

Projekt

z dnia 8 czerwca 2018 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ WROCŁAWIA**

z dnia 2018 r.

w sprawie założeń i kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2018-2021

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 i 2232 oraz z 2018 r. poz. 130) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2237 i 2371) Rada Miejska Wrocławia uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej na lata 2018-2021 pod nazwą „Ograniczanie zagrożeń zdrowotnych oraz poprawa zdrowia mieszkańców Wrocławia”, stanowiące załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Wrocławia.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej Wrocławia

Załącznik do uchwały Nr
Rady Miejskiej Wrocławia
z dnia 2018 r.

Dokument pn. „Ograniczanie zagrożeń zdrowotnych oraz poprawa zdrowia
mieszkańców Wrocławia, na lata 2018 - 2021”



WROCŁAW, 2018

Wstęp

1. Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna Wrocławia
 - 1.1 Urodzenia i struktura wiekowa mieszkańców
 - 1.2 Uwarunkowania geograficzno-geologiczne i cechy ludnościowo-społeczne
 - 1.3 Uwarunkowania środowiska naturalnego i społecznego
2. Sytuacja epidemiologiczna
3. Przyczyny zgonów dla Wrocławia
4. Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży
 - 4.1 Opieka nad matką i dzieckiem
 - 4.2 Choroba próchnicowa
 - 4.3 Wady postawy u dzieci w wieku przeszkolonym i uczniów
 - 4.4 Nadwaga i otyłość
5. Problemy zdrowotne dorosłych mieszkańców Wrocławia
 - 5.1 Choroby układu sercowo-naczyniowego
 - 5.2 Nowotwory złośliwe
 - 5.3 Cukrzyca i choroby metaboliczne
 - 5.4 Choroby psychiczne
6. Organizacja opieki zdrowotnej we Wrocławiu
 - 6.1 Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
 - 6.2 Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne
 - 6.3 Lecznictwo stacjonarne
 - 6.4 Opieka pielęgnacyjna
 - 6.5 Rehabilitacja stacjonarna, dzienna, ambulatoryjna
 - 6.6 Opieka psychiatryczna
7. Opis zadań dokumentu

Wstęp

Dokument pn. „Ograniczanie zagrożeń zdrowotnych oraz poprawa zdrowia mieszkańców Wrocławia, na lata 2018 - 2021” uwzględnia aktualną sytuację zdrowotną mieszkańców w oparciu o identyfikację najważniejszych problemów oraz zadania zorientowane na osiąganie poprawy zdrowia i z związanej z nią jakości życia Wrocławian.

Główne kierunki działań określone w Dokumencie są spójne z:

- Narodowym Program Zdrowia na lata 2016-2020
- Narodowym Program Zwalczania Nowotworów na lata 2016-2020
- Narodowym Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022
- Priorytetami dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Dolnośląskiego, na okres od dnia 1 marca 2017r. do dnia 31 grudnia 2018r., Wrocław, luty 2017 r.
- Mapą potrzeb zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego, opracowanie MZ

Przedstawione w Dokumencie działania sprzyjają tworzeniu warunków, kształtowaniu postawy zdrowego stylu życia mieszkańców Wrocławia oraz stosowaniu profilaktyki zagrożeń zdrowotnych i chorób, szczególnie cywilizacyjnych.

Celem podejmowanych działań jest poprawa jakości życia mieszkańców Wrocławia poprzez promowanie i potęgowanie zdrowia, przeciwdziałanie najczęściej występującym chorobom cywilizacyjnym oraz finansowe wsparcie podmiotów leczniczych w zakupie specjalistycznego sprzętu medycznego, podnoszącego jakość świadczonych usług medycznych, diagnostycznych i leczniczych.

Do strategii postępowania przyjęto zdefiniowane problemy zdrowotne, wyznaczono cele, zaplanowano działania i określono przewidywane efekty.

Dokument zakłada bieżące monitorowanie realizowanych zadań oraz ewaluację wyników.

Odbiorcami działań są mieszkańcy Wrocławia, w tym dzieci, młodzież, osoby dorosłe, aktywne zawodowo, w starszym wieku oraz przewlekle i nieuleczalnie chorzy przebywający w środowisku domowym.

1. Sytuacja demograficzna i epidemiologiczna Wrocławia.

WROCŁAW jest miastem na prawach powiatu, w grudniu 2015 roku mieszkało 635.759 osób, co stanowi ok. 21,9% populacji województwa dolnośląskiego¹. Gęstość zaludnienia na km² to 2167 osób.

Struktura demograficzna przedstawia się następująco:

- osoby w wieku produkcyjnym stanowią 61,83% ogółu populacji i są dominującą grupą wiekową
- osoby w wieku poprodukcyjnym to 22,72% ogółu mieszkańców
- osoby w wieku przedprodukcyjnym stanowią 15,45% ogółu mieszkańców

Tabela 1. Mieszkańcy Wrocławia w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym w latach 2013 - 2015.

Lp.	Wyszczególnienie wieku	2013	2014	2015
		Ogółem	Ogółem	Ogółem
	przedprodukcyjny	94 232	96 257	98 253
	produkcyjny ¹	401 817	397 974	393 121
	poprodukcyjny	136 018	140 256	144 385
	Razem	632 067	634 487	635 759

¹ wiek produkcyjny dla mężczyzn od 18 do 64 lat, dla kobiet od 18 do 59 lat

² ludność w wieku nieprodukcyjnym (przedprodukcyjnym i poprodukcyjnym) na 100 osób w wieku produkcyjnym

Źródło: Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Dominującą grupą mieszkańców ze względu na płeć są kobiety - 53,34%, natomiast mężczyźni stanowią 46,66%.

1.1 Urodzenia i struktura wiekowa mieszkańców.

W 2015 r. we Wrocławiu utrzymywał się ujemny przyrost naturalny.

Tabela 2. Ruch naturalny mieszkańców Wrocławia

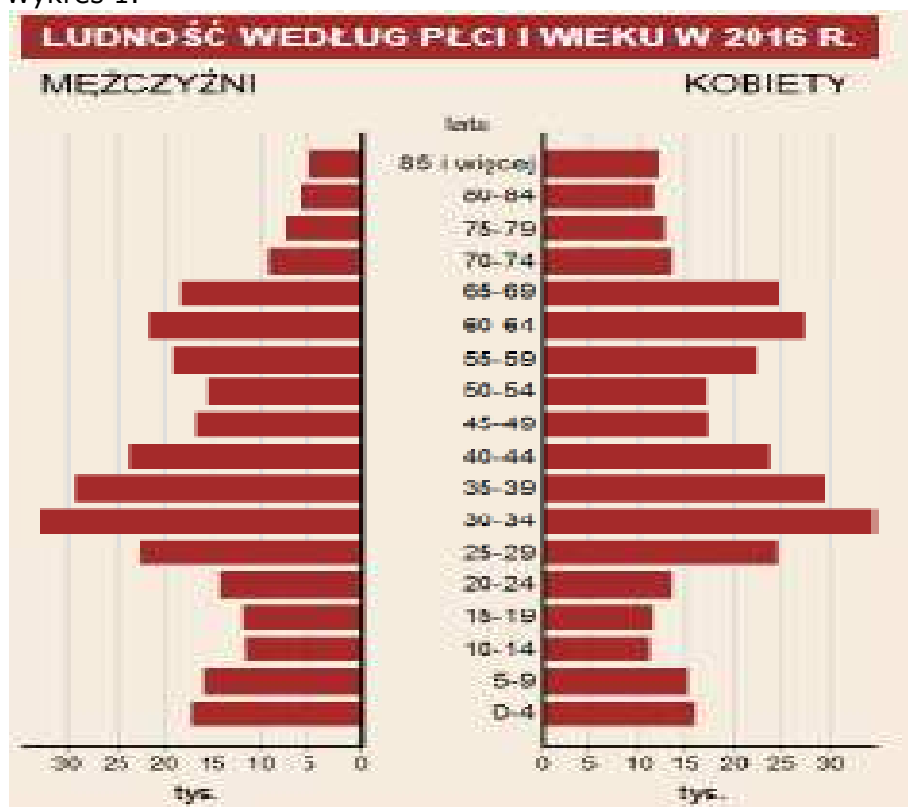
Lp.	Rok	Urodzenia żywe		Zgony				Przyrost naturalny	
				ogółem		w tym niemowląt			
		ogółem	na tys. lud.	ogółem	na tys. lud.	ogółem	na tys. lud.	ogółem	na tys. lud.
1	2013	6 089	9,7	6 501	10,3	34	5,6	-412	-0,7
2	2014	6 587	10,38	6 506	10,25	28	4,25	81	0,1
3	2015	6 457	10,18	6 896	10,87	24	3,72	-439	-0,69

Źródło: Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Strukturę mieszkańców Miasta według płci i wieku przedstawia poniższy wykres.

¹ „Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie dolnośląskim w 2015 r.”, Wojewódzki Urząd Statystyczny we Wrocławiu, 2015,
<http://wroclaw.stat.gov.pl/publikacjeRiRfoldery/ludnosc/ludnoscRuchRnaturalnyRiRmigracjeRwRwojewodztwieRdolnoslaskimRwR2015RrR,1,10.html>

Wykres 1.



Źródło: GUS, http://stat.gov.pl/vademecum/vademecum_dolnoslaskie/portrety_miast/miasto_Wroclaw.pdf

Średnia długość życia 76 lat dla mężczyzn i 82,2 lat dla kobiet.

Tabela 3. Populacja wrocławska powyżej 60 roku życia z podziałem na wiek²

Grupa wiekowa	Liczba zameldowanych na pobyt stały lub powyżej 3 miesięcy
66-70 lat	24 693
71-75 lat	22 767
76-80 lat	21 090
81-85 lat	15 543
86-90 lat	8 230
powyżej 91 lat	1 190
SUMA	93 513

Badanie stanu zdrowia ludności w Polsce z 2009 r. zrealizowane przez GUS stanowią bogaty materiał statystyczny stanu zdrowia osób w różnym wieku. Ogólne wyniki tego badania pokazują, że w 2009 r. we wszystkich grupach wiekowych nastąpiła poprawa oceny stanu zdrowia w porównaniu z badaniem z 2004 r.

Najgorsze oceny stanu zdrowia występowały w najstarszych grupach wiekowych. W grupie ankietowanych 70 - latków i starszych 85% (w 2004 r. – 87%) oceniło swój stan zdrowia poniżej oceny dobrej. W grupie 60–69 lat, osób tak oceniających swój stan zdrowia było

² GUS, „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-1,5.html> ydział

72% (w 2004 r. było ich 79%). Wraz ze spadkiem wieku ankietowanych obniżał się odsetek osób negatywnie oceniających swój stan zdrowia.

Pogarszanie się stanu zdrowia wraz z wiekiem potwierdzają wyniki samooceny stanu zdrowia ludności Polski. W kolejnych przedziałach wiekowych spada liczba respondentów oceniających swój stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry i wzrasta liczba osób negatywnie oceniająca swój stan zdrowia. Wśród ludzi powyżej 80. roku życia zła ocena stanu zdrowia jest najczęstszą odpowiedzią, a odsetek oceniających swoje zdrowie jako dobre jest prawie taki sam jak ocen bardzo złych.

Determinantą demograficzną mającą wpływ na stan zdrowotności społeczności lokalnej są zmiany związane z podnoszeniem się wieku pierwszych i kolejnych urodzeń. W 2000 r. 48,7% pierwszych urodzeń przypadało na grupę wieku 20-24 lata. W 2013 r. odsetek ten spadł do 25,3% (największe natężenie występuje wśród kobiet w wieku 25-29 lat). Natomiast największe natężenie urodzeń drugich i trzecich przesunęło się w tym okresie z wieku 25-29 lat do wieku 30-34 lata.³

W połączeniu z pozostałymi czynnikami środowiskowymi jak stres, zanieczyszczenie środowiska, w szczególności powietrza, jak również postęp w technologiach medycznych powoduje, iż liczba dzieci przedwcześnie urodzonych, tylko dla powiatu miasta Wrocławia, rocznie to ok. **1100** dzieci⁴, co stanowi 17% wszystkich dzieci urodzonych i zameldowanych we Wrocławiu, podczas gdy w połowie lat 90' udział noworodków z niską masą urodzeniową w ogólnej strukturze urodzeń żywych w Polsce wynosił 8% (w tym 0,8% to noworodki z masą poniżej 1000 gramów)⁵.

Znaczna część przypadków dzieci urodzonych przedwcześnie z ryzyka okołoporodowego jest zagrożona następującymi schorzeniami: porażeniem mózgowym dziecięcym, opóźnieniem rozwoju psychoruchowego jak i dysharmonią rozwojową, zaburzeniami ośrodkowej koordynacji ruchowej i jej następstwami. W późniejszym wieku wadami postawy i specyficznymi zaburzeniami rozwoju umiejętności szkolnej / dysleksja, dysgrafia /, epilepsją wymaga intensywnej, często długotrwałej opieki medycznej oraz różnorodnych interwencji specjalistycznych.

Tabela 4. Współczynnik umieralności niemowląt w latach 2013-2016

Lp.	Wyszczególnienie	Rok			
		2013	2014	2015	2016
1	województwo	5,1	4,6	3,8	3,8
2	Wrocław	5,6	3,3	3,7	3,4

Źródło: Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Tabela 5. Wskaźnik umieralności okołoporodowej w latach 2013-2015

Lp.	Wyszczególnienie	Rok
-----	------------------	-----

³ GUS, „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html> ydział

⁴ Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego Wrocławia, opracowanie własne na podstawie danych z wrocławskich szpitali

⁵ E.Łuczak Przegląd Antropologiczny • tom 59, s. 121-124, Poznań 1996

		2013	2014	2015	2016
1	województwo	8,9	5,6	4,5	4,56
2	Wrocław	5,4	6,4	b.d.	b.d.

1.2. Uwarunkowania geograficzno - geologiczne i cechy ludnościowo-społeczne

Podstawowe dane charakteryzujące teren zajmowany przez miasto Wrocław⁶:

Tabela 6.

Powierzchnia	292,78 km ²
Długość granic administracyjnych miasta	106,7 km
Średnia wysokość terenu	130 m n.p.m.
Najwyższy punkt terenu	155 m n.p.m. (rejon Maślic)
Najniższy punkt terenu	105 m n.p.m. (Pracze Odrzańskie)

Największe skupiska ludności oraz gospodarstwa zbiorowe, takie jak domy pomocy społecznej, domy dziecka, akademiki, internaty, itp. zlokalizowane są głównie w centrum, a także w południowej i północno – wschodniej części miasta.

W strukturze użytkowania gruntów Wrocławia, dominują tereny zieleni, które zajmują łącznie ok. 50,7% powierzchni miasta. Do gruntów tych zaliczone zostały tereny użytków rolnych oraz lasy i zadrzewienia.

Tereny osiedlowe zajmują¹ 85,08 km², tereny komunikacji 24,48 km², natomiast grunty pod wodami – 10,07 km² w granicach administracyjnych miasta.

Wrocław usytuowany jest w centrum Dolnego Śląska, Niziny Śląskiej i Równiny Wrocławskiej rozciętej doliną Odry. W krajobrazie miasta dominuje Odra wraz z jej odnogami, kanałami, starorzeczami i rozlewiskami (łącznie 54,5 km długości w granicach miasta), tworząc główną oś ekologiczną przestrzennego układu miasta w kierunku wschód – zachód.

Ważną z punktu widzenia warunków klimatycznych Wrocławia, bardziej urozmaiconą rzeźbę terenu, tworzy obszar Pogórza Sudetów oraz częściowo Sudety na południu i Wzgórza Trzebnickie na północy. Położenie miasta w dolinie Odry i na przedpolu Sudetów powoduje jego uprzywilejowanie termiczne określane jako „wrocławsko-opolski obszar ciepła”. Jest on konsekwencją dynamicznego ogrzewania się mas powietrza osiadających po zawiętrznej stronie masywu górskiego. Usytuowanie miasta w dolinie Odry ma także negatywne następstwa sprzyjające, słabemu przewietrzaniu i kształtowaniu się niekorzystnych zjawisk klimatycznych w postaci częstych zamgleń i wyższej wilgotności powietrza.

⁶ "Klimat Wrocławia" Alfred Dubicki, Maria Dubicka, Mariusz Szymanowski, <http://eko.org.pl/wroclaw/pdf/klimat.pdf>

Jednym z najbardziej typowych, a zarazem spektakularnych efektów zmian klimatycznych w obszarach zurbanizowanych jest zjawisko wzrostu temperatury w mieście w stosunku do terenów otaczających, znane jako miejska wyspa ciepła (MWC). W świetle badań prowadzonych w miastach Europy i Ameryki Północnej, maksymalną intensywność MWC w mieście o liczbie ludności ok. 640 tys. należy szacować na 7,6°C. Z bezpośrednich pomiarów wynika, iż natężenie MWC we Wrocławiu może sięgać 9,0°C i może wystąpić nocą praktycznie w każdej porze roku.

Obecnie zanieczyszczenie środowiska jawi się jako jeden z czynników w sposób wyraźny wpływających na stan zdrowotności ludności, w tym szczególnie ludności zamieszkującej w tej części miasta, w której obserwuje się natężenie ruchu pojazdów samochodowych, a w okresie grzewczym emisję niskocząteczkowych pyłów powstałych ze spalania w piecach grzewczych.

Czynnikami mającymi wpływ na ten stan są: jakość wody pitnej, jakość powietrza, jak również jakość spożywanej żywności, determinowany zarówno przez jakość powietrza i wody a ponadto przez technologie masowej produkcji.

W odniesieniu do cech ludnościowo-społecznych można przyjąć, iż elementem, który ma istotny wpływ na stan zdrowotności społeczności lokalnej jest struktura wiekowa mieszkańców, która, podobnie jak w całej Polsce znacząco się zmienia, wykazując cechy społeczeństwa starzejącego się. Istnieje wiele miar i klasyfikacji stopnia zaawansowania starzenia społeczeństwa. Zgodnie z kryterium ONZ –za starą uznaje się populację, w której udział ludności w wieku 65 lat i więcej przekracza 7%. Odsetek powyżej 10% oznacza fazę zaawansowanej starości. Obecnie populacja osób starszych w wieku 65+ stanowi już 14,74 % ludności Wrocławia, a prognozy GUS⁷ wskazują na wzrost w roku 2050 do poziomu 35% dla ludności obszarów miejskich w Polsce.

1.3. Uwarunkowania środowiska naturalnego i społecznego

Z badań prowadzonych w Polsce wynika, iż wieloletni kontakt z zanieczyszczeniami środowiska jest jedną z przyczyn niestabilności genomu prowadzącej do nowotworów złośliwych. Zanieczyszczenia środowiska przyczyniają się w istotny sposób do rozwoju choroby niedokrwiennej serca nadciśnienia tętniczego, zaburzeń rytmu serca, nasilają niewydolność serca oraz mogą prowadzić do nagłej śmierci sercowej.

