

Uchwała Nr XXV/138/2005 z dnia 5 kwietnia 2005 r.

w sprawie zaopiniowania uchwały Nr XXXI/447/05 z dnia 28 lutego 2005 r. Sejmiku Województwa Lubelskiego w sprawie konsultacji programów zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego w latach 2005 - 2009 na terenie województwa lubelskiego

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zmianami) oraz art. 9 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135) - Rada Gminy, działając na wniosek Wójta Gminy Żyrzyn, po zasięgnięciu opinii Komisji Oświaty, Kultury, Zdrowia, Sportu i Pomocy Społecznej uchwała, co następuje:

§1

Po dokonaniu konsultacji przedłożonych przez Marszałka Województwa Lubelskiego materiałów opiniuje się pozytywnie uchwałę Nr XXXI/446/05 Sejmiku Województwa Lubelskiego z dnia 28 lutego 2005 r. wraz z następującymi załącznikami:

- 1) "Programy zdrowotne przewidziane do wdrożenia w latach 2005-2009 na terenie województwa lubelskiego",
- 2) "Potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa lubelskiego".

§2

1. Uznaje się za celowe finansowanie programów zdrowotnych z zakresu chorób nowotworowych, w tym:
 - 1) profilaktyki raka sutka,
 - 2) profilaktyki raka szyjki macicy,
 - 3) profilaktyki raka prostaty,
 - 4) profilaktyki jelita grubego.
2. Wnioskuje się, aby wykonywanie kompleksowych badań profilaktycznych w zakresie:
 - 1) badań mammograficznych,
 - 2) badań cytologicznychodbywało się w ambulansach medycznych na terenie poszczególnych gmin wiejskich.

- 3) objęcie mieszkańców gminy Żyrzyn programem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc i zapobieganie chorobom układu krążenia, z uwagi na fakt, że badania przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie potwierdziły szkodliwe oddziaływanie Zakładów Azotowych na stan zdrowia mieszkańców.
3. Wnioskuje się o ponowne przeprowadzenie przez Instytut Medycyny Wsi w Lublinie na terenie gminy Żyrzyn badań profilaktycznych z zakresu określonego w ust. 2 pkt 3.

§3

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Żyrzyn.

§4

Uchwała wchodzi w życie z dniem jej podjęcia.

Uchwała Nr XXXI/446/05
Sejmiku Województwa Lubelskiego
z dnia 28 lutego 2005 r.

w sprawie konsultacji programów zdrowotnych oraz ustalenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego w latach 2005-2009 na terenie województwa lubelskiego.

Na podstawie art. 18 pkt 20 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1590 z późn. zm.) w związku z art. 9 pkt 1 i art. 48 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), po rozeznaniu potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa lubelskiego - Sejmik Województwa Lubelskiego uchwala, co następuje:

§1

Przekazuje się do konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami:

1. „Programy zdrowotne przewidziane do wdrożenia w latach 2005-2009 na terenie województwa lubelskiego” stanowiące załącznik Nr 1 do uchwały.
2. „Potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa lubelskiego” stanowiące załącznik Nr 2 do uchwały.

§2

Województwo Lubelskie przewiduje finansowanie programów zdrowotnych z zakresu chorób nowotworowych, w tym:

- profilaktyki raka sutka,
- profilaktyki raka szyjki macicy,
- profilaktyki raka prostaty,
- profilaktyki raka jelita grubego.

§3

W przypadkach szczególnych dopuszcza się możliwość wdrażania innych programów zdrowotnych uzasadnionych między innymi stanem zdrowia i lokalnymi potrzebami zdrowotnymi mieszkańców.

§4

W związku z koniecznością podjęcia prac w celu zapewnienia mieszkańcom województwa lubelskiego równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w powyższym zakresie, konsultacja powinna być dokonana w formie uchwały organu stanowiącego w terminie 1 miesiąca od doręczenia niniejszej uchwały.

§5

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Województwa Lubelskiego.

