administratorem.

5. Informacja o odbiorcach danych

Dostęp do Twoich danych będą mieli wyłącznie upoważnieni pracownicy Urzędu Miejskiego w Kcyni. Dane mogą być przekazane odbiorcom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.

6. Informacja o zamiarze przekazania danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji

Międzynarodowej Administrator nie ma zamiaru przekazywać Twoich danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

7. Informacja o okresie przechowywania danych

Twoje dane osobowe będą przechowywane przez okres konieczny do realizacji celów do których zostały zebrane lub zgodnie z obowiązującym w danej sprawie przepisem prawa.

8. Informacja o przysługujący Tobie prawach

W związku z przetwarzaniem przez Administratora Twoich danych osobowych, przysługuje Tobie:

1) prawo dostępu do danych osobowych,

2) prawo do sprostowania danych,

3) prawo do usunięcia danych osobowych – „prawo do bycia zapomnianym”,

4) prawo do ograniczenia przetwarzania,

5) prawo do przenoszenia danych,

6) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, w tym profilowania,

7) prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznasz że

przetwarzanie Twoich danych narusza przepisy Rozporządzenia,

8) prawo do cofnięcia zgody w przypadku, gdy Administrator będzie przetwarzał Twoje dane osobowe

w oparciu o zgodę , w dowolnym momencie i w dowolny sposób, bez wpływu na zgodność z prawem

przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Pamiętaj, że realizacja powyższych praw zależy od rodzaju sprawy, którą prowadzi Urząd, a w szczególności od podstawy prawnej przetwarzania Twoich danych (np. przepis prawa, Twoja zgoda).

W razie pytań, wątpliwości masz prawo skontaktować się bezpośrednio z Inspektorem Ochrony Danych, do którego kontakt podaliśmy w punkcie 2 niniejszej informacji.

**4. ZAŁĄCZNIK NR 3 - ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU „KOPERTA ŻYCIA – TWOJE ZDROWIE, TWOJE ŻYCIE”**

Załącznik nr 3

ANKIETA SATYSFAKCJI UCZESTNIKA PROGRAMU „KOPERTA ŻYCIA – TWOJE ZDROWIE, TWOJE ŻYCIE”

(ankieta jest anonimowa)

1. METRYCZKA

kobieta mężczyzna rok urodzenia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Jak Pan(i) ocenia: | Bardzo dobrze | Dobrze | Przeciętnie | Źle | Bardzo źle |
| dostęp do informacji o programie? |  |  |  |  |  |
| poziom merytoryczny programu |  |  |  |  |  |
| działania prowadzone w ramach programu |  |  |  |  |  |
| wiedzę i kompetencje osób realizujących program |  |  |  |  |  |

Dodatkowe uwagi/opinie:

**uzasadnienie**

Program został opracowany zgodnie art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.) oraz Rozporządzeniem 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 poz. 2476), a także Opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Nr 33/2022 z dnia 22 czerwca 2022 r. o projekcie Programu Polityki Zdrowotnej dla seniorów z terenu gminy Kcynia na lata 2022-2025 „Koperta życia - zadbaj o swoje bezpieczeństwo”,

Zgodnie z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2022 r. poz. 559 ze zm.) zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym również z zakresu ochrony zdrowia, należy do zadań własnych gminy. Natomiast art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 ze zm.) określa, iż do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy.

Sprawne funkcjonowanie społeczeństw jest zjawiskiem niezwykle złożonym, w którym cykl zmian pokoleniowych charakteryzujących się współistnieniem i uzupełnianiem cech młodości i witalności z doświadczeniem i dojrzałością stanowi jeden z podstawowych elementów równowagi. Biorąc pod uwagę zmieniającą się obecnie strukturę pokoleniową należy stwierdzić, że skala zjawiska starzenia się społeczeństwa znacznie wzrosła, co przy jednoczesnym spadku przyrostu nnaturalnego sprawia, że odsetek seniorów stale rośnie. Jest to m.in. skutkiem wydłużania się ludzkiego życia, postępu ccywilizacyjnego i poprawy jakości życia. Niepokój budzi nie sam fakt wzrostu ilościowego starszej populacji, co wzrost jej

udziału w odniesieniu do najmłodszych grup wiekowych w strukturze demograficznej społeczeństwa. W polskim sspołeczeństwie od połowy lat osiemdziesiątych systematycznie wzrasta liczba osób powyżej 60 roku życia. Te zmiany demograficzne wymuszają konieczność zmian w organizacji ochrony zdrowia i opieki nad tą grupą osób. Starość jest trudnym okresem w życiu człowieka, zwłaszcza jeśli nie został on do tego okresu przygotowany. Doświadcza w szczególności wielu ograniczeń zdrowotnych a jakość życia w tym okresie w znacznej mierze zależy od rodzajów i trafności rozpoznawania potrzeb zdrowotnych oraz jakości ich zaspokajania. Osoby starsze i schorowane niekiedy nie posiadają rodziny oraz bliskiej osoby. Pozostają same w gospodarstwie domowym. Nie mają nawet komu przekazać informacji np. na temat stanu swojego

zdrowia, zażywanych leków. Program „Koperta życia - zadbaj o swoje bezpieczeństwo” dedykowany jest przede wszystkim do seniorów, osób samotnych, przewlekle chorych i niepełnosprawnych. O ludzkim życiu często decydują minuty. Ratownikom medycznym przybyłym na pomoc niejednokrotnie brakuje informacji o stanie zdrowia chorego i przyjmowanych lekach.

Dzięki przejrzystemu systemowi przechowywania dokumentacji medycznej udzielenie pomocy będzie szybsze, łatwiejsze, a co za tym idzie wzrośnie także szansa na efektywne rozpoznanie ratujące zdrowie i życie chorego. Ratownicy medyczni wielokrotnie podkreślają, że informacje zawarte w kopercie życia pomogły w szybkim i skutecznym podjęciu odpowiednich działań.