Niewątpliwie są to obszary, które wymagać będą w najbliższej przyszłości zwiększonego zwiększenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Podobnie jak kolejny element tj. starzenie się populacji, przekładać się będzie na zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia, zarówno w zakresie **opieki ambulatoryjnej szczególnie geriatrycznej, dziennej długoterminowej opieki pielęgnarskiej, długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w domu, rehabilitacji dziennej i ambulatoryjnej, jak również opieki stacjonarnej w zakresie zapotrzebowania na świadczenia opieki w zakładach opiekuńczo leczniczych.**

Rozwój technologii medycznej, rozpowszechnienie metod rehabilitacji stwarzają aktualnie większą możliwość pomocy dzieciom przedwcześnie urodzonym. Uzyskane wyniki, wskazują, że dzieci przedwcześnie urodzone wymagają wspomagania rozwoju

⁷ „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosc/prognoza-ludnosc-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r-,1,5.html>

psychoruchowego we wczesnym dzieciństwie, poczynając od okresu niemowlęstwa i poniemowlęcego, jeszcze zanim pójda do przedszkola.

Po mimo, iż Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje powypisową opiekę specjalistyczną i obserwację dzieci urodzonych jako wcześniaki do momentu, aż one skończą trzeci rok życia, to nadal utrudniony jest dostęp do poszczególnych lekarzy specjalistów po okresie hospitalizacji. Rodzice dzieci przedwcześnie urodzonych często muszą czekać wiele tygodni, a nawet miesięcy na wizytę.

Biorąc powyższe pod uwagę, wydaje się być zasadnym zwiększenie dostępu do lekarzy następujących specjalizacji: neonatologa (w późniejszym okresie pediatrii), okulisty, neurologa, często neurologopedy, konsultanta laktacyjnego, otolaryngologa lub audiologa, pulmonologa, kardiologa czy fizjoterapeuty. Często rodzinie i dziecku potrzebne jest również wsparcie psychologiczne. **Ważne w tym kontekście jest jak największa dostępność do ośrodków świadczących powyższe konsultacje w sposób kompleksowy i zintegrowany - miejscowo i czasowo.**

2. Sytuacja epidemiologiczna.

Bieżący nadzór epidemiologiczny nad rozpowszechnieniem chorób zakaźnych i zakażeń prowadzony w roku 2016, wykazał wzrost rejestrowanych wskaźników dotyczących zapadalności, bądź utrzymywanie się ich na poziomie roku 2015. Jednostki chorobowe, wobec których odnotowano wzrost wskaźników, wpisują się w trend ogólnopolski, przy czym w przypadku Wrocławia, były one znacznie słabiej wyrażone. Pozwala to określić sytuację epidemiologiczną zdecydowanej większości chorób zakaźnych, monitorowanych przez PSSE we Wrocławiu, w relacji do współczynników rejestrowanych dla obszaru kraju za bardzo dobrą, a w relacji do współczynników rejestrowanych w analogicznym okresie 2016 roku za względnie stabilną. Zdecydowana większość podlegających rejestracji chorób zakaźnych, w relacji do współczynników rejestrowanych dla obszaru kraju była bardzo dobra, utrzymując się na poziomie nie przekraczającym średnich wartości dla Polski lub wielokrotnie niższym.

Profil epidemiologii chorób wywoływanych przez wirusy wirusowego zapalenia wątroby typu B i C ponownie uległ zmianie. Odnotowywany od 5 lat trend zmniejszenia liczby rejestrowanych zachorowań wywołanych wirusem HBV, wobec nowych zasad rejestracji, definiujących każdy przypadek zakażenia jako równoznaczny z chorobą, nie stanowi już elementu odniesienia, gdyż u osoby zakażonej choroba może rozwinąć się w przedziale czasowym od 6 miesięcy do kilkunastu nawet lat. W 2016 roku według nowych zasad rejestracji, odnotowano 64 przypadki przewlekłego i bliżej nieokreślonego zapalenia wątroby typu B, przy czym w roku 2015 było ich 74. Nadzorem lekarskim i szczepieniami przeciw WZW typu B objęto 43 osób z otoczenia chorych.

Mimo przejściowej poprawy sytuacji epidemiologicznej w minionych latach, w roku 2014 na terenie Wrocławia nadal istotnym problemem epidemiologicznym o utrwalonym charakterze, były zakażenia i zachorowania wywołane przez wirusy WZW typu C. Pilotażowy Program Profilaktyki Zakażeń HCV „STOP! HCV”, nie przełożył się na zmniejszenie liczby rejestrowanych przypadków zakażenia, a w związku ze zmianą definicji, tym samym zachorowań. Łącznie zarejestrowano 125 przypadków zachorowań i zakażeń bezobjawowych. Skutkowało to wzrostem współczynnika zapadalności do wartości 176,64%, w stosunku do rejestrowanego dla Polski. Większość zachorowań była następstwem zabiegów medycznych, przetaczania krwi, a także tatuowania, piercing'u i

innych zabiegów upiększających, powodujących naruszenie ciągłości tkanek. Dotyczyła także osób stosujących obecnie lub w przeszłości środki odurzające we wstrzyknięciach oraz w aplikacjach donosowych tj. czynnika będącego najprawdopodobniej przyczyną blisko 17% zakażeń.

Rozpowszechnienie zachorowań związanych z szeroko pojętym stanem sanitarnym było stosunkowo małe, przyjmując współczynniki zapadalności dużo niższe, niż analogiczne, określane dla Polski. Dotyczy to zatruc pokarmowych, salmonelloz (współczynnik zapadalności wynoszący 45% wartości rejestrowanej dla Polski) i biegunek u dzieci do lat 2 (37% wartości współczynnika określonego dla kraju). W przypadku ostatniego wskaźnika, zarejestrowano 46% spadek liczby zachorowań (z 430 do 233 zarejestrowanych przypadków), głównie o etiologii rota wirusowej. Zachorowania wśród dzieci do lat 2 jeszcze wydatniej można było by ograniczyć poprzez wprowadzenie refundowanych szczepień przeciw rota wirusom w Programie Szczepień Ochronnych. Zarejestrowano 1 lokalne ognisko zbiorowego zatrucia pokarmowego w środowisku rodzinnym, w którym czynnikiem chorobotwórczym była *Salmonella enteritidis*. Nie zarejestrowano rodzimych oraz zawleczonych zachorowań na czerwonkę, dur brzuszny i dur rzekomy. Zarejestrowano natomiast 1 zachorowanie na wirusowe zapalenie wątroby typu A.

Nie zauważa się poprawy sytuacji epidemiologicznej, dotyczącej „choroby wywołanej przez HIV” (AIDS – zespół nabytego upośledzenia odporności). W 2016 roku zarejestrowano 7 przypadków, wobec 10 zarejestrowanych w roku 2015, co spowodowało nieznaczny spadek współczynnika zachorowalności z wartości 1,58 do 1,10. Niemniej jednak, wskaźnik ten jest 3 i pół-krotnie wyższy od rejestrowanego dla kraju. W 2016 roku zarejestrowano 75 nowych zakażeń WIRUSEM HIV u mieszkańców Wrocławia, co kształtuje współczynnik zapadalności na poziomie 11,79 (3-krotnie wyżej od wartości rejestrowanej, jako średnia dla Polski, która wynosi 3,8). współczynnika określonego dla kraju). Pozornie wydawać by się mogło, że sytuacja epidemiologiczna, dotycząca tej jednostki chorobowej jest korzystna. 58 przypadków zarejestrowanych zakażeń na terenie powiatu (o rejestracji decyduje miejsce zamieszkania), nie czyni z Powiatu Wrocławskiego obszaru podwyższonego ryzyka zagrożenia epidemicznego. Odzwierciedla raczej epidemiologiczną manifestację przemieszczania się ludności, zwłaszcza reprezentującej część zamożniejszej grupy społecznej, pomiędzy aglomeracją, a terenami podmiejskimi. Ośrodek zurbanizowany, stanowiący potencjalne źródło ryzyka epidemiologicznego, w którym pracuje się, prowadzi różnorodne interesy, realizuje się różnorakie formy aktywności społecznej i środowiskowej, i „sypialnie dużego miasta” na terenie powiatu, gdzie mieszka się, spędzając czas przeznaczony na sen, przed ponownym powrotem do miasta. Przypadki zarejestrowane na terenie powiatu, przekładają się na wartość współczynnika zapadalności przyjmującego poziom 44,76, a więc 15-krotnie przekraczającego wartość zarejestrowaną, jako średnia dla Polski. Te niekorzystne współczynniki rejestrowane są pomimo, na szeroką skalę zakrojonej, systematycznie prowadzonej akcji edukacyjnej. Nie można wykluczyć, że tak duża liczba rejestrowanych przypadków, obok dominujących, wysoko ryzykownych zachowań społecznych (narkomania, prostytutka, homoseksualizm, tatuowanie i inne zabiegi kosmetyczne przebiegające z naruszeniem ciągłości tkanek), koreluje z bardzo dobrze prowadzoną w rejonie odpowiedzialności diagnostyką w kierunku HIV/AIDS (duża liczba pracowni diagnostycznych wykonujących badania przesiewowe w kierunku HIV), jak i dobrej zgłaszalności rozpoznanych przypadków przez lekarzy.

Sytuację epidemiologiczną objętych nadzorem i rejestrowanych od 2014 roku chorób przenoszonych drogą płciową określić można jako stabilną. W 2016 roku zarejestrowano

42 przypadki zachorowań, co stanowi o 50% więcej niż w 2015 r. -28 . Najliczniejsze były wywołane przez krętek białej (Treponema pallidum) zachorowania na kiłę wszystkich postaci (kody A50 – A53) – 27 przypadków. Zarejestrowano również potwierdzone badaniami laboratoryjnymi: 10 zachorowań na rzeżączkę wywołane przez gonokok (*Neisseria gonorrhoeae*) i 5 przypadków chlamydiozy wywołany przez *Chlamydia trachomatis*. Wzrost liczby zachorowań odnotowano wśród mężczyzn w przedziale wiekowym 25-29 lat oraz 30-44 lata.

W ramach realizowanego w roku 2016 nadzoru epidemiologicznego nad gruźlicą, zarejestrowano 104 zgłoszenia, w tym 80 nowych zachorowań na gruźlicę oraz 24 wznovy. Liczba osób prątkujących wynosiła 75, u 17 chorych rozpoznano poza-płucną postać gruźlicy. W minionym roku, 9 osób zmarło z powodu gruźlicy i jej powikłań, a 114 osób zakończyło proces leczenia.

Dobra była również sytuacja chorób, przeciw którym prowadzone są szczepienia ochronne mimo nasilającej się aktywności tzw. „ruchów antyszczepionkowych”. Nie zarejestrowano zachorowań na błonicę i tężec. Kolejny rok utrzymywała się korzystna sytuacja epidemiologiczna, dotycząca różyczki i świnki (**po ok. 52% wartości średniej, rejestrowanej dla Polski**). Głównie, dzięki wysokiemu wykonawstwu szczepień dzieci w 2 roku życia, szczepionką skojarzoną przeciw odrze, śwince i różyczce (MMR II). Wyszczepienie w tej grupie wiekowej w 2016 roku odnotowano na poziomie ok. 88%.

We Wrocławiu Program Szczepień Ochronnych realizowany był przez 200 działających na terenie miasta punktów szczepień.

W roku 2016 kontynuowano, rozpoczętą w 2010 roku pod patronatem Wydziału Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia (jako donatora finansującego przedsięwzięcie) realizację programu profilaktyki HPV obejmującego, działalność oświatową i szczepienie dziewcząt w wieku 13 lat, przeciwko brodawczakowi szyjki macicy. W VI edycji (rocznik 2002), szczepieniami objętych mogło zostać 1935 dziewcząt.

**Sytuacja epidemiologiczna niektórych chorób zakaźnych we Wrocławiu
w 2016 roku⁸**

Jednostka chorobowa	Liczba przypadków		Zapadalność na 100 tysięcy			
	2015 r.	2016 r.	2015 rok Wrocław	2016 rok Wrocław	Województwo Dolnośląskie	Polska
Sallmonellozy	92	72	14,66	11,32	16,39	25,21
Biegunki u dzieci do lat 2 (*)	430	233	334,42	175,34	284,47	474,07
Krztusiec	45	85	7,09	13,36	12,50	17,84
Płonica (szkarlatyna)	410	187	64,62	29,41	34,33	53,00
Neuroinfekcje bakteryjne	12	4	1,89	0,62	2,48	1,74
Neuroinfekcje wirusowe	9	3	1,42	0,47	2, 24	3,29
Róża	14	4	2,21	0,62	2,72	14,29
Borelioza z Lyme	113	116	17,81	18,24	32,06	55,22
Ospa wietrzna	1317	1508	207,57	237,19	330,88	418,09
Odra	2	-	0,31	-	0,03	0,34
Różyczka	13	10	2,05	1,57	2,24	2,98
Wirusowe zapalenie wątroby	typu A	-	1	-	0,15	0,14
	typu B	74	64	11,66	10,06	7,75
	typu C	118	125	18,60	19,66	12,60
AIDS nabytego upośledzenia	zespół	10	7	1,58	1,10	0,55
Nowo wykryte zakażenia HIV	59	75	9,30	11,79	4,75	3,80
Świnka	14	17	2,21	2,67	3,75	5,15
Grypa	16.417	19.416	2587,44	3053,98	6645,25	11229,71
Szczepienia przeciw wściekliznie	48	51	7,56	8,02	8,23	20,76

⁸ „Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego miasta Wrocławia za 2016 r.”- Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna we Wrocławiu

(*) - zapadalność na 10.000 dzieci do lat 2

3. Przyczyny zgonów dla Wrocławia.

Zgodnie z danymi z GUS za lata 2014-2015 najwyższa śmiertelność mieszkańców Wrocławia dotyczy chorób układu krążenia (43,76% oraz 45,32%), w drugiej kolejności są to nowotwory (29,16% oraz 27,94%), co daje ok. 70 % wszystkich zgonów (patrz tabela poniżej). Obszary te powinny stanowić jedne z głównych pól nakładów.

Tabela 7.

PRZYCZYNY ZGONÓW POWIAT MIASTO WROCŁAW	OGÓŁEM		UDZIAŁ PROCENTOWY	
	2014	2015	2014	2015
razem	6 506	6 896		
Choroby zakaźne i pasożytnicze	34	43	0,52%	62%
Nowotwory	1 897	1 927	29,16%	27,94%
Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych	4	3	0,06%	0,04%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	57	133	0,88%	1,93%
Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	82	85	1,26%	1,23%
Choroby układu krążenia	2 847	3 125	43,76%	45,32%
Choroby układu oddechowego	480	557	7,38%	8,08%
Choroby układu trawiennego	301	273	4,63%	3,96%
Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	12	8	0,18%	0,12%
Choroby układu moczowo-płciowego	97	87	1,49%	1,26%
Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	12	17	0,18%	0,25%
Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	13	13	0,20%	0,19%
Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane	367	341	5,64%	4,94%
Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu	280	239	4,30%	3,47%
Pozostałe przyczyny	23	44	0,35%	0,64%
Brak przyczyny zgonu (opisu) w Karcie Statystycznej do Karty Zgonu	-	1	-	0,01%

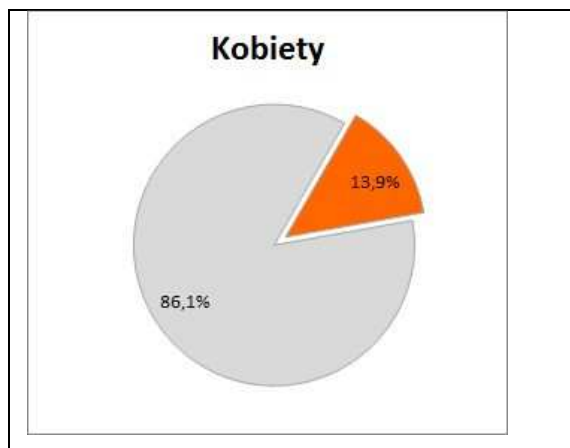
Źródło: dane GUS

Współczynnik umieralności we Wrocławiu wynosił w 2016 r. 10,1 na 1000 ludności, a w województwie 10,5.

Rak piersi

Analiza struktury zgonów kobiet z powodu raka piersi przedstawia się równie niepokojąco. W 2013 roku rak piersi zajmował drugie miejsce stanowiąc, 13,9% zgonów z przyczyn nowotworowych. Pomimo coraz lepszej diagnostyki i nowych metod leczenia, liczba zgonów spowodowanych rakiem piersi jest wciąż duża.

Ryc. 1. Częstość zgonów na raka gruczołu piersiowego na tle wszystkich zgonów na nowotwory złośliwe kobiet (dane Krajowego Rejestru Nowotworów 2013 r.)



Starzenie się polskiej populacji niewątpliwie będzie pogłębiać ten problem w przyszłości. Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem nie tylko w starszych grupach wiekowych, są również przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet przed 65. rokiem życia. Dane te przedstawia Tabela 8 ⁹.

Tabela 8. Zachorowania i zgony z powodu raka piersi w latach 1999 – 2013 w Polsce.

Rok	Zachorowani a	Współczynnik standaryzowany	Zgony	Współczynnik standaryzowa ny
1999	10903	38.78	4553	14.78
2000	11853	41.82	4712	15.01
2001	12118	42.36	4825	14.95
2002	12132	41.98	4825	14.96
2003	11733	40.22	4942	15.01
2004	12049	40.65	4887	14.52
2005	13385	44.50	5112	14.89
2006	13322	44.16	5212	14.80
2007	14484	47.71	5255	14.55
2008	14576	47.15	5362	14.74
2009	15752	50.37	5241	14.07
2010	15784	49.58	5226	13.70
2011	16534	51.77	5437	14.19
2012	17000	51.93	5574	14.11
2013	17142	51.82	5816	14.51

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów (<http://onkologia.org.pl/nowotwory-piersi-kobiet/>)

⁹ Epidemiologia i profilaktyka raka piersi, Urszula Bojakowska, Paweł Kalinowski, Marta Estera Kowalska, Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(8):701-710. eISSN 2391-8306. DOI

Rak skóry i czerniak

Umieralność z powodu czerniaka skóry w Polsce jest o ok. 20% wyższa niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.

Czerniak skóry powoduje u mężczyzn około 1,4% zgonów, u kobiet 1,2% zgonów nowotworowych¹⁰

Cukrzyca

Z danych zawartych w Raporcie - Cukrzyca ukryta pandemia 2014, wynika że rocznie z powodu cukrzycy i jej powikłań umiera 31 229 osób.¹¹

Natomiast Krajowego profilu cukrzycy 2016 opracowany przez Światową Organizację Zdrowia, podaje że z powodu cukrzycy w Polsce umiera 2 280 osób w wieku 30-69 lat, w tym 1460 mężczyzn i 820 kobiet. Natomiast w wieku 70 i więcej lat umiera 4 060 osób, w tym 1480 mężczyzn i 2 580 kobiet.¹²

Tabela 9. Zgony z powodu cukrzycy

Lp.	Wiek	Płeć		Razem
		Mężczyźni	Kobiety	
1	30-69 lat	1 460	820	2 280
2	70 i więcej lat	1 480	2 580	4 060
3	Razem	2 940	3 400	6 340

Źródło: na podstawie Krajowego profilu cukrzycy 2016

Z powodu wysokiego poziomu glukozy we krwi w Polsce rocznie umiera 7 750 osób w wieku 30-69 lat, w tym 5 720 mężczyzn i 2 030 kobiet. Liczba ta wzrasta odpowiednio z wiekiem i tak w grupie osób powyżej 70 r. ż. z powodu wysokiego poziomu cukru umiera 18 130 osób, w tym 7 230 mężczyzn i 10 900 kobiet.¹³

Tabela 10. Zgony związane z wysokim poziomem cukru we krwi

Lp.	Wiek	Płeć		Razem
		Mężczyźni	Kobiety	
1	30-69 lat	5 720	2 030	7 750
2	70 i więcej lat	7 230	10 900	18 130
3	Razem	12 950	12 930	25 880

Źródło: na podstawie Krajowego profilu cukrzycy 2016

W latach 2012-2014 w województwie dolnośląskim stwierdzono 2084 zgony z powodu cukrzycy, z których 75,4% dotyczyło osób w wieku 65 lat i więcej lat. Prawie połowę zmarłych stanowili mężczyźni tj. 42,9%. Współczynnik rzeczywisty umieralności z powodu cukrzycy w województwie dolnośląskim wynosił 23,9/100 tys. ludności i był wyższy od ogólnopolskiego o 38,2%.