§6

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Programy zdrowotne przewidziane do wdrożenia w latach 2005 – 2009
na terenie województwa lubelskiego
/ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych - Dz.U. Nr 210, poz.2135/.**

Ocena sytuacji epidemiologicznej województwa lubelskiego oraz potrzeby zdrowotne mieszkańców wskazują na konieczność podejmowania w pierwszej kolejności programów zdrowotnych w zakresie:

- 1/ wczesnego wykrywania raka piersi,
- 2/ wczesnego wykrywania raka szyjki macicy
- 3/ wczesnego wykrywania raka jelita grubego,
- 4/ wczesnego wykrywania raka prostaty,
- 5/ profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- 6/ zapobiegania chorobom układu krążenia,
- 7/ badań przesiewowych w kierunku gruźlicy i chorób płuc,
- 8/ zapobiegania wypadkom w rolnictwie,
- 9/ zapobiegania patologiom społecznym - program edukacyjny

***1/ Program wczesnego wykrywania raka piersi,
Populacja podlegająca badaniom: kobiety w wieku 40 - 69 roku życia
Wielkość populacji : 400 526 osób***

Uzasadnienie wyboru tematu: Nowotwory złośliwe, po chorobach układu krążenia stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce. Jednocześnie obserwowane jest zjawisko narastania zapadalności na nowotwory, w tym nowotwory złośliwe u kobiet. W Polsce umieralność z powodu nowotworów złośliwych jest nadal wyższa od przeciętnej umieralności na choroby nowotworowe w Europie.

Rokowanie i efekty leczenia w dużej mierze są uwarunkowane od zaawansowania choroby w momencie jej rozpoznania. Zdecydowanie lepsze efekty leczenia uzyskuje się w przypadku wczesnego rozpoznania. Nie bez znaczenia jest również fakt relatywnie mniejszych kosztów leczenia wczesnych postaci nowotworów.

Kierując się następującymi przesłankami:

- 1/ duża zapadalność na nowotwory złośliwe,
- 2/ korzystne rokowanie w przypadku wczesnego wykrycia,
- 3/ skuteczną dostępność metody badania

należy uznać badanie przesiewowe dla wczesnego wykrywania raka piersi jako priorytetowe w programie zwalczania nowotworów złośliwych.

Cel realizacji programu:

- 1/ zwiększenie wykrywalności wczesnych postaci raka piersi,
- 2/ zwiększenie odsetka wyleczeń kobiet, u których wykryto zmiany nowotworowe,
- 3/ obniżenie umieralności z powodu raka piersi,
- 4/ obniżenie kosztów leczenia.

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ zaproszenie do wzięcia udziału w programie,
- 2/ badanie profilaktyczne,
- 3/ wywiad + badanie ankietowe,
- 4/ badanie mammograficzne – 2 x 2 zdjęcia wraz z opisem dokonany przez lekarza specjalistę w dziedzinie radiodiagnostyki,
- 5/ edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych u kobiet.

Realizatorzy programu: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej spełniające warunki określone każdorazowo w kryteriach dla oferentów.

2. Program wczesnego wykrywania raka szyjki macicy

Populacja podlegająca badaniom: kobiety wieku 30 – 59 lat
Wielkość populacji: 535.574osób

Uzasadnienie wyboru tematu:

Rak szyjki macicy jest w kolejności drugim co do częstości występowania nowotworem u kobiet. Rocznie stwierdza się około 4000 zachorowań i około 50 % zgonów. Polska należy do krajów o najwyższym współczynniku zgonów w Europie na co głównie rzutuje szansa przeżycia lat 5 chorych, u których stwierdzono raka szyjki macicy. W efekcie od lat umieralność utrzymuje się na zbliżonym poziomie, mimo zmniejszania się zachorowalności.

Obniżenie umieralności w krajach Europy nastąpiło w wyniku wprowadzenia populacyjnych badań przesiewowych. Udowodniono, że badania te mogą obniżyć umieralność na raka szyjki macicy nawet o 80%. Na efektywność badań przesiewowych ma wpływ wielkość populacji poddanej badaniom cytologicznym. Zdecydowanie lepsze wyniki osiąga się gdy badania mają charakter masowy. Skryning cytologiczny jest obecnie zalecany jako metoda najbardziej skuteczna, a jednocześnie opłacalna ze względu na stosunkowo niski koszt ponoszony przy jej przeprowadzaniu. Przy tym rak szyjki macicy leczony we wczesnym okresie rozwoju daje wyższy odsetek wyleczeń.

Cel realizacji programu:

- 1/ zwiększenie wykrywalności wczesnych postaci raka szyjki macicy,
- 2/ zwiększenie odsetka wyleczeń kobiet, u których wykryto zmiany nowotworowe,
- 3/ obniżenie umieralności z powodu raka szyjki macicy,
- 4/ obniżenie kosztów leczenia.