¹⁰ <http://onkologia.org.pl/czerniak-skory-c43/>

¹¹ Raport Cukrzyca. Ukryta pandemia 2014

¹² Światowa Organizacja Zdrowia – Krajowy profil cukrzycy 2016

¹³ Światowa Organizacja Zdrowia – Krajowy profil cukrzycy 2016

Poziom umieralności, zarówno mężczyzn jak i kobiet chorych na cukrzycę, jest wyższy w województwie niż w kraju odpowiednio o 38,3% i 37,9%. Co stawia dolnośląskie na 1. miejscu pod względem współczynnika rzeczywistego umieralności mężczyzn z powodu cukrzycy, a na 2. miejscu pod względem umieralności kobiet.¹⁴

Ok. 75-80 % chorych na cukrzycę umiera z powodu chorób sercowo-naczyniowych.

4. Problemy zdrowotne dzieci i młodzieży

4.1 Opieka nad matką i dzieckiem

Wysoki wskaźnik śmiertelności okołoporodowej noworodków, porodów przedwczesnych, urodzeń dzieci z niską masą ciała sytuujący województwo dolnośląskie na jednym z ostatnich miejsc w kraju, stał się wyzwaniem dla władz Miasta do podjęcia działań zmierzających do poprawy tej sytuacji.

W 2008r. powołano zespół merytoryczny, który dokonał diagnozy i określił główne kierunki działań opieki nad matką i dzieckiem. W koncepcji działania uwzględniono promowanie wartości rodzinnych, wspieranie rodziny poprawiające jakość życia, poprawę jakości opieki perinatalnej i postnatalnej, zwiększenie wiedzy i umiejętności przyszłych matek, ojców oraz rodziców w zakresie opieki na dzieckiem.

W 2011 roku zainicjowano utworzenie Szkół Rodzenia przy oddziałach położniczych wrocławskich szpitali.

Celem działania Szkół Rodzenia jest umożliwienie wrocławiankom przygotowanie się do porodu i położu oraz opieki nad noworodkiem w warunkach szpitala, w których kobieta planuje urodzić swoje dziecko.

Z edukacji zdrowotnej korzystają kobiety od 25 tygodnia ciąży oraz osoby im towarzyszące, mieszkające we Wrocławiu. Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu w godzinach popołudniowych, jeden cykl zajęć dla każdej grupy trwa 10 tygodni. Zajęcia teoretyczne oraz ćwiczenia gimnastyczne i relaksacyjne odbywają się w nowocześnie wyposażonych salach i prowadzone są przez doświadczonych położnych, rehabilitantów, ginekologów, neonatologów, stomatologów oraz psychologów. Zajęcia Szkoły Rodzenia realizowane są zgodnie z opracowanymi przez grupę ekspertów standardami edukacji przedporodowej. Udział w zajęciach edukacyjnych umożliwia kobiecie ciężarnej poznanie personelu medycznego oraz miejsca, w którym odbędzie się poród.

Edukacja przedporodowa jest najefektywniejszą metodą przygotowania kobiet do dbania o zdrowie własne i dziecka, budowania pozytywnych relacji pomiędzy rodzicami i dzieckiem podczas ciąży i po porodzie. Uczestnicy Szkoły Rodzenia pełnią jednocześnie rolę grupy wsparcia. Wiedza i umiejętności nabyte przez rodziców wpływają na zmniejszanie liczby porodów przedwczesnych, śmiertelności okołoporodowej noworodków i śmiertelności niemowląt.

4.2 Choroba próchnicowa

We Wrocławiu podobnie jak w całym kraju choroba próchnicowa zębów w populacji dzieci i młodzieży należy do najbardziej rozpowszechnionych.

Nieleczona próchnica zębów mlecznych może powodować: zaburzenia mowy, zaburzenia ze strony układu pokarmowego spowodowane źle rozdrobnionym, pokarmem i połykaniem

¹⁴ http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/01_dolnoslaskie.pdf

dużych kawałków, powstawanie zmian ropnych w jamie ustnej, uszkodzenie zawiązków zębów stałych, obrzęki twarzy, zakażenie całego organizmu, próchnicę w zębach stałych, nieprzyjemny zapach z ust, brak akceptacji ze strony rówieśników i niską samoocenę.

W latach 2008 - 2009, Wydział Zdrowia Urzędu Miejskiego Wrocławia we współpracy z Uniwersytetem Medycznym, Katedrą i Zakładem Stomatologii Zachowawczej i Dziecięcej oraz gabinetami stomatologicznymi, wybranymi w drodze konkursu ofert, realizował program pt. „Poprawa jakości opieki stomatologicznej dla uczniów wrocławskich szkół podstawowych”.

Z przeprowadzonych w ww. programie badań stomatologicznych u 18 319 uczniów z 73 wrocławskich szkół podstawowych wynika, iż 83% uczniów ma próchnicę zębów, 14% uczniów ma zęby zdrowe w tym, 9% zęby zdrowe leczone a 5% zęby zdrowe nie leczone.

Zdiagnozowaną u uczniów próchnicę zębów, określono wg następujących zmian: pierwotna plama – (próchnica początkowa, nie ma ubytków, można zatrzymać związkami fluoru np. lakierowaniem), występuje u 12,11% badanych, w obrębie szkliwa – (występuje minimalny ubytek szkliwa, konieczne jest leczenie inwazyjne przy użyciu wiertła), występuje u 36,27% badanych, w obrębie zębiny – próchnica średnio zaawansowana, konieczne leczenie inwazyjne przy użyciu wiertła, występuje u 60,99 % badanych, sięgająca miazgi – próchnica zaawansowana, głęboka, konieczne leczenie kanałowe (zab martwy) lub usunięcie zęba, występuje u 31,68% badanych.

Zadanie dotyczące profilaktyki próchnicy zębów u dzieci w wieku przedszkolnym, realizowane jest od 2011 roku.

Celem jest zmniejszenie występowania choroby próchnicowej u dzieci w wieku 3-5 lat poprzez zintegrowane działania edukacyjne i profilaktyczno-lecznicze.

Integralną częścią zadania jest edukacja zdrowotna, w tym kształtowanie nawyków higienicznych i dietetycznych istotnych dla zdrowia i dalszego prawidłowego rozwoju dzieci.

4.3 Wady postawy u dzieci w wieku przedszkolnym i uczniów

Wady postawy wieku rozwojowego stanowią poważny problem społeczno-cywilizacyjny. Szybki postęp cywilizacji i technologii ułatwiających życie pociąga za sobą coraz większą automatyzację życia codziennego człowieka, ograniczając tym samym jego aktywność ruchową. W konsekwencji dominującym staje się siedzący tryb życia. Znaczne ograniczenie aktywności ruchowej na rzecz zajęć rozrywkowych takich jak telewizja, gry komputerowe oraz Internet, powodują u dzieci i młodzieży w okresie wzrastania szereg dysfunkcji i nieprawidłowości w kształtowaniu się postawy ciała. Potwierdza to stale rosnąca liczba dzieci i młodzieży mających nabyte wady postawy.

Rozwijające się wady postawy „rosną wraz z dzieckiem” jeżeli nie podejmie się działań zapobiegawczych. Czasem mogą pojawić się trudne do usunięcia przykurczenia, w konsekwencji niemożliwe do usunięcia deformacje układu kostno – stawowego skutkujące poważnymi zaburzeniami zdrowia np. układu krążeniowo-oddechowego, upośledzeniem sprawności i wydolności ogólnej, zespołami bólowymi kręgosłupa, problemami ginekologicznymi u kobiet itp.

Wady postawy u dzieci w wieku rozwojowym występują u ok. 60-70% populacji i są to najczęściej postawy, utrwalone złym nawykiem lub wymuszonym obciążeniem ciała.

Zadaniem środowiska nauczania i wychowania dziecka jest profilaktyka pierwszorzędowa, która polega na eliminowaniu czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy oraz na kształtowaniu prawidłowej postawy ciała.

Istotnym elementem profilaktyki wad postawy jest edukacja rodziców oraz środowiska szkolnego, w którym dziecko spędza większość czasu.

Zagrożenie powstania wad postawy jest szczególnie duże w trakcie rozwoju dziecka, dlatego działania prewencyjne są niezbędne już od samego początku ontogenezy, stąd potrzebna jest wiedza na temat znaczenia prawidłowej postawy ciała i sposobach jej kreowania.

Szczególna rola w zapobieganiu wadom postawy przypada rodzicom oraz nauczycielom nauczania początkowego. Rodzicom, ponieważ oni głównie poprzez właściwe wzorce i wychowanie oddziałują na organizm dziecka we wczesnym dzieciństwie wówczas, gdy jest ono jeszcze bardzo plastyczne i podatne na wpływy zewnętrzne.

Elementem działań umożliwiających zachowanie prawidłowej postawy ciała dzieci jest zapewnienie im właściwych warunków nauki, szczególnie dostosowanie ławek i krzeseł zapewniających zachowanie fizjologicznej postawy ciała, a także kształtowanie nawyku jej przyjmowania i kontrolowania.

W profilaktyce szczególna rola przypada nauczycielom wychowania fizycznego, którzy jako pierwsi mogą dostrzec nieprawidłową postawę ciała uczniów oraz zadbać, by dzieci z wadami postawy wykonywały ćwiczenia korekcyjne i nie były zwalniane z zajęć wychowania fizycznego. Skuteczność działań profilaktycznych w zapobieganiu występowania wad postawy uwarunkowana jest koniecznością ścisłego współdziałania wszystkich podmiotów, związanych ze środowiskiem nauczania i wychowania. Z tego też względu zasadne jest podejmowanie prób systemowego rozwiązywania problemu poprzez aktywizację współpracy między dziećmi i młodzieżą, ich rodzicami, pracownikami oświaty oraz ochrony zdrowia.

Niewątpliwie systematycznie prowadzona edukacja zdrowotna przyczynia się do zmniejszenia częstotliwości występowania wad postawy, ponieważ wady nabyte (nawykowe) początkowo są czynnościowe stąd stosunkowo łatwo je korygować. Wczesne wykrycie patologicznych zmian w obrębie postawy ciała pozwala na skuteczne ich korygowanie.

4.4 Nadwaga i otyłość

Wg danych Instytutu Żywności i Żywienia szacuje się, że w Polsce już 64 % mężczyzn ma nadmierną masę ciała. W przypadku kobiet odsetek ten sięga ok. 49 %.

Problemów zdrowotnych związanych z nadwagą i otyłością jest wiele, począwszy od większego ryzyka przedwczesnej śmierci, a skończywszy na wielu dolegliwościach, które mogą mieć wpływ na jakość życia. Główne problemy zdrowotne związane z otyłością i nadwagą to: cukrzyca typu 2, choroby sercowo-naczyniowe na tle miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, choroby układu oddechowego (zespół bezdechu nocnego), niektóre nowotwory złośliwe, choroby zwyrodnieniowe kości, problemy psychologiczne, obniżenie jakości życia.

W 2014 roku we wrocławskich szkołach podstawowych wykonano przesiewowe badania uczniów z oceną wskaźnika BMI. Wyniki badań potwierdziły występowanie nadwagi i otyłości u 13,71 % dzieci w wieku 6-12 lat

Nadwaga i otyłość u dzieci i młodzieży stanowią zagrożenie zdrowotne na każdym etapie rozwoju, powodując jednocześnie występowanie przedwczesnej miażdżycy, chorób układu krążenia, cukrzycy typu drugiego i innych zaburzeń metabolicznych w wieku dorosłym. Przyczyną tego jest mała aktywność ruchowa związana ze stylem życia. Dzieci i młodzież szkolna coraz więcej wolnego czasu spędzają przed komputerem i telewizorem. Jednocześnie w stosunku do swoich potrzeb spożywają za dużo produktów spożywczych wysokoenergetycznych i przetworzonych. Tymczasem warunkiem prawidłowego rozwoju fizycznego, intelektualnego i emocjonalnego dzieci i młodzieży jest odpowiednio zbilansowana dieta oraz regularna aktywność fizyczna, przyczyniające się do ograniczenia ryzyka występowania w dorosłym życiu wielu chorób cywilizacyjnych.

Od 2010 r. realizowane są zintegrowane działania z zakresu zdrowego żywienia oraz profilaktyki nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży: szkolenia, konkursy, olimpiady, kampanie zdrowotne, badania przesiewowe uczniów szkół podstawowych, konsultacje ze specjalistami ds. żywienia.

Profilaktyka nadwagi i otyłości oraz promocja zdrowego i racjonalnego żywienia to długotrwały i trudny proces. Tylko regularne i konsekwentne działania z zakresu edukacji zdrowotnej w środowisku przedszkolnym i szkolnym przynoszą oczekiwane efekty.

Od 2012 r. prowadzone są badania przesiewowe we wrocławskich szkołach podstawowych (klasy I, II i V), które pozwalają wyłonić dzieci z nadwagą i otyłością.

Program profilaktyki nadwagi i otyłości oraz innych zaburzeń okresu rozwojowego „Uczeń w formie”, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych UM Wrocławia:

Wyniki badań wrocławskich uczniów w wieku 7, 9, 11 lat.

Uczniowie w wieku 7, 9, 11 lat

2014/2015 rok – nadmierna masa ciała: 14,14% (nadwaga: 7,87 %, otyłość: 6,27%)

2015/2016 rok - nadmierna masa ciała: 13,35% (nadwaga: 7,49 %, otyłość: 5,86 %)

Wyniki badań uczniów w Polsce, Badania Health Behaviour In School-aged Children (HBSC), Instytut Matki i Dziecka:

Uczniowie w wieku 11, 13,15 lat

2010 rok – nadmierna masa ciała: 17 % (nadwaga: 14,1 %, otyłość: 2,9 %)

2014 rok - nadmierna masa ciała: 14,8 % (nadwaga: 12,4 %, otyłość: 2,4 %)

Tabela 11. Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat pozostająca pod opieką lekarza poz z rozpoznaną otyłością we Wrocławiu i województwie dolnośląskim w latach 2013-2015.

Lp.	Wyszczególnienie	Rok		
		2013	2014	2015
1	województwo	7 533	8 080	6 462
2	Wrocław	1 128	1 228	965

Źródło: Dolnośląski Urząd Wojewódzki

5. Problemy zdrowotne dorosłych mieszkańców Wrocławia

5.1 Choroby układu sercowo-naczyniowego

Choroby serca i naczyń spowodowane są przede wszystkim miażdżycą tętnic i stanowią główną przyczyną chorobowości, inwalidztwa oraz przedwczesnej umieralności. Schorzenia sercowo-naczyniowe to istotny problem współczesnych społeczeństw rzutujący na zakres i charakter świadczeń systemu opieki zdrowotnej. Wyrazem rozmiaru problemu jest określenie następujących wskaźników epidemiologicznych.

Zgodnie z opinią Polskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych, z której wynika, że w trakcie pierwszego miesiąca życia po zawale serca umiera w Polsce 8-10 % pacjentów. Śmiertelność roczna wynosi 14-15 %, a w okresie 2 pierwszych lat po zawale umiera 20-22% chorych.

Złe wyniki epidemiologiczne wynikają między innymi z niskiej świadomości społecznej oraz potrzeby dalszego leczenia się po wypisie ze szpitala, w tym podjęcia rehabilitacji kardiologicznej z uwzględnieniem psychoterapii u pacjentów z nasilonymi obawami lękowo-depresyjnymi.

Główną przyczyną nadumieralności chorych jest ograniczona dostępność do procedur rehabilitacji kardiologicznej, która jest kontraktowana przez NFZ na poziomie 15% zapotrzebowania chorych, natomiast dostępność do leczenia ambulatoryjnego w poradniach kardiologicznych określa się na poziomie ok. 1,5-5%

Chorzy po zawale nie korzystają z jakiegokolwiek „szybkiej ścieżki” w dostępie do specjalistycznego leczenia kardiologicznego. Standardowym sposobem postępowania z pacjentem po przebytej hospitalizacji kardiologicznej z powodu ostrego zespołu wieńcowego jest skierowanie do poradni kardiologicznej.

We Wrocławiu, obecnie średni czas oczekiwania na pierwszorazową wizytę w poradni kardiologicznej to ok. 12 m- cy.

Zachorowania po raz pierwszy (zapadalność) na choroby układu krążenia osób będących pod opieką lekarzy poz w wieku **19 lat i więcej**.¹⁵

Lp.	Rok	Dolny Śląsk	Wrocław
1	2012	44 799	10 340
2	2013	54 850	14 081
3	2014	60 384	12 073
4	2015	73 557	18 135

¹⁵ dane pochodzą ze statystyk Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, uzyskane na podstawie zapytania Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych

Osoby w wieku **19 lat i więcej** pozostające pod opieką lekarza poz z rozpoznanymi chorobami układu krążenia I00-I99, we Wrocławiu i województwie dolnośląskim.

Choroby układu krążenia I00-I99		2014 rok		
		województwo	Wrocław	
				wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m.W-w)
		459 575	116 577	2186,8
w tym	przewlekła choroba reumatyczna I05-I15	6 518	1 481	27,8
	choroba nadciśnieniowa I10-I15	330 418	84 582	1586,6
	choroby naczyń mózgowych I60-I69	28 868	6 951	130,4
	niedokrwienność choroba serca I20-I25	76 447	22 474	421,6
	w tym przebyty	14 461	4 788	89,8

W 2016 r. z powodu zawału serca hospitalizowanych było 1 372 mieszkańców Wrocławia. Opieką w poradni kardiologicznej zostało objętych 540 pacjentów po zawale. Na rehabilitację kardiologiczną w oddziale dziennym, Narodowy Fundusz Zdrowia oddział dolnośląski przeznaczył kwotę 776 492,56 złotych. Z tej formy rehabilitacji skorzystało 122 mieszkańców Wrocławia, przy założeniu, że cykl rehabilitacji kardiologicznej trwa średnio 24 osobodni.

Liczba osób, które przebyły zawał serca

Lp.	Rok	Liczba osób, z rozpoznaniem I25.2	Liczba osób, z grupą rozpoznań I21	Liczba osób, z grupą rozpoznań I22	Razem*
1	2010	84	1 462	9	1 517
2	2011	88	1 501	9	1 559
3	2012	101	1 386	7	1 459
4	2013	57	1 505	6	1 568
5	2014	72	1 523	5	1 600
6	2015	38	1 321	8	1 367
7	2016	61	1 310	1	1 372

Zródło: NFZ Oddział Dolnośląski

Liczba osób po zawale serca pod opieką specjalistów

Lp.		Rok 2015	Rok 2016
		liczba osób	liczba osób
1	Liczba osób po przebytym zawale serca objęta opieką poradni kardiologicznych	647	540
2	Liczba osób po przebytym zawale, która skorzystała z rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych	92	123
3	Liczba osób po przebytym zawale, która skorzystała z rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym,	155	122

Źródło: NFZ Oddział Dolnośląski

Na jesieni 2017 r. wdrożony został przez NFZ Program kompleksowej i koordynowanej opieki nad pacjentami po zawale mięśnia sercowego tzw. KOS –zawał. Celem tego programu jest zmniejszenie śmiertelności pacjentów po zawale serca w Polsce. Składa się on z następujących modułów:

- interwencyjnego leczenia zawału mięśnia sercowego oraz - jeśli jest taka potrzeba - leczenia kardiochirurgicznego
- elektroterapii (wszczepienia urządzenia stymulującego pracę serca)
- kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (kardiologicznej).

5.2 Nowotwory złośliwe

W 2015 roku w Dolnośląskim Rejestrze Nowotworów zarejestrowano wśród mieszkańców Wrocławia 3.025 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe (ICD-10: C00 – C97), 1.414 u mężczyzn i 1.612 u kobiet. Zachorowania mężczyzn stanowiły 46,7%, a kobiet 53,3% wszystkich zarejestrowanych nowotworów. Ponadto stwierdzono 104 nowotwory przedinwazyjnych (ICD-10: D00 – D09), 41 u mężczyzn i 63 u kobiet. Najczęściej występującymi umiejscowieniami nowotworów u mężczyzn były gruczoł krokowy (18,1%), płuco (15,4%), jelito grube (okrężnica i odbytnica – 13,9%), a u kobiet piers (25,5%), płuco (10,6%) i jelito grube (11,8%).

Łącznie 15,3% wszystkich zachorowań u kobiet stanowiły nowotwory złośliwe narządów płciowych: trzonu macicy (7%), jajnika (4,6%) oraz szyjki macicy (2,6%).

W 2015 roku woj. dolnośląskie liczyło 2.904.207, mieszkańcy Wrocławia stanowili więc 21,9% populacji dolnośląskiej. Jednocześnie udział zachorowań na nowotwory był większy i wynosił 23,7%. Jeszcze większy był udział Wrocławia w porównaniu z pozostałą częścią województwa w następujących umiejscowieniach nowotworów: kość, tkanka łączna i skóra (25,6%), piers (27,7%), Oko, mózg i układ nerwowy (24%) oraz narządy płciowe męskie (26,4%).¹⁶

¹⁶ Na podstawie: NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM W ROKU 2015, Jerzy Błaszczyk, Maria Jagas, Piotr Hudziec

Z dostępnych danych wynika , iż nowotworami o największej zapadalności są nowotwór złośliwy piersi u kobiet (C50), nowotwór płuca (C43), Nowotwór gruczołu krokowego (C61) - zarówno dla Miasta Wrocław jako dla Województwa Dolnośląskiego.

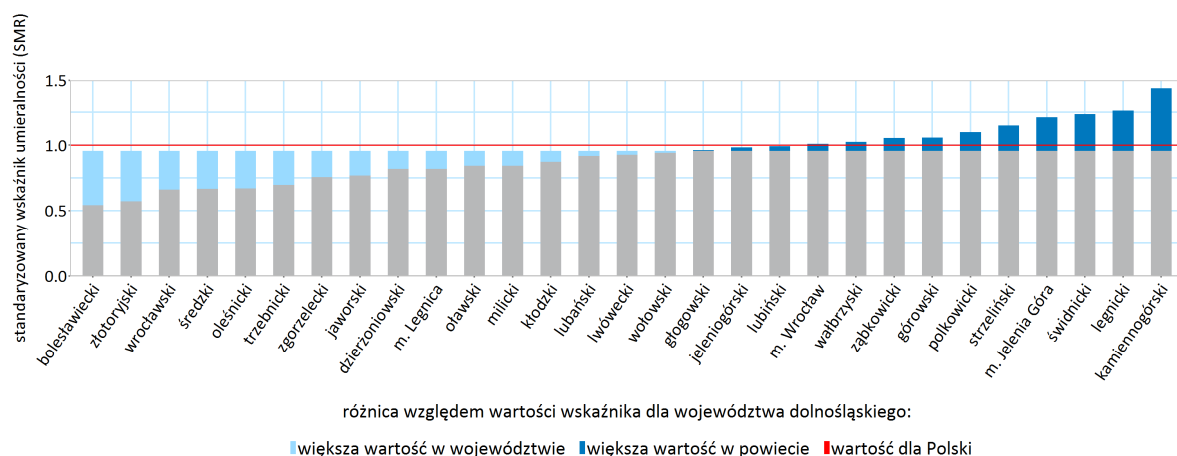
W grupie „przesiewowej” kobiet w wieku 50-69 lat objętych programem skriningowym, wykrywanych jest obecnie rocznie ponad 200 nowo rozpoznanych zachorowań. Nowotwory złośliwe piersi w grupie objętej badaniem przesiewowym 50-69 lat stanowią obecnie prawie 60% wszystkich wykrywanych nowotworów. Zmniejsza się odsetek nowotworów piersi u kobiet w wieku „przed przesiewem”, obecnie jest ich około 15-20%, natomiast, co czwarty rak piersi we Wrocławiu występuje u kobiety starszej, niż objęte badaniem skryningowym.¹⁷

Nowotwór złośliwy piersi u kobiet (C50)

Stosunkowo wysoka umieralność (nadwyżki o 10%-15%) przy przeciętnym w skali kraju zagrożeniu życia obserwuje się w mieście Wrocław. Najwięcej nowych przypadków raka piersi –396 odnotowano w powiecie miasto Wrocław. Wskaźnik zapadalności 3-letniej w odniesieniu do 10 000 ludności w m. Wrocław wynosił 6,22

Najwięcej nowych przypadków 262 zaobserwowano w 2014 roku u osób pochodzących z powiatu miasto Wrocław.

Wykres 2.



Na podstawie danych NIZP-PZH

Polska należy do grupy krajów, w których zagrożenie złośliwym nowotworem piersi jest duże. Liczba nowo rejestrowanych zachorowań ciągle się zwiększa, z 10 903 przypadków w roku 1999 do 17 142 nowych zachorowań w roku 2013.

Rak piersi jest dominującym problemem zdrowotnym w populacji kobiet stanowiąc, 21,9% zachorowań na nowotworowy.

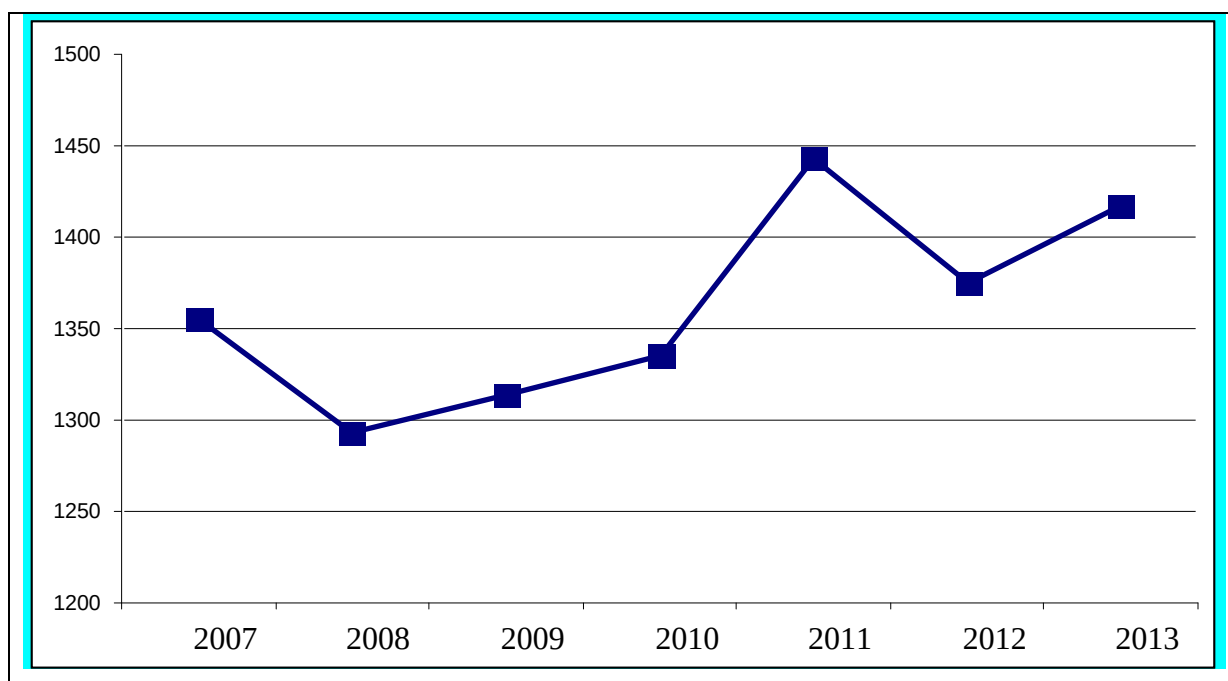
¹⁷ Zachorowania na nowotwory złośliwe we Wrocławiu w latach 1984-2013 – 30 lat obserwacji epidemii, J. Błaszczyk, Komitet do spraw epidemiologii w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, wrzesień 2015

Według Krajowego Rejestru Nowotworów corocznie zapada na tą chorobę ok. 18 000 kobiet. Standaryzowany współczynnik zapadalności w 2013 r. wynosił 51,8 na 100 000, a współczynnik umieralności 14,5 na 100 000. W ogólnej liczbie nowotworów złośliwych kobiet, rak piersi stale rośnie, a tempo przyrostu sięga około 8% rocznie.

Ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem i osiąga szczyt w przedziale 50-70 lat. Rak piersi stanowi najczęstszą przyczynę zgonów kobiet w przedziale 35-55 lat.

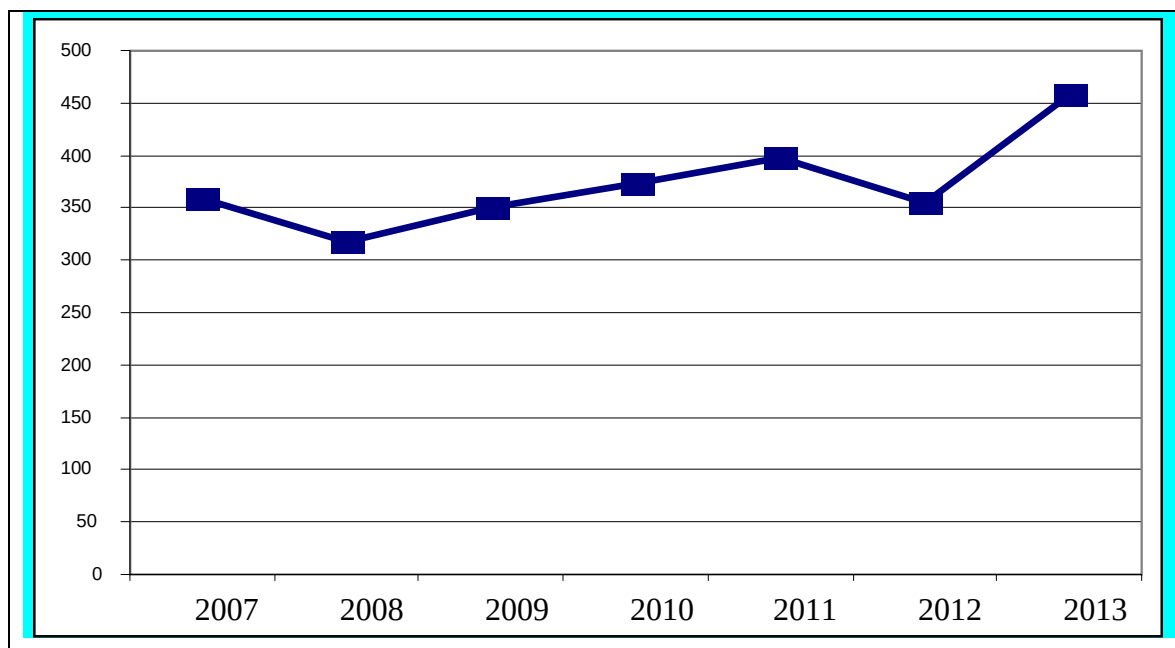
Z Dolnośląskiego Rejestru Nowotworów wynika, że rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet – 23,5%. W 2013 r. odnotowano 1 427 nowych zachorowań na raka piersi w województwie dolnośląskim, z czego 393 (25,7%) zachorowania wśród mieszanek Wrocławia.

Ryc. 2. Zachorowania na raka gruczołu piersiowego w województwie dolnośląskim wg Krajowego Rejestru Nowotworów



W latach 1984-2013 wśród mieszanek Wrocławia dwukrotnie wzrosła liczba raków piersi z 200 do 400, w większości były to nowotwory przedinwazyjne.

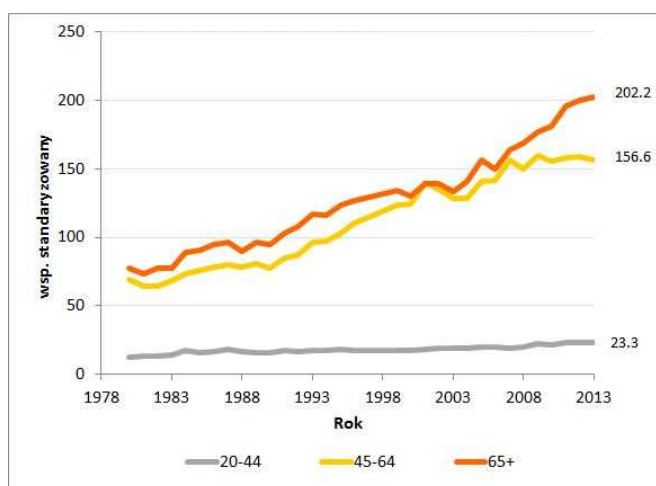
Ryc.3. Zachorowania na raka gruczołu piersiowego we Wrocławiu wg Krajowego Rejestru Nowotworów



Rak piersi rozpoznawany jest najczęściej u kobiet w wieku 50–69 lat i stanowi ok. 60% wszystkich wykrywanych nowotworów. Co czwarty rak piersi we Wrocławiu występuje u kobiet w wieku 70 lat i powyżej¹⁸.

Zachorowalność u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20-49 lat) wzrosła w ciągu ostatnich trzech dekad około 1,7 razy. Najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku 50-69 lat, przy czym największy wzrost zachorowalności obserwowano w ostatnich dwóch dekadach (1990-2010). U kobiet po 70 roku życia tempo wzrostu zachorowalności zmniejszyło się w latach 90. ubiegłego wieku (ryc. 4).

Ryc. 4. Trendy zachorowalności na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980-2013 w wybranych grupach wieku



¹⁸ Zachorowania na nowotwory złośliwe we Wrocławiu w latach 1984-2013 – 30 lat obserwacji epidemii, J. Błaszczyk, Komitet do spraw epidemiologii w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, wrzesień 2015

Rak piersi, statystycznie najczęściej występuje u kobiet w wieku 50–69 lat. Jednak ostatnie obserwacje wskazują na dramatyczne zwiększenie liczby diagnozowanych przypadków raka piersi u kobiet przed menopauzą. Trend zachorowalności u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20–49 lat) ma charakter rosnący i od ostatnich trzech dekad zachorowalność w tej grupie wiekowej wzrosła prawie dwukrotnie.

Co roku liczba żyjących chorych, u których zdiagnozowano raka piersi zwiększa się. Zgodnie z szacunkami KRN, w roku 2012 z diagnozą postawioną w ciągu ostatnich 5 lat żyło w Polsce 68 tys. kobiet chorych na raka piersi.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, nastąpiła zmiana struktury zaawansowania wykrywanych i rejestrowanych nowotworów piersi. Zwiększyła się liczba wykrywanych raków we wczesnym stadium, dających szansę na skuteczne wyleczenie, z 372 w roku 2006 do 723 w roku 2010. Ponadto wskaźniki 5-letnich przeżyć chorych na raka piersi w ostatniej dekadzie wzrosły o 2 punkty procentowe: w latach 2000–2002. (zakończenie obserwacji w 2007 roku) wskaźnik przeżyć 5-letnich wynosił 75%, natomiast w latach 2003–2005 (zakończenie obserwacji w 2010 roku) wynosił 77%.

Prognoza przygotowana na podstawie danych KRN na lata 2010–2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych. U kobiet przed menopauzą wzrost zachorowalności prawdopodobnie będzie niewielki. Największego przyrostu zachorowalności należy spodziewać się w grupie kobiet między 50. a 69. rokiem życia, w związku z objęciem tej grupy badaniami przesiewowymi. W tym przedziale wiekowym wystąpi prawdopodobnie ponad połowa zachorowań. Wśród kobiet po 70. roku życia przewidywany jest wolniejszy wzrost zachorowalności niż wśród kobiet w średnim wieku. Prognozowana na 2025 rok liczba zachorowań na nowotwory piersi jest o ponad 50% większa niż obserwowana w 2006 roku.

Zbliżoną prognozę przedstawiają autorzy raportu „Biała Księga – Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce” na tle wybranych krajów europejskich. Zgodnie z ich symulacjami, liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych piersi u kobiet wzrośnie do ok. 19 tys. w roku 2020, przy czym możliwa rozpiętość szacowanej liczby nowych zachorowań w 2020 roku wyniesie ok. 5,6 tys. przypadków¹⁹.

Z danych zawartych w podsumowaniu do Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa dolnośląskiego, wynika że największa chorobowość 5-letnia w województwie dolnośląskim w latach 2016-2029, dotyczyć będzie raka piersi i wyniesie 6 541.

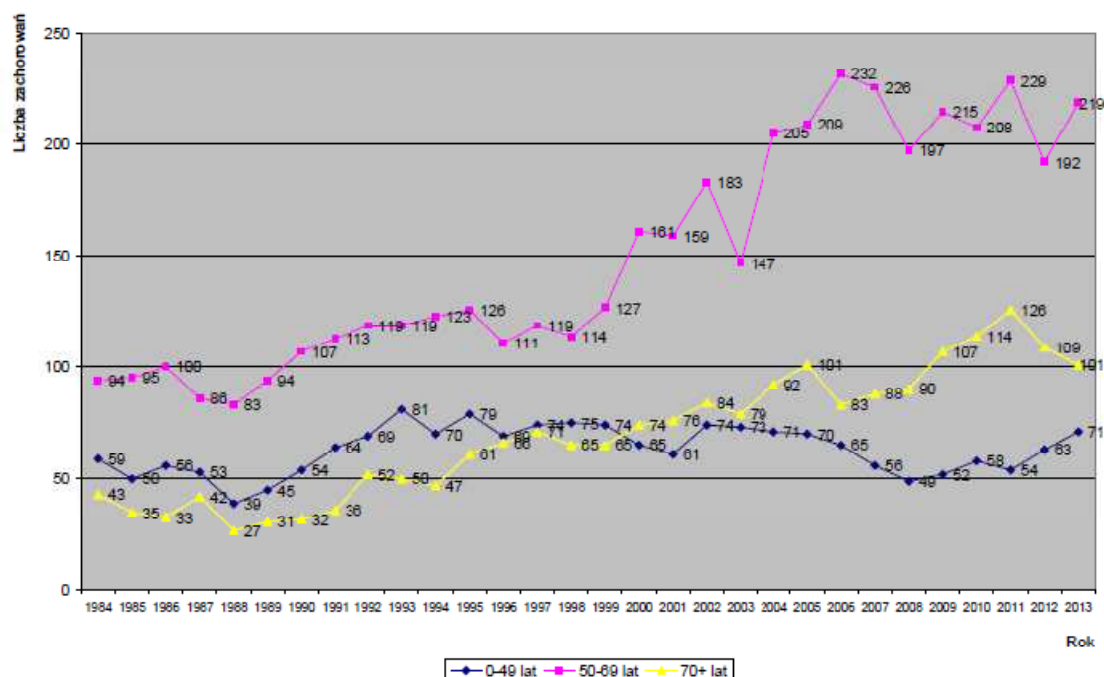
W populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka piersi, w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, jest rocznie ponad 200 nowo rozpoznanych zachorowań.