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ zaproszenie do wzięcia udziału w programie,
- 2/ badanie ginekologiczne,
- 3/ wywiad + badanie ankietowe,
- 4/ badanie cytologiczne / pobranie materiału z kanału szyjki macicy i z tarczy części pochwowej/,
- 5/ edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych u kobiet.

Realizatorzy programu: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej spełniające warunki określone każdorazowo w kryteriach dla oferentów.

3. Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego.

Populacja podlegająca badaniom: - osoby w wieku 50 - 65 roku życia
- osoby w wieku 40 –65 roku życia z obciążonym wywiadem/ mające w rodzinie przynajmniej jednego krewnego- rodzice, rodzeństwo, dzieci z rakiem jelita grubego/.

Wielkość populacji: 360 191 osób / kobiety i mężczyźni w wieku 50 – 65 r.ż./

Uzasadnienie wyboru tematu

Rak jelita grubego stanowi 50 – 60% nowotworów przewodu pokarmowego. Dotyczy głównie osób starszych po 60 roku życia z możliwością występowania u ludzi młodszych. Częściej dotyczy mężczyzn, którzy stanowią ponad 60% chorych na raka jelita grubego. Za stany przedrakowe, na podłożu których często rozwija się rak jelita grubego uznaje się powszechnie polipy jelita grubego, wrzodziejące zapalenie jelita grubego bądź inne rzadziej spotykane schorzenia. Czynnikiem sprzyjającym są uprczywe zaparcia. Wydłużony kontakt zawartych w kale substancji rakotwórczych z błoną śluzową jelita prowadzi do nieprawidłowych podziałów komórkowych, co sprzyja powstawaniu zmian nowotworowych. Przyjmuje się, że nie więcej niż 5% raków jelita grubego ma podłoże genetyczne, natomiast pozostałe 95% uwarunkowane jest innymi przyczynami, w tym również zmianami cywilizacyjnymi. Wśród przyczyn poza uporczywymi, nawykowymi zaparciami wymienia się również dietę ubogobłonnikową oraz jako dalsze następstwo usunięcia pęcherzyka żółciowego. Tempo wzrostu zachorowań oraz niepomysłne rokowanie wskazują na potrzebę prowadzenia regularnych badań przesiewowych.

Cel realizacji programu:

- 1/ zwiększenie wykrywalności zmian nowotworowych we wczesnym stadium zaawansowania,
- 2/ zwiększenie odsetka wyleczeń oraz odsetka 5-letnich i dłuższych przeżyć,
- 3/ obniżenie umieralności z powodu raka jelita grubego,
- 4/ obniżenie kosztów leczenia.

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ zaproszenie na badanie,
- 2/ ankieta,
- 3/ badanie kliniczne /badanie per rectum/,
- 4/ badani endoskopowe jelita grubego, w zależności od potrzeb: rektoskopia, kolonoskopia,
- 5/ badanie kontrastowe: wlew doodbytniczy,
- 6/ pobranie wycinków z miejsc patologicznie zmienionych
- 7/ histopatologiczna weryfikacja pobranego materiału,
- 8/ edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych jelita grubego.

Realizatorzy programu: zakłady opieki zdrowotnej spełniające warunki w przypadku potrzeby kontynuacji leczenia stacjonarnego

4. Program wczesnego wykrywania raka prostaty.

Populacja podlegająca badaniom: mężczyźni w wieku 50 - 69 roku życia
mężczyźni w wieku 40 – 69 roku życia, jeśli w najbliższej

rodzinie /ojciec, bracia /stwierdzono raka prostaty.

Wielkość populacji: 208 517 osób / mężczyźni 50 – 69 r.ż./.

Uzasadnienie wyboru tematu

Najczęstszymi chorobami mężczyzn w wieku dojrzałym są schorzenia gruczołu krokowego, zwanego prostatą. U mężczyzn młodszych występują zazwyczaj stany zapalne gruczołu krokowego, natomiast w wieku powyżej 50 lat dominują objawy związane z przerostem tego narządu. Będą to – łagodny rozrost gruczołu krokowego /gruczolak/ oraz nowotwór złośliwy – rak prostaty.

Prostata – gruczoł wielkości kasztana, powiększając swoje rozmiary uciska cewkę moczową. Łagodny rozrost gruczołu krokowego jest najczęstszą chorobą układu płciowego dotykającą mężczyzn w tej grupie wiekowej. W Polsce problem dotyczy ponad 2 milionów mężczyzn, a więc połowy tych, którzy ukończyli 50 rok życia. Częstość występowania choroby powoduje, że można ją uznać za mającą wymiar społeczny.