Rak piersi w tej grupie wiekowej stanowi obecnie prawie 60% wszystkich wykrywanych nowotworów. Zmniejsza się natomiast odsetek nowotworów piersi u kobiet w wieku „przed przesiewem”, obecnie jest ich około 15-20%, natomiast co czwarty rak piersi we Wrocławiu występuje u kobiety starszej wiekiem, nie objętej badaniem skryningowym²⁰.

¹⁹ Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja, Anna Smaga, Magdalena Mikułowska, Aleksandra Komorowska, dr Bogdan Falkiewicz– Sequence HC Partners, Jerzy Gryglewicz– Uczelnia Łazarskiego, Warszawa, październik 2014

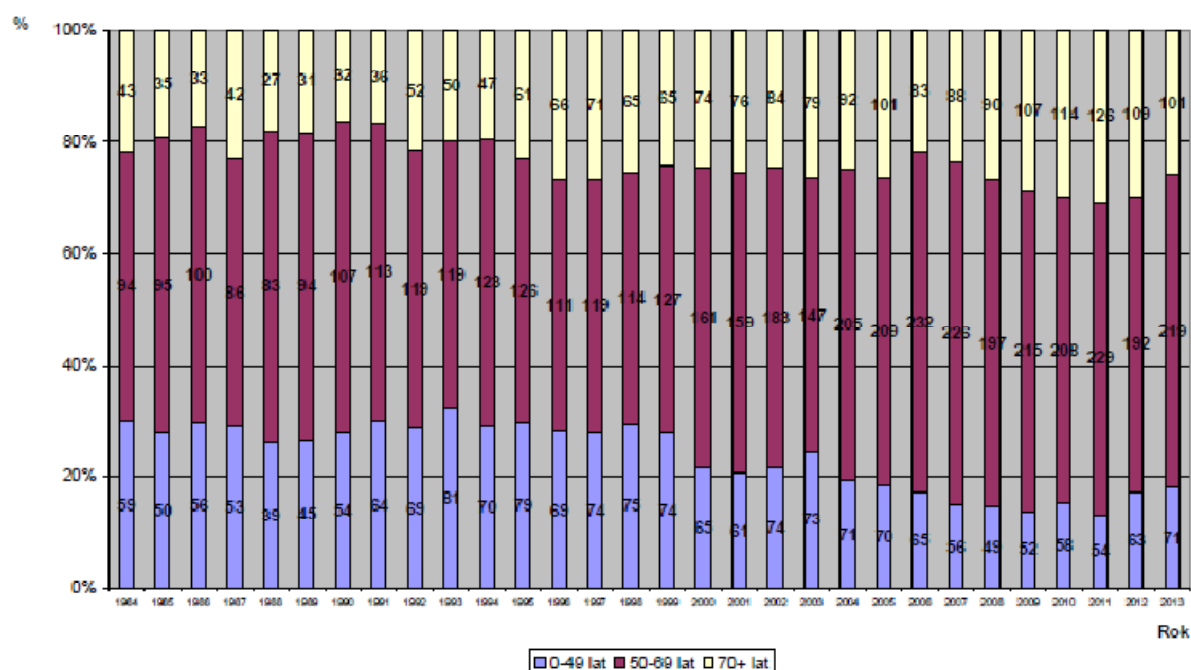
²⁰ Zachorowania na nowotwory złośliwe we Wrocławiu w latach 1984-2013 – 30 lat obserwacji epidemii, J. Błaszczyk, Komitet do spraw epidemiologii w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, wrzesień 2015

Ryc. 5. Zachorowania na raka piersi w poszczególnych grupach wiekowych, w latach 1984-2013



Na podstawie danych NIZP-PZH

Ryc. 6. Zachorowania na raka piersi w poszczególnych grupach wiekowych, w latach 1984-2013 (udział procentowy)



Na podstawie danych NIZP-PZH

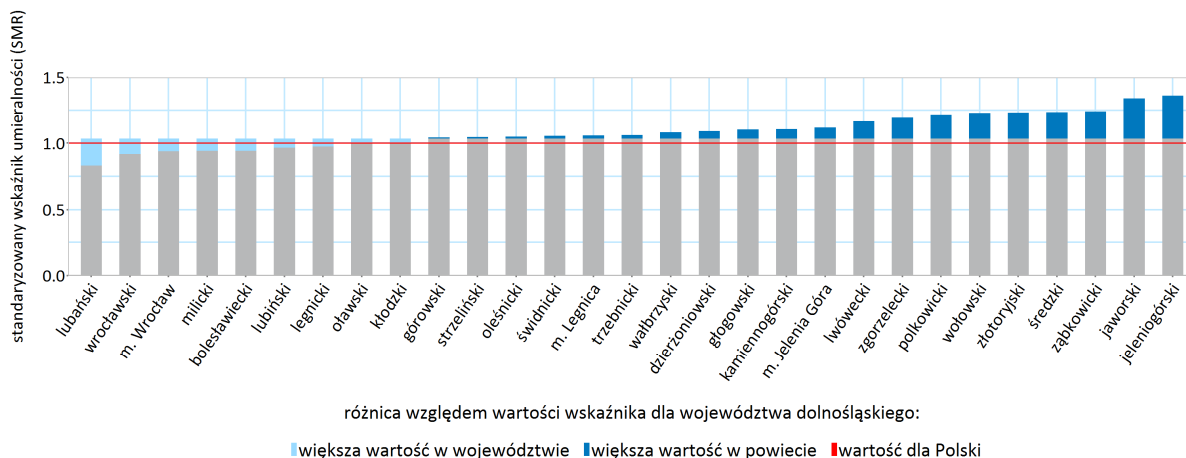
Nowotwór płuca (C43)

Najwięcej nowych przypadków nowotworu złośliwego płuca w 2014 r. 463 przypadki zaobserwowano w powiecie miasto Wrocław.

W przypadku raka płuca wartość dla województwa wynosiła 6,6. Powiat m. Wrocław nadal wskazuje na wysokie wartości współczynnika zapadalności 7,08.

Zgony spowodowane przez nowotwory złośliwe tchawicy, oskrzela i płuca (C33–C34) (2011–2013)

Wykres 3.



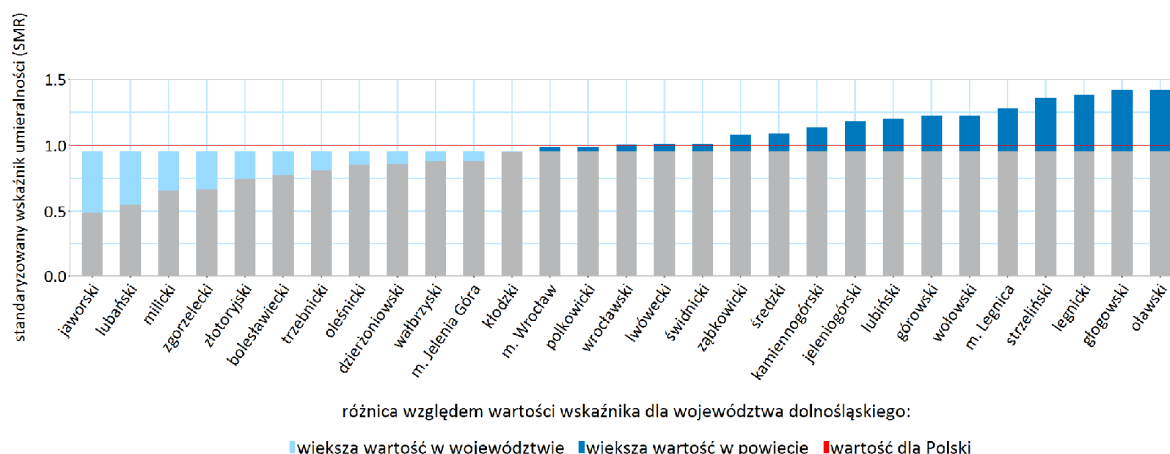
Na podstawie danych NIZP-PZH

Nowotwór gruczołu krokowego (C61)

M. Wrocław należy do powiatów o najwyższej liczbie nowych rozpoznań raka gruczołu krokowego. W 2014 r. zachorowało na tę chorobę 256 mężczyzn we Wrocławiu.

Zgony spowodowane przez nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (prostaty)(C61)(2011–2013)

Wykres 4.



Na podstawie danych NIZP-PZH

Rak skóry i czerniak

Liczba zarejestrowanych zachorowań na czerniaka złośliwego skóry, według danych zawartych w Krajowym Rejestrze Nowotworów, w latach 1999–2014 wzrosła dwukrotnie, z 1606 przypadków do 3109.

Czerniak stanowi około 1,7% wszystkich zachorowań na nowotwory u mężczyzn i 1,9% u kobiet (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2010).

Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na czerniaka skóry wykazuje tendencję rosnącą zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. W ciągu trzech dekad współczynnik zachorowalności wzrósł 3-krotnie.

W 2015 r. współczynnik zachorowalności na nowotwory skóry dla mężczyzn w Polsce wyniósł 18,5 na 100 tys. i był wyższy od stwierdzonego na Dolnym Śląsku 11,4. We Wrocławiu wyniósł on 12,6.

Podobna sytuacja dotyczy kobiet, gdzie współczynnik zachorowalności na nowotwory skóry w Polsce wyniósł 14,1 na 100 tys. i był wyższy od stwierdzonego na Dolnym Śląsku 7,3, dla Wrocławia wyniósł on 12,6.²¹

Zachorowania na raka skóry i czerniaka w latach 2014-2015 w województwie dolnośląskim i Wrocławiu przedstawia poniższa tabela.

Tabela 12.

Lp.	Umiejscowienie nowotworu	Rok			
		2014		2015	
		województwo	Wrocław	województwo	Wrocław
1	Czerniak złośliwy (C-43)	1,55 %	1,95 %	0,78%	2,5%
2	Skóra (C-44)	9,32%	14,93%	4,41%	3,30%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM W ROKU 2015, Jerzy Błaszczuk, Maria Jagas, Piotr Hudziec, NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM W ROKU 2014, Jerzy Błaszczuk, Maria Jagas, Piotr Hudziec

Umieralność z powodu czerniaka skóry w Polsce jest o ok. 20% wyższa niż przeciętnie w krajach Unii Europejskiej.

5.3 Cukrzyca i choroby metaboliczne

W ciągu ostatnich 50 lat postęp nauki, wiedzy i techniki zmienił oblicze wszystkich sfer życia człowieka zmienił też szanse nie tylko przeżycia z wieloma nieuleczalnymi chorobami, ale również normalnego funkcjonowania z nimi.

Cukrzyca jest chorobą, której nauka dała wiele nowych odkryć i wyjaśnień wielu procesów, nowe leki, metody leczenia, systemy monitorowania choroby i eliminowania jej powikłań. Chorzy z cukrzycą mogą nie tylko samodzielnie aplikować i dawkować sobie leki, szacować posiłek i wysiłek, ale również prowadzić samodzielnie kontrolę cukrzycy.

Cukrzyca należy do chorób cywilizacyjnych, szacuje się, że w chwili obecnej na świecie na cukrzycę choruje około 200 mln ludzi, z czego 2 mln w Polsce.

Na terenie Unii Europejskiej w okresie ostatnich 20 lat obserwujemy stale rosnącą liczbę zgonów z powodu powikłań cukrzycy. Taki sam trend utrzymuje się na całym świecie i tak w 2012 r. było 371 mln diabetyków, w 2013 już 382 mln. Prognozuje się, że w 2035 będzie ich 592 mln. Natomiast 46% osób jest niezdiagnozowanych.²²

²¹ http://www.dco.com.pl/wp-content/uploads/2018/02/Podregiony_zapadalno%C5%9B%C4%87_-2015.pdf

²² Raport Cukrzyca. Ukryta pandemia 2014

Obecnie szacuje się, że w Polsce choruje na cukrzycę ponad 3 mln osób, z czego 1 mln stanowią osoby, które nie wiedzą o swojej chorobie. Chorobowość z powodu cukrzycy w ogólnej populacji Polski wynosi ok. 9,04%.²³

W populacji powyżej 18 r.ż. współczynnik ten wynosi 8%, natomiast wśród dzieci poniżej 15 r.ż. 17,7 przypadków na 100 tys. mieszkańców. Szacuje się, że w ciągu 15-20 lat nastąpi podwojenie liczby chorych na cukrzycę w Polsce.²⁴

Występowanie cukrzycy wzrasta wraz z wiekiem i wynosi 0,7% u mężczyzn w wieku 20-29 lat do 16,3 % w wieku powyżej 60 lat. Natomiast u kobiet wynosi 0,5% do 17,8% najstarszej grupie.²⁵

W powiecie Wrocław pod opieką poradni diabetologicznych w 2014 r. było 12 999 pacjentów.

Poniższy wykres przedstawia rozpowszechnienie cukrzycy oraz czynników ryzyka z nią związanych.

Wykres 5.

Rozpowszechnienie cukrzycy i związanych z nią czynników ryzyka

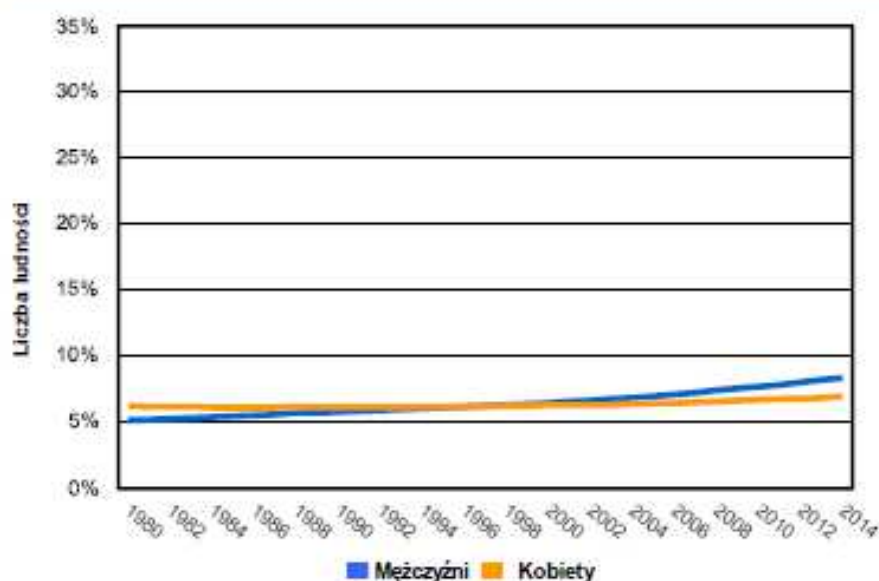
	Mężczyźni	Kobiety	Razem
Cukrzyca	9,8%	9,3%	9,5%
Nadwaga	68,2%	60,5%	64,2%
Otyłość	24,8%	29,1%	27,0%
Brak aktywności fizycznej	14,4%	26,0%	20,5%

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia – Krajowy profil cukrzycy 2016

Poniższy wykres przedstawia rozpowszechnienie cukrzycy ze względu na wiek.

Wykres 6.

Trendy rozpowszechnienia cukrzycy standaryzowane według wieku



²³ Raport Cukrzyca. Ukryta pandemia 2014

²⁴ Narodowy Program Profilaktyki i Edukacji Diabetologicznej

²⁵ Pielęgniarstwo diabetologiczne. A. Szewczyk, PZWL, Warszawa 2013

Źródło: Światowa Organizacja Zdrowia – Krajowy profil cukrzycy 2016

Z danych zawartych w Mapie potrzeb zdrowotnych dla Polski wynika, że w 2014 r. zapadalność rejestrowana²⁶ na cukrzycę na 100 tys. ludności wynosiła 378,2 (tj. 43,70 tys. osób), a chorobowość rejestrowana wynosiła odpowiednio 3 769,1.²⁷

W województwie dolnośląskim zapadalność rejestrowana wyniosła 391,6 (tj. 11,4 tysięcy), natomiast chorobowość rejestrowana – 3 578,4. Prognozy zapadalności rejestrowanej dla województwa na lata 2020-2029 wskazują na wzrost liczby osób z cukrzycą.²⁸

Tabela 13. Wartości prognozy zapadalności rejestrowanej w województwie dolnośląskim w latach 2020 i 2029.

Lp.	Nazwa podgrupy	Prognoza 2020 (w tys.)	Prognoza 2029 (w tys.)
1.	Cukrzyca	12,19	13,03

Źródło: Opracowanie DAiS na podstawie danych NFZ i GUS.

Cukrzyca jest przyczyną wielu powikłań z grupy mikro i angiopatii. Nieleczona lub źle prowadzona prowadzi do chorób układu sercowo-naczyniowego, niewydolności nerek, utraty wzroku oraz amputacji kończyn dolnych.

Zmiany o charakterze stopy cukrzycowej rozwijają się u 6-10% chorych na cukrzycę. Ponad 50% wszystkich amputacji kończyn dolnych dotyczy tej grupy chorych. W ciągu roku od pierwszej amputacji u 16% chorych dodatkowo zachodzi konieczność amputacji drugiej kończyny. Śmiertelność chorych na cukrzycę w ciągu 1 miesiąca od amputacji wynosi 8,5%, a w ciągu 5 lat . 39-68%; 95% amputacji poprzedzone jest powstaniem owrzodzenia stopy. Owrzodzenia rozwijają się u 15% pacjentów chorych na cukrzycę. W ciągu roku dochodzi do owrzodzeń u 2% wszystkich chorych na cukrzycę i 5-7,5% pacjentów z obwodową neuropatią. U 2/3 pacjentów z owrzodzeniami stóp współistnieje triada objawów: neuropatia, deformacje, uraz.

Koszty ekonomiczne związane z leczeniem owrzodzeń tego typu są bardzo wysokie.