Rak prostaty stanowi jest jednym z najczęstszych nowotworów u mężczyzn w wieku podeszłym. W populacji mężczyzn zajmuje trzecie miejsce pod względem zgonów po raku płuca i żołądka. Guz ten rozwija się bardzo powoli, niekiedy bezobjawowo. Początkowe objawy mogą sugerować łagodny rozrost prostaty. Dlatego tak ważne jest wykrycie go w fazie, w której można go leczyć skutecznie. Częstość zachorowań wyraźnie wzrasta wraz z wiekiem. Wzrost zachorowalności, liczba zgonów, niska świadomość społeczna i zbyt późne rozpoznanie wskazują na potrzebę wdrożenia programu umożliwiającego wykrycie zagrożenia we wczesnym stadium.

Cel realizacji programu:

- 1/ zwiększenie wykrywalności wczesnych postaci raka prostaty,
- 2/ zwiększenie odsetka wyleczeń,
- 3/ obniżenie umieralności z powodu raka gruczołu krokowego

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ wywiad lekarski + badanie ankietowe,
- 2/ badanie kliniczne /badanie per rectum/,
- 3/ oznaczenie antygenu PSA,
- 4/ badanie ultrasonograficzne gruczołu krokowego,
- 5/ cystoskopia,
- 6/ edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych gruczołu krokowego.

Realizatorzy programu: zakłady opieki zdrowotnej świadczące wysokospecjalistyczne usługi w zakresie urologii.

5. Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Populacja podlegająca badaniom: kobiety i mężczyźni w wieku 40 - 65 roku życia, czynni i bierni palacze.

Wielkość populacji - 677 489 osób.

Uzasadnienie wyboru tematu

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest jednym z częściej występujących schorzeń, które lekceważone powodują w płucach nieodwracalne zmiany i w konsekwencji prowadzą do zgonu. Przyczyną choroby jest najczęściej wieloletnie palenie papierosów, prowadzące do upośledzenia wymiany gazowej w płucach i przewlekłego niedotlenienia organizmu. Kaszel czy skąpe odkrztuszanie wydzieliny jest najczęściej kojarzone przez pacjentów z samym

faktem palenia i nie wzbudzają szczególnego niepokoju, a kolejne objawy, do których należy duszność pojawiają się wówczas gdy powierzchnia wentylacyjna płuc zostaje nieodwracalnie zmieniona. Schorzenie cechuje znaczna skłonność do infekcji dróg oddechowych, postępujące inwalidztwo oddechowe z koniecznością częstych hospitalizacji. Według szacunkowych danych co dziesiąty Polak ma objawy tej choroby, a około 15 tysięcy Polaków umiera z powodu POCHP.

Cel realizacji programu:

- 1/ upowszechnienie skutecznej metody wykrywania POCHP w grupach ryzyka,
- 2/ wdrożenie programu edukacji antytytoniowej,
- 3/ edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki POCHP, czynnikach ryzyka i społecznych skutkach choroby,
- 4/ poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa oraz zmniejszenie kosztów leczenia.

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ badanie przedmiotowe + ankieta,
- 2/ wykonanie badania spirometrycznego,
- 3/ badanie rtg płuc,
- 4/ ocena czynników ryzyka,
- 5/ edukacja zdrowotna.

Realizatorzy programu: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej spełniające warunki określone każdorazowo w kryteriach dla oferentów.

6. Program zapobiegania chorobom układu krążenia

Populacja podlegająca badaniom: kobiety i mężczyźni w wieku 35 - 60 roku życia, u których wcześniej nie rozpoznano chorób układu krążenia.

Wielkość populacji – 677 489 osób.

Uzasadnienie wyboru tematu

Zawał mięśnia sercowego i choroba wieńcowa są najczęstszymi przyczynami zgonów. Rokrocznie zapada na nie ok. 100 tysięcy osób z widoczną przewagą mężczyzn, a około 40% spośród nich umiera. Jedną z najczęstszych chorób układu krążenia jest nadciśnienie tętnicze. Według danych szacunkowych w Polsce po 65 roku życia choruje na nadciśnienie około 50 % osób. Cechą charakterystyczną nadciśnienia tętniczego jest ukryty przebieg i bardzo poważne konsekwencje, gdyż takie objawy jak bóle głowy, zawroty głowy czy też zaburzenia widzenia występują zazwyczaj już przy znacznie zaawansowanym stadium. Najczęściej podwyższone ciśnienie jest stwierdzane w trakcie rutynowych badań lekarskich. Powikłania to m.in. choroba wieńcowa, udar mózgu, niewydolność krążenia, czy też uszkodzenie nerek są na tyle poważne, że najczęściej kończą się śmiercią. Jest to schorzenie, które można kontrolować. Niezbędne jest jednak jego wczesne wykrycie i leczenie farmakologiczne. Tak samo ważna jest zmiana stylu życia: dieta niskotłuszczowa, zwiększenie spożycia produktów zawierających potas i magnez, zaniechanie palenia tytoniu oraz zwiększenie aktywności fizycznej.

Drugą w kolejności wśród najczęściej występujących chorób układu krążenia jest choroba wieńcowa, czyli niedokrwienie mięśnia sercowego, której postacią jest zawał mięśnia sercowego również często prowadząca do śmierci. Przyczyną choroby wieńcowej jest

zweężanie się światła naczyń tętniczych przez powstałe w wyniku zmian patologicznych blaszki miażdżycowe. Najbardziej dramatycznym przejawem choroby wieńcowej jest nagła śmierć sercowa, której zazwyczaj nie poprzedzają bóle wieńcowe ani objawy niewydolności serca spowodowana powstałymi zmianami miażdżycowymi w naczyniach wieńcowych.

Cel realizacji programu:

- 1/ zwiększenie wykrywalności chorób układu krążenia,
- 2/ obniżenie zachorowalności i umieralności chorób układu krążenia,
- 3/ wdrożenie programu edukacji ukierunkowanej na ograniczenie czynników powodujących powstawanie zmian patologicznych,
- 4/ wczesne rozpoczęcie kontrolowanego leczenia osób zagrożonych chorobą .

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ badanie przedmiotowe + ankieta,
- 2/ wykonanie badań biochemicznych/poziomu cholesterolu całkowitego, LDL,HDL, trójglicerydów, poziomu cukru/,
- 3/ pomiar ciśnienia tętniczego, ocena masy ciała pod kątem otyłości /BMI/,
- 4/ ocena czynników ryzyka,
- 5/ edukacja zdrowotna.

Realizatorzy programu: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej spełniające warunki określone każdorazowo w kryteriach dla oferentów.

7. Program badań przesiewowych w kierunku gruźlicy i chorób płuc.

Populacja podlegająca badaniom: kobiety i mężczyźni z grup ryzyka, u których wcześniej nie rozpoznano gruźlicy lub chorób płuc,

Wielkość populacji: 677 489 osób.

Uzasadnienie wyboru tematu

Gruźlica jest chorobą wywołaną przez prątek gruźlicy. Źródłem zakażenia jest chory człowiek lub chore zwierzę. Bakteria w stanie uśpienia może przetrwać w organizmie przez wiele lat. Zdrowy organizm ludzki, prawidłowo odżywiony, którego rozwój nie został zakłócony żadnymi przewlekłymi stanami chorobowymi, ma naturalne siły i możliwości samoobrony przed prątkami i rozwojem gruźlicy. W określonych warunkach, przy osłabionej kondycji ogólnobiologicznej organizmu na skutek częstego narażania na zakażenie kropelkowe lub pokarmowe prątki gruźlicy uczynniają się tworząc najczęściej w płucach swoisty zapalny proces chorobowy. W ognisku pierwotnym prątki gruźlicy namnażają się i jak w każdym procesie zapalnym dochodzi do nacieku, w tym przypadku gruźliczego.

Pierwotna gruźlica rozpoczyna się zazwyczaj objawami grypopodobnymi/ pokasływania, stany podgorączkowe, ogólne osłabienie, bladość skóry, wzmożona potliwość/. Są to objawy niecharakterystyczne, niemniej jednak objawy utrzymujące się przez dłuższy okres, szczególnie u osób pozostających w kontakcie z osobą chorą na gruźlicę sugerują podejrzenie zakażenia. Wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie jest szansą na pomyślne rokowanie. Przebycie pierwotnego zakażenia wywołuje swoistą reakcję obronną organizmu z jego strony czyli pewnego rodzaju stan uodpornienia. Jednak u osób w starszym wieku lub w sytuacjach niedożywienia, po przebytych chorobach wyniszczających, długotrwałe narażonych na stres naturalna odporność zanika i rozwija się gruźlica popierwotna.