Osoby z cukrzycą są narażone na amputacje 25 razy bardziej niż reszta populacji. W Polsce rocznie na 100 tysięcy mieszkańców przeprowadza się około 20 amputacji, z czego około 60% dotyczy osób ze stopą cukrzycową. W 85% przypadków amputacja poprzedzona jest owrzodzeniem, a ponad 75% amputacji można by zapobiec, stosując właściwą profilaktykę i leczenie. Choć amputacja jest ostatecznością i tragedią dla chorego, to wykonana w odpowiednim czasie niejednokrotnie ratuje życie i umożliwia powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Czasem wystarczy tylko usunięcie martwych tkanek z obszaru owrzodzenia, co ma na celu zapobieżenie rozwojowi zakażenia,

²⁶ W przypadku chorób przewlekłych **zapadalność rejestrowana** była obliczana dla roku 2014 na podstawie danych NFZ z lat 2009–2015 (możliwość analizy historii pacjenta co najmniej pięć lat wstecz i rok w przód - w przypadku cukrzycy było to pojawienie się pacjenta z tym rozpoznaniem w AOS, SOR lub szpitalu). Pacjent pojawiający się w systemie sprawozdawczości NFZ w tym okresie był uznany za nowego pacjenta (pacjenta pierwszorazowego) jeżeli wystąpił z danym rozpoznaniem po raz pierwszy w roku 2014/ http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/polska_final.pdf

²⁷ http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/polska_final.pdf

²⁸ http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wp-content/uploads/sites/4/2017/01/01_dolnoslaskie.pdf

które mogłoby doprowadzić nawet do posocznicy, sepsy a w konsekwencji do zgonu. Dlatego też ważne jest, aby profilaktyka i leczenie stopy cukrzycowej były prowadzone konsekwentnie i systematycznie.

W 2015 r., według statystyk NFZ wykonano 9 342 duże i rozległe amputacje kończyny (grupa H72 w Jednorodnych Grupach Pacjentów) oraz 2 817 mniejszych amputacji (grupa H74 w JGP), a udział osób z cukrzycą w łącznej liczbie zabiegów wynosił odpowiednio 19,21% i 17,57%.²⁹

Tabela 14. Udział osób z cukrzycą w łącznej liczbie amputacji kończyn rozległych i mniejszych.

Lp.	Rodzaj zabiegu/% osób z cukrzycą	Lata			
		2012	2013	2014	2015
1	rozległe amputacje kończyny (grupa H72 w JGP)	9 801	9 940	9 409	9 342
2	% osób z cukrzycą	18%	18,79%	17,92%	19,21%
3	mniejszych amputacji (grupa H74 w JGP)	3 605	3 287	3 147	2 817
4	% osób z cukrzycą	13%	13,73%	14,97%	17,57%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

Z opieki lekarskiej w 2011 r. w całym kraju skorzystało 1 659 165 pacjentów z cukrzycą.³⁰

W latach 2013-2015, w województwie dolnośląskim pod opieką lekarzy poz było rocznie ok. 110 tys. osób dorosłych z rozpoznana cukrzycą (tj. ok. 12% ogółu osób będących pod opieką poz) . W tym samym czasie we Wrocławiu liczba chorych na cukrzycę, którzy byli pod opieką lekarza poz wynosiła ok. 20 tys. (tj. 11 %) w 2015 r. (Tabela 15).

Tabela 15. Osoby w wieku 19 lat i więcej pozostające pod opieką lekarza poz z rozpoznaną cukrzycą we Wrocławiu i województwie dolnośląskim.

	2013 rok			2014 rok			2015 rok		
	województwo	Wrocław		województwo	Wrocław		województwo	Wrocław	
			wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m. W-w)			wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m. W-w)			wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m. W-w)
Cukrzyca E10-E14	110 753	28 494	450,8	112 814	29 814	559,3	108 399	23 708	449,7
w tym leczeni insuliną	29 766	5 797	91,7	42 548	8 261	155	26 587	5 526	104,8

Źródło: Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Podobnie wygląda sytuacja jeżeli chodzi o dzieci i młodzież będącą pod opieką lekarza poz w województwie jak i we Wrocławiu.(Tabela 16).

²⁹ <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/Start.aspx>

³⁰ Dane wg. wykazów NFZ 2011 r., MZ-11

Tabela 16. Dzieci i młodzież w wieku 0-18 lat pozostająca pod opieką lekarza poz z rozpoznaną cukrzycą we Wrocławiu i województwie dolnośląskim.

	2013 rok			2014 rok			2015 rok		
		Wrocław			Wrocław			Wrocław	
			wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m.W-w)			wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m.W-w)			wskaźnik na 10 tys. Ludności (og.m.W-w)
	województwo			województwo			województwo		
Cukrzyca E10-E14	1038	220	3,5	1045	228	23	934	185	17,04

Źródło: Dolnośląski Urząd Wojewódzki

Analizując dane o liczbie mieszkańców Wrocławia, którzy byli pod opieką poradni diabetologicznych zaobserwowano utrzymujący się od lat wysoki odsetek osób z cukrzycą.(Tabela 17).

Tabela 17. Mieszkańcy Wrocławia, którzy byli pod opieką poradni diabetologicznych w latach 2013-2016.

Lp.	Rok	Liczba pacjentów z rozpoznaniem E10-E14	Liczba kobiet z rozpoznaniem O24.0-O24.3	Liczba kobiet z rozpoznaniem O24.4	Liczba kobiet z rozpoznaniem O24.9	Razem
1	2013	12 527	4	16	1	12 548
2	2014	12 971	2	25	1	12 999
3	2015	13 253	2	15	0	13 270
4	2016	12 375	73	18	1	12 467

Źródło: Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Dolnośląski.

5.4 Choroby psychiczne

Niski poziom finansowania opieki psychiatrycznej, brak koordynacji działań zdrowotnych, społecznych oraz socjalnych, różne źródła finansowania potrzeb zdrowotnych (NFZ, samorząd) oraz przepisy prawne (m. in. ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, ustawa o zdrowiu publicznym, ustawa o działalności leczniczej, ustawa o pomocy społecznej), powodują, że utrzymuje się trend wzrastającego zapotrzebowania na usługi zdrowotne w zakresie opieki psychiatrycznej, szczególnie limitowanych świadczeń zdrowotnych.

Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych dla pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychiatrycznych realizowane są na podstawie umów zawartych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ze świadczeniodawcami w trybie stacjonarnym, dziennym oraz ambulatoryjnym. Obecny poziom finansowania opieki psychiatrycznej nie zabezpiecza w pełni potrzeb mieszkańców Powiatu miasta Wrocław, co również nie przekłada się na realizację zadań wypływających z Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego.

Obecne prawo w zakresie opieki psychiatrycznej nie sprzyja tworzeniu Zespołów Interwencji Kryzysowej, które podejmują wczesną interwencję u osoby będącej w kryzysie zdrowia psychicznego.

W opinii wielu psychiatrów i ekspertów z dziedziny ochrony zdrowia niski poziom finansowania i zła organizacja opieki psychiatrycznej są głównymi barierami powodującymi ograniczony dostęp do świadczeń dla pacjentów z zaburzeniami psychicznymi.

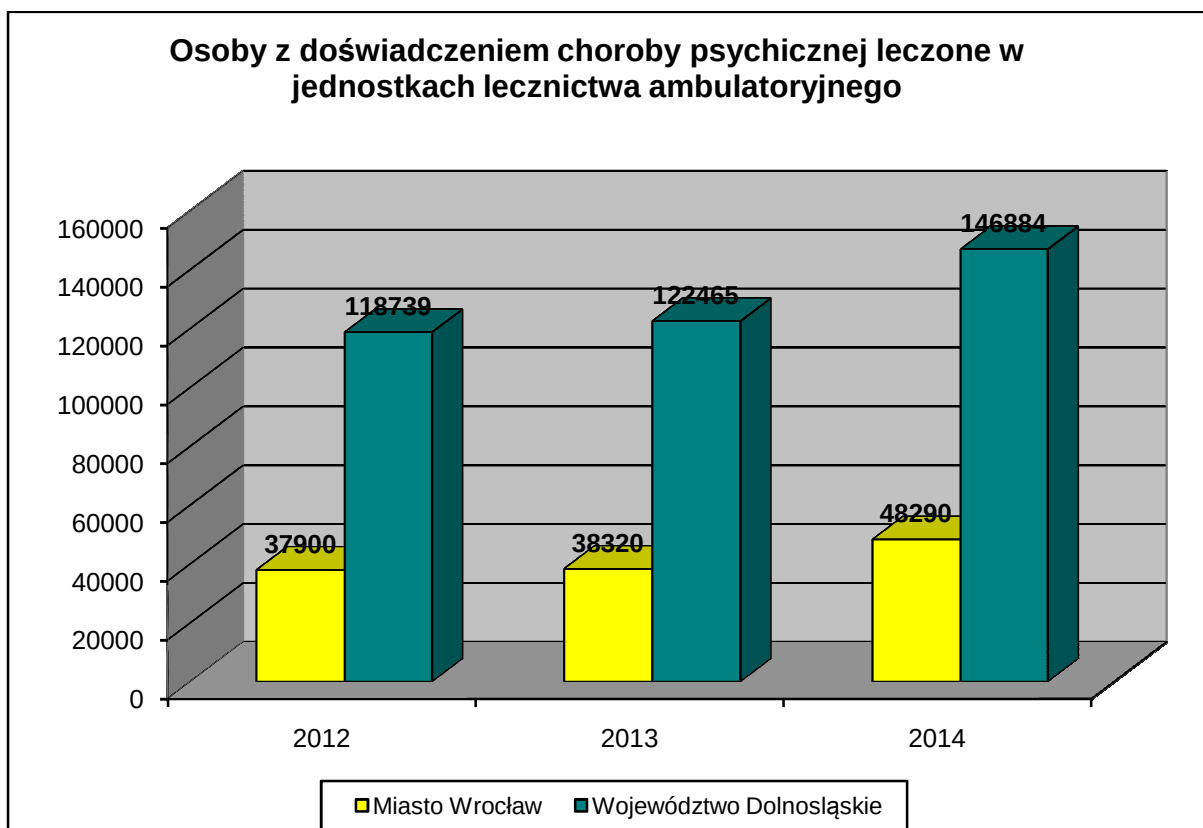
W 2007 roku przeciętny wrocławianin uważał się za osobę zdrową i sprawną fizycznie stosownie do swojego wieku. Tylko 7,4% ogółu badanych uznało swój stan zdrowia jako bardzo zły lub zły, zaś 65% oceniło je jako dobry i bardzo dobry.³¹ Badani na ogół byli zadowoleni ze swojej kondycji fizycznej (ponad 60% ogółu oceniło ją jako dobrą, w tym 20% jako bardzo dobrą).

W obszarze zdrowia psychicznego podstawowym wskaźnikiem jest rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych, rejestrowanych w placówkach psychiatrycznej opieki zdrowotnej, w tym także związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

W 2014 r. nastąpił wzrost liczby osób leczonych ogółem z powodu zaburzeń w obszarze zdrowia psychicznego zarówno w całym województwie jak i we Wrocławiu.

Liczbę osób leczonych ogółem z powodu zaburzeń zdrowia psychicznego w latach 2012- 2014, bez względu na rodzaj poradni przedstawia wykres poniżej.

Wykres 7.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

³¹ Kłopot S., Błaszczak M., Pluta J.: Wrocławska Diagnoza Społeczna, Problemy Społeczne w Przestrzeni Wrocławia, Wrocław 2010

Biorąc pod uwagę rodzaj poradni, w województwie dolnośląskim jak i we Wrocławiu nastąpił ogólny wzrost liczby osób leczonych ambulatoryjnie, co przedstawia tabela 18. poniżej.

Tabela 18. Chorzy leczeni w jednostkach lecznictwa ambulatoryjnego ze względu na rodzaj poradni

Liczba osób leczonych Jednostki lecznictwa ambulatoryjnego	Województwo dolnośląskie			Miasto Wrocław		
	rok			rok		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Poradnie Zdrowia Psychicznego	96062	97076	118756	29468	30213	37709
Poradnie Leczenia Uzależnień	14658	17001	18702	4139	3349	5094
Poradnie Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży	8019	8388	9426	4293	4758	5487
Razem	118739	122465	146884	37900	38320	48290

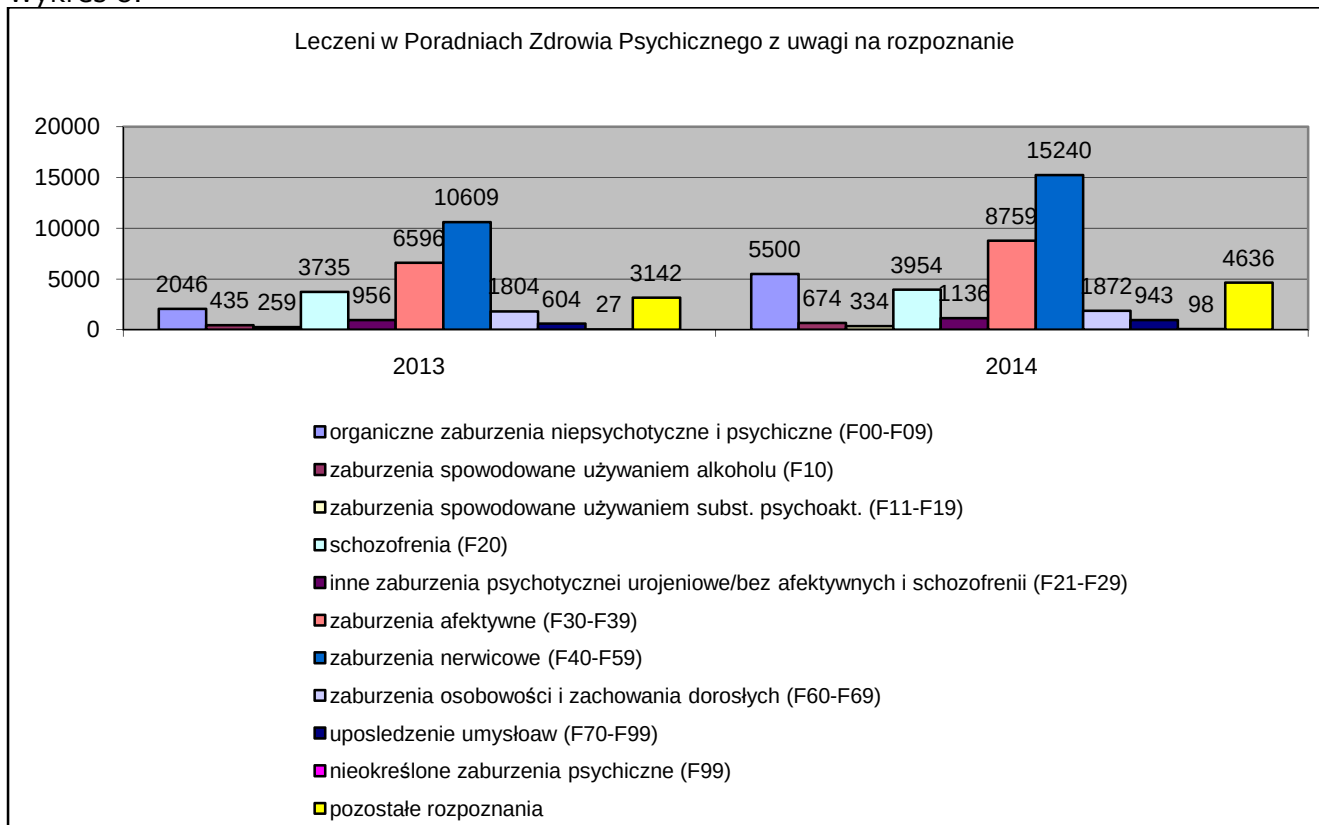
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

Tabela 19. Liczba osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu z podziałem na wiek

Rok	Do 18 r.ż.	19-29 lat	30- 64 lat	65 i więcej lat
2012	4526	5586	18698	4951
2013	1111	5279	18435	3588
2014	6461	6374	23543	6818

Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ

Liczba osób leczonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego z uwagi na rozpoznanie.
Wykres 8.



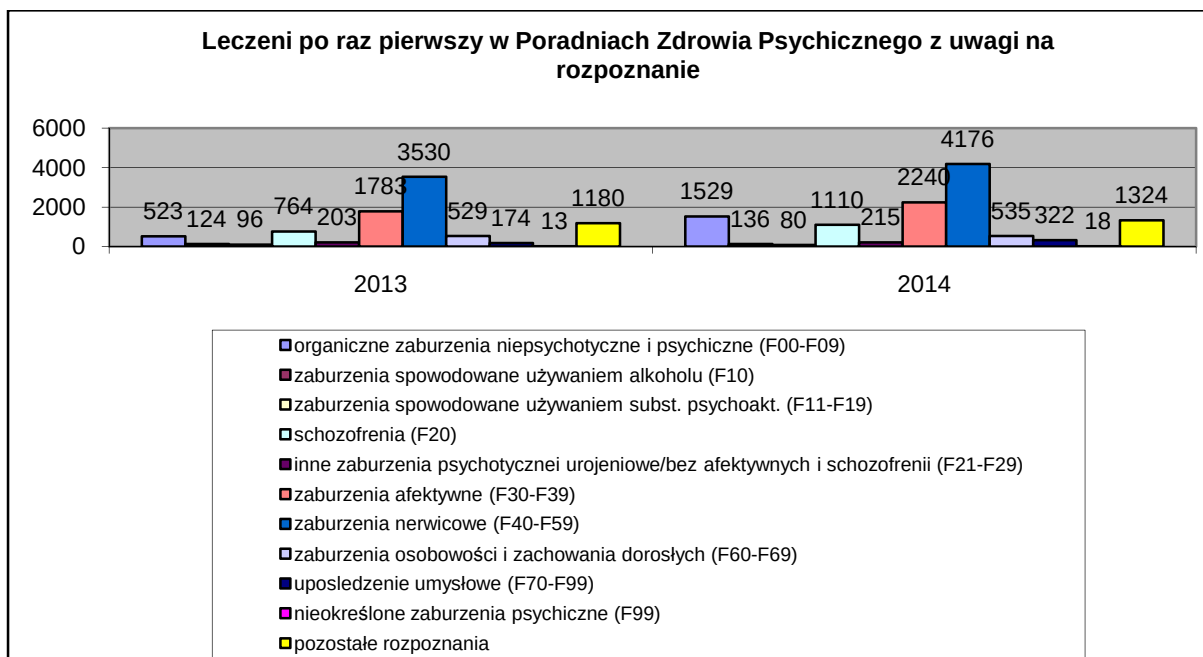
Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ

Z wykresu wynika, iż w 2014 roku w porównaniu z rokiem 2013 odnotowano wzrost zachorowań na zaburzenia nerwicowe i afektywne (nastroju)³². Wysoki procent zachorowań stanowią również organiczne zaburzenia niepsychotyczne i psychiczne. Zachorowania z powodu zaburzeń spowodowanych zażywaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu) mają tendencję wzrostową. Dość liczną grupę w porównaniu z 2014 r. stanowią osoby z tzw. pozostałymi rozpoznaniem. Podobne tendencje występują wśród leczonych po raz pierwszy (wykres poniżej).

³² zaburzenia afektywne- F30 – [Epizod maniakalny](#), F31 – [Zaburzenia afektywne dwubiegunowe](#), F32 – [Epizod depresyjny](#), F33 – [Zaburzenia depresyjne nawracające](#) (zaburzenie afektywne jednobiegunowe), F34 – Uporczywe zaburzenia nastroju (afektywne) w tym F34.0 – [Cyklotymia](#) oraz F34.1 – [Dystymia](#), F38 – Inne zaburzenia nastroju (afektywne), F39 – Zaburzenia nastroju (afektywne) nie określone.

Liczba osób leczonych po raz pierwszy w Poradniach Zdrowia Psychicznego z uwagi na rozpoznanie.

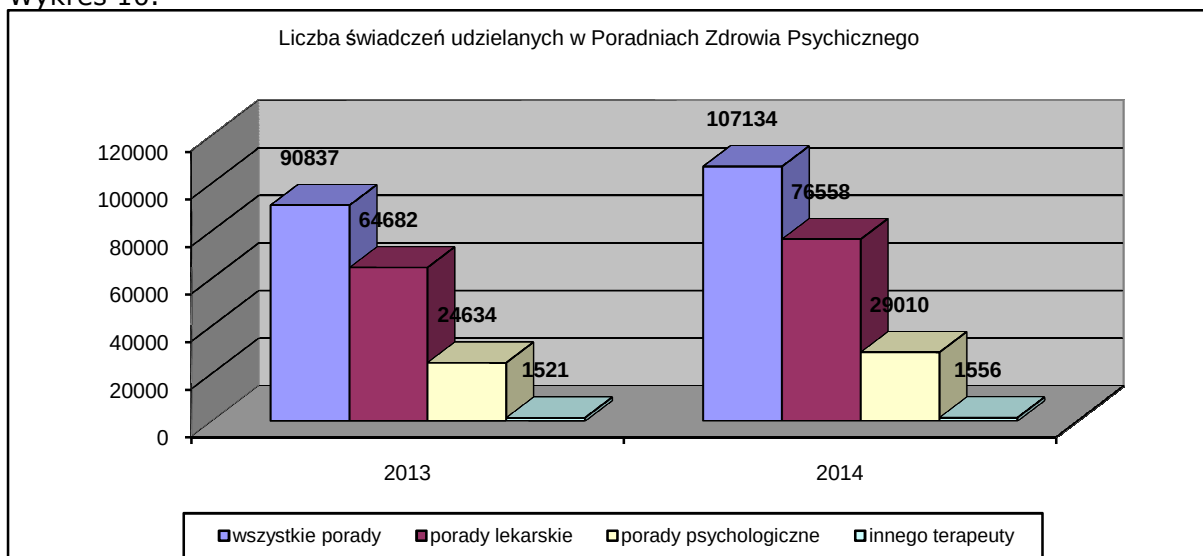
Wykres 9.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

W Poradniach Zdrowia Psychicznego wzrosła ogólna liczba świadczeń zdrowotnych udzielanych przez specjalistów (wykres poniżej).

Liczba świadczeń udzielonych w Poradniach Zdrowia Psychicznego
Wykres 10.



Źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań MZ15

6. Organizacja opieki zdrowotnej we Wrocławiu.

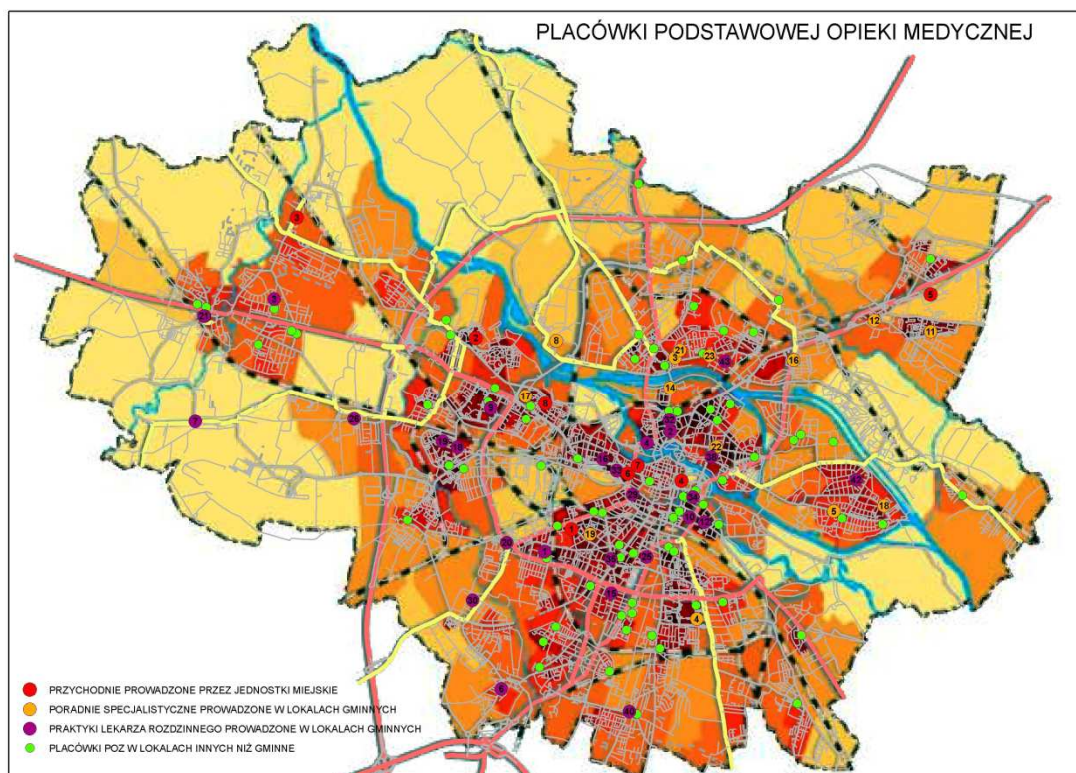
Na terenie Wrocławia zgodnie z rejestrem podmiotów prowadzących działalność leczniczą, funkcjonuje 544 podmiotów³³. Zgodnie z wpisami ich działalność obejmuje niemal wszystkie (z wyjątkiem lotniczego i wodnego ratownictwa medycznego) funkcje ochrony zdrowia zgodnie z obowiązującą klasyfikacją przyjętą w rejestrze.

Poniżej przedstawiano informacje dotyczące ochrony zdrowia w następujących obszarach: lecznictwo stacjonarne, leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, leczenie ambulatoryjne specjalistyczne, rehabilitacja: stacjonarna, dzienna, ambulatoryjna, stacjonarna długoterminowa opieka pielęgnacyjna, długoterminowa dzienna opieka pielęgnacyjna, długoterminowa opieka pielęgnacyjna świadczona w domu. Wyboru powyższych kategorii dokonano głównie w odniesieniu do podstawowych problemów zdrowia zaobserwowanych na terenie Wrocławia.

6.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Zgodnie z rejestrem podmiotów prowadzących działalność leczniczą na terenie Wrocławia funkcjonuje 161 placówek świadczących podstawową opiekę zdrowotną³⁴. Większość z nich tj. 144 placówki (89%) realizuje świadczenia w ramach umów z NFZ-etem. Można stwierdzić, iż ich liczba, równomierne rozłożenie na terenie miasta (mapa poniżej), a także liczba zawartych umów z NFZ-etem, wskazują, na dużą dostępność dla mieszkańców Wrocławia.

Ryc. 7.



³³ Stan na 31.12.2015 r.

³⁴ Na podstawie Rejestru Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą, <https://rpwdl.csioz.gov.pl/RPM/Search>

6.2. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne.

We Wrocławiu funkcjonuje 271 podmiotów medycznych oferujących ambulatoryjne leczenie specjalistyczne. W odróżnieniu od podstawowej opieki zdrowotnej, jedynie 127 z nich czyli 46,8%, realizuje świadczenia w ramach umów z NFZ-etem.

6.3. Lecznictwo stacjonarne.

Na terenie Wrocławia funkcjonują 32 podmioty o profilu lecznictwa stacjonarnego. W tym 13 placówek publicznych, z czego 2 placówki są placówkami o charakterze zamkniętym (przy zakładzie karnym i areszcie śledczym), zaś 3 o charakterze specjalistycznym (choroby płuc, onkologia, psychiatria). Wszystkie placówki publiczne posiadają **charakter regionalny**. Ze względu na usytuowanie, dostęp do szpitalnictwa stacjonarnego dla mieszkańców Wrocławia należy uznać za łatwy, zaś ze względu na charakter regionalnych i wysokość kontraktowania ten dostęp jest utrudniony.

6.4. Opieka pielęgnacyjna: stacjonarna długoterminowa, dzienna długoterminowa, długoterminowa świadczona w domu w tym hospicja.

We Wrocławiu zgodnie z rejestrem podmiotów prowadzących działalność leczniczą funkcjonuje 47 placówek opieki pielęgnacyjnej, z czego 22 podmioty posiadają umowy z NFZ. Biorąc pod uwagę potencjał podmiotów należy stwierdzić, iż nie jest on wykorzystany w całości.

Podmioty te prowadzą zatem działalność komercyjną, na którą nie zawsze stać jest osoby oczekujące w wydłużających się kolejkach.

Opieka długoterminowa:

Wg WHO to zapewnienie osobie, która przez długi czas nie jest w pełni zdolna do samoopieki, możliwości utrzymania jak najlepszej jakości życia, tzn. największego zakresu niezależności, samodzielności, uczestnictwa w życiu społecznym, spełnienia osobistego, poczucia bezpieczeństwa i poszanowania godności osobistej.

Tabela 20. Liczba łóżek w podmiotach/oddziałach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz opiekuńczo-leczniczych w latach 2013-2015.

Lp.	Wyszczególnienie	Rok		
		2013	2014	2015
1	Podmioty/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze			
1.1	Liczba łóżek	x	x	30
1.2	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	x	x	0,5
2	Podmiotach/oddziałach opiekuńczo-leczniczych			
2.1	Liczba łóżek	239	220	220

2.2	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	3,8	3,5	3,5
-----	-------------------------------------	-----	-----	-----

x-brak danych

Źródło: na podstawie danych Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym w ramach kontraktu z NFZ na terenie miasta realizuje 6 podmiotów leczniczych, świadczenia z zakresu pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej realizuje 13 podmiotów.

W perspektywie do 2030 r. Wrocław będzie miastem starzejącym się. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do prawie 26%.³⁵

Według prognoz demograficznych liczba osób korzystających z usług opieki długoterminowej podwoi się w okresie najbliższych 20 lat (dane uwzględniają przede wszystkim wiek użytkowników). Grupa ta będzie się składać jednocześnie z nowych pokoleń osób starszych i młodszych, którzy łącznie będą wymagać bardziej zróżnicowanej oferty usług opieki długoterminowej.³⁶

Opieka hospicyjna i paliatywna:

Zadaniem opieki hospicyjnej i paliatywnej jest zapewnienie choremu i jego rodzinie leczenia opartego na modelu holistycznym: leczenie, rehabilitacja, wsparcie psychologiczne, terapeutyczne i duchowe. Przygotowanie chorych do spokojnej i godnej śmierci, oraz wspieranie rodziny/opiekunów w czasie choroby i w okresie żałoby

We Wrocławiu przypadają na 100 tys. mieszkańców 3 łóżka, podczas gdy według WHO przyjmuje się normę łóżek opieki paliatywnej od 5-7 łóżek na 100 tys. mieszkańców

Kontrakt z NFZ na świadczenia w hospicjum domowym posiada 6 podmiotów na terenie miasta.

6.5. Rehabilitacja stacjonarna, dzienna, ambulatoryjna.

Rehabilitacja lecznicza obok leczenia farmakologicznego stanowi integralną część postępowania leczniczego, jest interdyscyplinarną dziedziną terapeutyczną ściśle powiązaną z wieloma działami medycyny. Współczesna, kompleksowa rehabilitacja jest bardzo ważnym i istotnym czynnikiem postępowania terapeutycznego to złożony proces, obejmujący oddziaływania lecznicze, społeczne i zawodowe. Zmierza do przywrócenia sprawności psychofizycznej i umożliwia samodzielne życie w społeczeństwie osobie, która nie ma takiej możliwości, nie miała lub tę możliwość utraciła w wyniku przebytego urazu

³⁵ Procesy demograficzne we Wrocławiu i ich konsekwencje społeczno-ekonomiczne, ze szczególnym uwzględnieniem rynku pracy i systemu edukacji. S. Górecka, <http://www.wroclaw.pl/files/rozmawia/seminarium-demografia/dr-gorecka.pdf>

³⁶ Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w Polsce, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, grudzień 2012, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf

albo choroby. Wkład rehabilitacji i usprawnianie ruchowe w leczeniu schorzeń i urazów narządu ruchu jest olbrzymi. Umożliwia łagodzenie dolegliwości bólowych, spowalnia proces chorobowy, zapobiega zniekształceniom, przykurczom. Pozwala możliwie jak najdłużej utrzymać sprawność i zachować funkcje lokomocyjne nawet przy postępującej niepełnosprawności. W przypadku nowotworów złośliwych, przerzutowych lub źle rokujących poprawia jakość życia chorego. Pomimo olbrzymiego zapotrzebowania społeczeństwa na rehabilitację zarówno stacjonarną, dzienną czy ambulatoryjną oraz dowodów skuteczności w leczeniu wielu schorzeń narządu ruchu, dostęp do tej metody leczenia jest znacznie ograniczony i nie zapewnia w sposób kompleksowy potrzeb, dorosłych mieszkańców powiatu miasta Wrocławia, w związku z tym rekomendujemy zwiększenie nakładów finansowych.

Wczesne wdrożenie rehabilitacji jest najważniejszym elementem procesu terapeutycznego, który jest uzupełnieniem diagnostyki i właściwego leczenia a później rekonwalescencji. Rehabilitacja pozwala skrócić czas leczenia, zmniejszyć koszty społeczno – ekonomiczne związane z absencją zawodową, ograniczyć niezdolność do pracy, zmniejszyć odsetek osób trwale uzależnionych od otoczenia lub przechodzących na rentę inwalidzką.

Działania rehabilitacyjne podejmowane zbyt późno (kilka lub kilkanaście miesięcy po urazie lub zachorowaniu) zwłaszcza po urazach wielonarządowych, schorzeniach ośrodkowego układu nerwowego, zawałach serca czy udarach mózgu, szczególnie u młodych ludzi, są mało skuteczne. W ograniczony sposób wpływają na poprawę upośledzonych funkcji lub nieodwracalnych zmian, jakie zaszły w organizmie w wyniku choroby. Wprowadzenie rehabilitacji po długim okresie czasu, od momentu zachorowania, może jedynie zminimalizować niekorzystne następstwa choroby, ale nie może ich zupełnie wyeliminować.

We Wrocławiu zgodnie z rejestrem podmiotów prowadzących działalność leczniczą funkcjonuje 27 placówek rehabilitacji stacjonarnej, 33 placówki rehabilitacji dziennej oraz 67 rehabilitacji ambulatoryjnej. Natomiast na wszystkie rodzaje rehabilitacji leczniczej podpisano jedynie 41 umów w ramach NFZ, biorąc pod uwagę potencjał podmiotów można stwierdzić, iż nie jest on wykorzystany.

Planowana realizacja zadań programu, pozwoli przede wszystkim skrócić czas oczekiwania dorosłych mieszkańców Wrocławia do rehabilitacji stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej, a jej skuteczność będzie tym większa, im wcześniej zostanie podjęta, przyniesie wówczas wymierne korzyści nie tylko zdrowotne, ale również społeczno-ekonomiczne.

W powiecie Wrocław średni czas oczekiwania na rehabilitację to 10-12 miesięcy

Liczba osób po udarze

Tabela 21.

Lp.		Rok 2016
		liczba osób
1	Liczba osób hospitalizowanych w oddziałach szpitalach	1 908
2	Liczba osób, która skorzystała z rehabilitacji	456

Tabela 22. Osoby dorosłe w wieku 19 lat i więcej pozostające pod opieką lekarza poz z rozpoznaną chorobami układu mięśniowo-kostnego i tkanki łącznej (wg ICD 10 M00-M99) we Wrocławiu i województwie dolnośląskim.

Lp.	Wyszczególnienie	Rok		
		2013	2014	2015
1	Województwo	214 769	225 698	247 057
2	Wrocław	66 305	69 722	70 743

Źródło: na podstawie danych Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

6.6. Opieka psychiatryczna

Należy zauważyć, iż ze względu na brak rejonizacji przy udzielaniu świadczeń w zakresie ochrony zdrowia psychicznego w placówkach medycznych na terenie miasta, pomoc otrzymują również osoby spoza Wrocławia, także województwa dolnośląskiego, co utrudnia oszacowanie zapotrzebowania na miejsca w opiece stacjonarnej oraz dziennej wyłącznie dla mieszkańców miasta.

Podmioty prowadzące działalność leczniczą dla osób dorosłych- na podstawie zawartych umów z NFZ.

Ilość podmiotów prowadzących działalność leczniczą dla osób dorosłych (na podstawie umów zawartych z NFZ)

Tabela 23.

lp	Wyszczególnienie	2014	2015	2016
1	Poradnie*, ¹	21	21	22
	- w tym psychogeriatryczne	0	0	0
2	Oddziały dzienne (liczba zakontraktowanych miejsc)	120	117	117
	- w tym psychogeriatryczne ²	12	12	12
3	Oddziały psychiatryczne szpitalne (liczba zakontraktowanych miejsc) ²	199	201	193
4	Oddziały opiekuńcze (liczba zakontraktowanych miejsc)	Takiego produktu w NFZ nie ma.		
5	Zespoły leczenia środowiskowego ¹	4	4	4

*Kategoria obejmuje poradnie zdrowia psychicznego oraz poradnie psychologiczne - nie obejmuje poradni uzależnień.1-liczba podmiotów według produktu kontraktowego.2- na podstawie danych z NFZ

Ilość podmiotów prowadzących działalność leczniczą dla dzieci i młodzieży (na podstawie umów zawartych z NFZ)

Tabela 24.

lp	Wyszczególnienie	2014	2015	2016
1	Poradnie*, ¹	8	8	8
2	Oddziały dzienne (liczba zakontraktowanych miejsc) ²	145	143	149
3	Oddziały psychiatryczne szpitalne (liczba zakontraktowanych miejsc) ²	24	23	24
4	Zespoły leczenia środowiskowego ¹	1	1	1

*Kategoria obejmuje poradnie zdrowie psychiczne oraz poradnie psychologiczne - nie obejmuje poradni uzależnień. 1-liczba podmiotów według produktu kontraktowego
1-liczba podmiotów według produktu kontraktowego.
2- na podstawie danych z NFZ

Działalność poradni (psychologicznych i zdrowia psychicznego) dla dorosłych, dzieci i młodzieży – wybrane dane (bez poradni uzależnień)³

Tabela 25.

lp	Wyszczególnienie	2014	2015
1	Liczba leczonych ogółem - w tym po raz pierwszy	43 196 11 685	22 033 6 101
2	Liczba (%) leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych (F30-F39) ogółem - w tym po raz pierwszy	8 759 2 240	6 078 2 132
3	Liczba (%) leczonych w przedziale wiekowym 65 i więcej lat - w tym po raz pierwszy	6 818 1 743	4 973 1 497
4	Liczba (%) leczonych w przedziale wiekowym do 18 lat - w tym po raz pierwszy	6 461 2 054	5 922 3 305
5	Najczęstsze rozpoznanie w ogóle leczonych - w tym leczonych po raz pierwszy	Zaburzenia nerwicowe (F40-F59) 35,28% 35,73%	Zaburzenia nerwicowe (F40-F59) 41,80% 56,61%
6	Najliczniejsza grupa wiekowa spośród leczonych ogółem - w tym po raz pierwszy	30-64 lat 54,50% 53,56%	30-64 lat 50,95% 44,51%
7	Liczb porad udzielonych ogółem - w tym przez lekarza - w tym przez psychologa - w tym przez innego terapeuty	128 380 - 86 070 - 38 112 - 4 198	103 360 - 67 907 - 29 907 - 5 546

3-Sporządzono na podstawie danych dostępnych na stronie Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Działalność podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w formie stacjonarnej dla dorosłych, dzieci i młodzieży – wybrane dane dla mieszkańców Wrocławia⁴

Tabela 26.

lp	Liczba leczonych	2014	2015	2016
1	Oddział psychiatryczny dla dorosłych ogółem - w tym po raz pierwszy	b. d. 853	1291 743	1291 785
A	Liczba leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych (F30-F39) po raz pierwszy	171	135	166
B	Najczęstsze rozpoznanie leczenia po raz pierwszy	schizofrenia (F20) 182	schizofrenia (F20) 146	zaburzenia afektywne (F30-F39) 166
2	Oddział psychiatryczny dla	b. d.	101	115

	dzieci i młodzieży ogółem - w tym po raz pierwszy	118	74	92
A	Liczba leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych (F30-F39) po raz pierwszy	31	14	25
B	Najczęstsze rozpoznanie leczonych po raz pierwszy	upośledzenia umysłowe (F70-F99) 50	upośledzenia umysłowe (F70-F99) 33	upośledzenia umysłowe (F70-F99) 45
3	Oddział psychiatryczny dzienny dla dorosłych leczeni po raz pierwszy	230	230	247
A	Liczba leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych (F30-F39) po raz pierwszy	48	46	70
B	Najczęstsze rozpoznanie leczeni po raz pierwszy	schizofrenia (F20) 52	schizofrenia (F20) 52	Zaburzenia afektywne (F30-F39) 70
4	Oddział psychiatryczny dzienny dla dzieci i młodzieży ogółem - w tym po raz pierwszy	b. d. 254	577 318	540 275
A	Liczba leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych (F30-F39) po raz pierwszy	22		24
B	Najczęstsze rozpoznanie leczeni po raz pierwszy	upośledzenia umysłowe (F70-F99) 179	upośledzenia umysłowe (F70-F99) 256	upośledzenia umysłowe (F70-F99) 214
5	Oddział dzienny psychogeriatryczny ogółem - w tym po raz pierwszy	b. d. 40	60 42	51 34
A	Liczba leczonych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych (F30-F39) po raz pierwszy	19	16	14
B	Najczęstsze rozpoznanie leczeni po raz pierwszy	organiczne zaburzenia psychiczne i niepsychiczne (F00-F09) 18	organiczne zaburzenia psychiczne i niepsychiczne (F00-F09) 20	organiczne zaburzenia psychiczne i niepsychiczne (F30-F39) 14

4- sporządzono na podstawie danych z NFZ

7. Opis zadań

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cele główny	Działania	Wskaźniki/mierniki
1.	Wysoki wskaźnik umieralności okołoporodowej w porównaniu do innych województw w Polsce	Mieszkanki Wrocławia w wieku prokreacyjnym, kobiety ciężarne, rodzice oraz dzieci w wieku do 3 lat. Personel medyczny.	Poprawa jakości opieki nad kobietą, matką i dzieckiem poprzez realizację działań diagnostycznych, edukacyjnych, profilaktycznych. Poprawa jakości świadczeń zdrowotnych, diagnostycznych i leczniczych.	1. Edukacja zdrowotna i społeczna w Ośrodkach Informacyjno-Edukacyjnych dla Rodziców 2. Wrocławskie Szkoły Rodzenia 3. Konferencje / szkolenia dla położnych, lekarzy, pielęgniarek 4. Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla oddziałów położniczych, ginekologicznych, neonatologicznych, pediatrycznych.	- liczba odbiorców poszczególnych zadań, w tym zajęć edukacyjnych, poradnictwa specjalistycznego, warsztatów, konferencji i.in. - wskaźnik umieralności okołoporodowej - liczba i rodzaj zakupionego sprzętu, aparatury medycznej,
2.	Wysoki odsetek dzieci i młodzieży z wadami i schorzeniami wieku rozwojowego - wady postawy dotyczą ok. 80% populacji dzieci i młodzieży, - wady wzroku: dzieci w wieku przedszkolnym ok.	dzieci i młodzież w wieku przedszkolnym i szkolnym	Poprawa i rozwój zdrowia dzieci i młodzieży poprzez wczesne diagnozowanie schorzeń i wad rozwojowych oraz kształtowanie postaw prozdrowotnych	1. Realizacja programów polityki zdrowotnej: 1.1 Wczesne wykrywanie wad i schorzeń narządu wzroku i słuchu w populacji dzieci i młodzieży szkolnej Wrocławia ¹ , 1.2 Profilaktyka wad i	- liczba odbiorców poszczególnych zadań - liczba wykrytych schorzeń i wad rozwojowych po raz pierwszy i potwierdzonych, - procent wykrytych schorzeń i wad rozwojowych w badanych populacjach

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cele główny	Działania	Wskaźniki/mierniki
	10%, uczniów szkół podstawowych ok. 30 %, uczniów gimnazjów ok. 40%, - próchnicę zębów ma ok. 60% dzieci w wieku przedszkolnym - atopowe zapalenie skóry, dotyczy ok. 10 proc. populacji			schorzeń narządu wzroku u dzieci w wieku przedszkolnym ² , 1.3 Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych ³ 1.4 Profilaktyka wad postawy ⁴ , 2. Profilaktyka nadwagi i otyłości 3. Profilaktyka próchnicy zębów u dzieci i młodzieży szkolnej 4. Profilaktyka chorób alergicznych	- liczba odbiorców edukacji zdrowotnej, w tym poradnictwa specjalistycznego -
3.	Niski poziom wiedzy i świadomości zdrowotnej dotyczącej chorób przenoszonych drogą płciową	młodzież, rodzice	Zapobieganie przenoszeniu się chorób drogą płciową poprzez prowadzenie działań edukacyjnych i kształtowaniu postaw prozdrowotnych	1. Edukacja zdrowotna młodzieży pn. „Zdrowie w okresie młodzieńczym” 2. Kampanie zdrowotne	- liczba odbiorców zajęć edukacyjnych, warsztatów, konferencji, - kampanii edukacyjnych, - konkursów, quizów i innych.

¹ Pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 128/2013 z dnia 13 maja 2013 roku; ² Pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 278/2013 z dnia 4 listopada 2013 roku; ³ Pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 288/2017 z dnia 16 października 2017 roku

⁴ w trakcie oceny

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
4. 4.1	Wysokie wskaźniki epidemiologiczne związane z zachorowalnością i umieralnością na choroby cywilizacyjne, w tym: - sercowo-naczyniowe (drugie miejsce wśród przyczyn zachorowalności i przedwczesnej umieralności)	Pełnoletni mieszkańcy Wrocławia po przebytym zawałe mięśnia sercowego i/lub po zabiegach plastyki naczyń wieńcowych, nie później niż do 12 miesięcy od zaistniałego incydentu	Zmniejszenie zapadalności na choroby sercowo-naczyniowe wśród mieszkańców Wrocławia oraz przeciwdziałanie powikłaniom poprzez edukację zdrowotną oraz rehabilitację kardiologiczną	Realizacja programu polityki zdrowotnej: Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych ⁵	- liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach - rodzaje realizowanych działań - liczba realizatorów działań - liczba osób zgłaszających się na edukację - liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników - liczba przeprowadzonych kampanii - liczba przeprowadzonych badań specjalistycznych

⁵ Pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 142/2011 z dnia 3 października 2011 roku

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
4.2	- cukrzyca i zaburzenia metaboliczne (zgodnie z danymi z Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego co roku wzrasta liczba osób z rozpoznaną cukrzycą, będących pod opieką lekarza poz: w 2013 r. - 28 494 w 2014 r. - 29 814 zgodnie z danymi Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego	mieszkańcy Wrocławia, szczególnie osoby zagrożone cukrzycą (z nadwaga, otyłością, zaburzeniami metabolicznymi) oraz chore na cukrzycę	Poprawa jakości życia osób zagrożonych chorobą, chorych na cukrzycę oraz ich rodzin/opiekunów poprzez zintegrowane działania informacyjne, edukacyjne i wsparcie psychologiczne.	1. Edukacja zdrowotna i wsparcie psychiczne osób zagrożonych chorobą, chorych oraz ich rodzin/opiekunów. 2. Edukacja zdrowotna i poradnictwo specjalistyczne dla osób chorych zagrożonych „Zespołem stopy cukrzycowej”	- liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach - rodzaje realizowanych działań - liczba realizatorów działań - liczba osób pierwszorazowych zgłaszających się na edukację - liczba osób zgłaszających się kolejny raz na edukację - liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników - liczba przeprowadzonych kampanii - liczba gabinetów edukacyjnych - liczba przeprowadzonych konsultacji i porad specjalistycznych

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
4.3	- rak piersi w populacji kobiet stanowi 21,9% zachorowań na nowotworowy. Zbyt późno wykrywany powoduje konieczność wykonania zabiegu radykalnego zamiast oszczędzającego oraz dalsze długotrwałe i kosztowne leczenie. Stan ten wpływa również na skrócenie lat życia i gorszą jego jakość.	kobiety w wieku od 18 r.ż., mieszkanki Wrocławia	Ograniczenie zdrowotnych i społecznych skutków późnego wykrycia raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia poprzez zwiększenie dostępu do edukacji zdrowotnej i badań specjalistycznych	1. Realizacja programu polityki zdrowotnej: Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszanek Wrocławia ⁶ .	- liczba kobiet, które zgłosiły się do punktów edukacji zdrowotnej (pez) z podziałem na grupy wiekowe. - liczba kobiet, którym w pez wykonano instruktaż samobadania piersi. - liczba kobiet zmotywowanych do wykonania mammografii w ramach populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi, finansowanego przez nfz (rejestr deklaracji badania). - liczba kobiet u których wykryto podejrzaną zmianę chorobową w pez. - liczba kobiet skierowanych do lekarza poz, do dalszej diagnostyki specjalistycznej.

⁶Pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 2/2017 z dnia 4 stycznia 2017 roku

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
					- liczba kobiet skierowanych do ośrodka diagnostyki raka piersi, - liczba wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na mammografię i ultrasonografię - liczba wykrytych zmian chorobowych, potwierdzonych badaniami diagnostycznymi, - liczba wykrytych raków do dalszej diagnostyki specjalistycznej, - liczba kobiet, u których badania diagnostyczne nie potwierdziły zmiany chorobowej, - liczba kobiet skierowanych na konsultacje do lekarza genetyka, - liczba kobiet, które skorzystały z poradnictwa genetycznego, - liczba kobiet skierowanych do szpitala,

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
			Przeciwdziałanie zdrowotnym i społecznym następstwom obrzęku limfatycznego poprzez prowadzenie działań edukacyjnych i kompensacyjnych u osób z widocznym obrzękiem limfatycznym oraz zagrożonych jego występowaniem	2. Edukacja zdrowotna osób z obrzękiem limfatycznym i zagrożonych jego występowaniem	- liczba zaplanowanych seminariów, szkoleń, konferencji dla realizatorów i odbiorców zadania, - liczba osób, które wzięły udział w szkoleniach podnoszących kwalifikacje zawodowe, - liczba kobiet biorąca udział w szkoleniach grupowych, - liczba kobiet, które wypełniły ankietę oceny i satysfakcji, - liczba pisemnych opinii o realizowanych zadaniach. - liczba osób objętych zajęciami edukacyjnymi

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
4.4	- niski poziom wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych wynikających z nadmiernego nasłonecznienia, korzystania z solarium oraz migracji ludności w ciągu całego roku do krajów z wysokim stopniem nasłonecznienia stanowią zagrożenie częstego występowania raka skóry i czerniaka. W ostatnich latach wzrosła liczba zachorowań na raka skóry i czerniaka. Współczynnik zachorowalności na raka skóry i czerniaka jest wyższy we Wrocławiu niż w województwie.	mieszkańcy Wrocławia, szczególnie dzieci i młodzież oraz osoby o jasnej karnacji skóry korzystające z solarium lub nadmiernie poddające się ekspozycji słonecznej bez względu na porę roku, bez zabezpieczenia przed promieniami UV	Profilaktyka raka skóry i czerniaka poprzez edukację i wczesne wykrywanie zmian skórnych	Edukacja zdrowotna dzieci i młodzieży w ramach programu „Uczeń w formie” oraz „Szkoła w formie”. Edukacja zdrowotna mieszkańców w ramach programu „Miasto w formie”	- liczba przeprowadzonych działań edukacyjno-informacyjnych - liczba osób korzystająca z poradnictwa - liczba osób skierowanych do diagnostyki specjalistycznej - liczba konferencji, szkoleń

4.5	- wzrost liczby osób leczonych z powodu zaburzeń i schorzeń psychicznych: w 2013 r. 38 320 w 2014 r. 48 290 zgodnie z danymi Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego	mieszkańcy Wrocławia	Promowanie zdrowia psychicznego oraz poprawa jakości życia osób z zespołami depresyjnymi, zaburzeniami psychogeriatrycznymi oraz doświadczeniem choroby psychicznej.	Promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz wsparcie osób z doświadczeniem choroby psychicznej i zaburzeniami psychogeriatrycznymi oraz ich rodzin, w ramach realizacji zadań określonych w Miejskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego.	- liczba osób biorąca udział w realizowanych działaniach - rodzaje realizowanych działań - liczba realizatorów działań - liczba przeprowadzonych szkoleń dla realizatorów i uczestników - liczba przeprowadzonych kampanii, seminariów, warsztatów, szkoleń itp.
------------	---	----------------------	--	---	--

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
5.	Wzrost zachorowalności osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym na schorzenia układu kostno-stawowego i neurologiczne przy ograniczonym dostępie do edukacji i rehabilitacji.	mieszkańcy Wrocławia	Poprawa jakości życia i szybszy powrót do pełnienia ról społecznych i zawodowych osób ze schorzeniami układu kostno-stawowego i neurologicznymi poprzez skoordynowane działania edukacyjne i rozszerzanie dostępu do rehabilitacji.	1. Prowadzenie zajęć edukacji zdrowotnej. 2. Instruktaż, pokaz czynności i ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych. 3. Promowanie aktywności ruchowej w każdym wieku. 4. Przygotowanie programu polityki zdrowotnej rozszerzającego dostęp do rehabilitacji leczniczej.	- liczba osób biorących udział w realizowanych działaniach - liczba zrealizowanych godzin edukacyjnych

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
6.	Obecny system opieki zdrowotnej nie zaspokaja potrzeb osób starszych, niesamodzielných przewlekłe i nieuleczalnie chorych	Osoby: • starsze • niesamodzielné • przewlekłe i nieuleczalnie chore oraz ich rodziny/opiekunowie	Poprawa jakości opieki osób starszych oraz przewlekłe i nieuleczalnie chorych poprzez działania edukacyjne, wsparcie rodzin/opiekunów. Poprawa jakości opieki w warunkach stacjonarných.	1. Edukacja zdrowotna poprawiająca jakość opieki osób przewlekłe i nieuleczalnie chorych przebywających w środowisku domowym oraz wsparcie ich rodzin / opiekunów 2. Zapewnienie w warunkach stacjonarných czasowej opieki pielęgnacyjnej osobom niesamodzielným, przewlekłe i nieuleczalnie chorym tzw. ŁÓŻKA WYTCHNIENIA	- liczba wizyt edukacyjnych prowadzonych przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę, - liczba osób korzystających ze wsparcia psychologicznego (pacjenci oraz ich rodziny/opiekunowie) - liczba rodzin objętych zadaniem - liczba osób objętych wsparciem paliatywno-hospicyjnym - liczba osób objętych czasową stacjonarną opieką pielęgnacyjno-opiekuńczą

Nr	Problem zdrowotny	Adresaci/grupa docelowa	Cel główny	Działania	Mierniki/wskaźniki
			Zmniejszenie liczby zachorowań na grypę oraz infekcje grypopodobne u osób w wieku w wieku 65 +, mieszkańców Wrocławia poprzez prowadzenie edukacji zdrowotnej oraz wykonywanie szczepień ochronnych przeciwko grypie	5. Realizacja programu polityki zdrowotnej: Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Wrocławia w wieku 65+ ⁷	- liczba osób biorących udział w programie w każdym roku jego realizacji - liczba zgłoszeń zachorowania na grypę w stosunku do ogólnej liczby osób zaszczepionych we Wrocławiu - liczba osób nie zakwalifikowanych do szczepienia z powodów zdrowotnych - liczba osób uczestnicząca w działaniach edukacyjnych - liczba osób z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi

⁷ Pozytywna opinia Prezesa AOTMiT nr 276/2017 z dnia 29.09.2017

UZASADNIENIE

Na podst. art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym zadania z zakresu zdrowia publicznego realizują, współdziałając ze sobą, organy administracji rządowej, zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 888, 1089, 1566 i 1909), państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze, a także jednostki samorządu terytorialnego, realizujące zadania własne polegające na promocji lub ochronie zdrowia.

Założenia i kierunki działań w zakresie polityki zdrowotnej na lata 2018-2021 określone w dokumencie pod nazwą „Ograniczanie zagrożeń zdrowotnych oraz poprawa zdrowia mieszkańców Wrocławia”, są elementem polityki Miasta, określonej w uchwale nr LI/1193/18 Rady Miejskiej Wrocławia w sprawie strategii rozwoju Wrocławia pod nazwą „Strategia Wrocław 2030”.

Planowane działania wynikają z Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r., Dz. U. z 2016 r. poz. 1492), Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych (Uchwała Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r., M.P.2015.1165), Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r., Dz. U. z 2017 r., poz. 458), a także diagnozowanych na bieżąco problemów i potrzeb zdrowotnych mieszkańców Wrocławia.

Dokument pn. „Ograniczanie zagrożeń zdrowotnych oraz poprawa zdrowia mieszkańców Wrocławia” uwzględnia zdefiniowane problemy zdrowotne, a określone w nim zadania odpowiadają na aktualne potrzeby zdrowotne i społeczne, wynikające z bieżącej diagnozy i zmieniającej się sytuacji demograficznej mieszkańców Miasta.

Przewidziano realizację zadań wpływających na wzmacnianie zdrowia, wczesne wykrywanie zmian chorobowych, działań interwencyjnych oraz możliwość realizacji uzupełniających świadczeń zdrowotnych, finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia i finansowego wsparcia podmiotów leczniczych w zakupie specjalistycznego sprzętu medycznego w celu poprawy jakości świadczonych usług medycznych diagnostycznych i leczniczych.

Wyznaczone kierunki zakładają wzmacnianie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne, rodziny i społeczeństwa. Ich realizacja motywować będzie mieszkańców Wrocławia do postaw i zachowań prozdrowotnych, aktywnej profilaktyki, w tym w szczególności profilaktyki chorób cywilizacyjnych oraz do zdrowego stylu życia.

W dokumencie określone zostały również przewidywane efekty realizacji działań.

Podjęcie wyżej wymienionej uchwały jest zasadne i będzie służyło poprawie zdrowia mieszkańców Wrocławia.

Uchwała nie stanowi prawa miejscowego.

Projekt nie zawiera danych podlegających ochronie.