Podstawowe objawy chorobowe wymagające niezwłocznej konsultacji to:

- utrzymujący się ponad 3 tygodnie kaszel,
- stany podgorączkowe,

- bóle w klatce piersiowej,
- spadek masy ciała,
- krwioplucie.

Ze względu na lokalizację ogniska zapalnego może wystąpić:

- gruźlicze zapalenie węzłów chłonnych,
- gruźlica prosówkowa,
- gruźlica układu moczowego,
- gruźlica układu pokarmowego,
- gruźlica układu kostno-stawowego,
- gruźlicze zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu.

Zakażenie prątkiem gruźlicy jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych zakażeń na świecie, a ryzyko zachorowania osoby zakażonej prątkiem wynosi 6-10% w ciągu trwania życia. Ryzyko to zwiększają niektóre choroby np. cukrzyca, choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, alkoholizm, niktynizm. Bardzo duże /wielokrotnie większe od przeciętnej/ jest ryzyko zachorowania na ciężką postać gruźlicy osoby zakażonej wirusem HiV.

Polska należy do krajów, w których zapadalność na gruźlicę jest stosunkowo wysoka. W ostatnich latach stwierdza się około 16 000 nowych zachorowań rocznie. Wskaźniki chorobowości i zachorowalności na Lubelszczyźnie są wyższe niż dane krajowe. Największe nasilenie tej choroby występuje w Azji Południowo-Wschodniej i w Afryce tropikalnej. Ryzyko zachorowań wzrasta przy nasilonych ruchach migracyjnych

Cel realizacji programu:

- 1/ upowszechnienie skutecznej metody wykrywania chorób płuc w grupach ryzyka,
- 2/ wdrożenie programu edukacji antytytoniowej,
- 3/ edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki chorób płuc, czynnikach ryzyka i społecznych skutkach choroby,
- 4/ poprawa kondycji zdrowotnej społeczeństwa oraz zmniejszenie kosztów leczenia.

Zakres realizowanych zadań:

- 1/ badanie fizykalne pacjenta,
- 2/ ankieta + wywiad,
- 3/ RTG klatki piersiowej,

Realizatorzy programu: publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej spełniające warunki określone każdorazowo w kryteriach dla oferentów.

8. Program zapobiegania wypadkom w rolnictwie

Wielkość populacji- 188 945 osób/dzieci i młodzież z terenów wiejskich w wieku 10 – 19 lat/.

Województwo lubelskie już od kilku lat zajmuje pierwsze miejsce pod względem liczby wypadków w rolnictwie. Udział procentowy Lubelszczyzny w ogólnej liczbie wypadków oscyluje w granicach 14 %.

Wśród najczęściej występujących przyczyn znajdują się upadki z wysokości, pochwycenie lub uderzenie przez ruchome części maszyn i urządzeń, uderzenie, przygniecenie, pogryzienia przez zwierzęta.

Liczba wypadków śmiertelnych w woj. lubelskim przy ogólnej liczbie zdarzeń w Polsce również przedstawia się bardzo niekorzystnie, ponieważ:

- w roku 2001 wypadki śmiertelne stanowiły 10,9%,
- w roku 2002 wypadki śmiertelne stanowiły 12,4%,

w roku 2003 wypadki śmiertelne stanowiły 16,1%,
co stawia Lubelszczyznę na drugiej pozycji w kraju. Pierwsze miejsce zajmuje woj. Mazowieckie.

Według częstości występowania dominującymi przyczynami wypadków śmiertelnych były przejechanie, uderzenie, pochwylenie przez środek transportu w ruchu, upadek, nagłe zachorowanie oraz pochwylenie i uderzenie przez części ruchome maszyn i urządzeń.

Analizując wypadkowość w rolnictwie należy zwrócić uwagę na częstość występowanie zdarzeń, gdzie poszkodowanymi były dzieci do lat 15:

roku 2001 wypadki dzieci do lat 15 stanowiły 10,9%,
w roku 2002 wypadki dzieci do lat 15 stanowiły 9,13%,
w roku 2003 wypadki dzieci do lat 15 stanowiły 11,2%,

co stawia Lubelszczyznę w czołówce województw pod względem uznanych wypadków w rolnictwie z udziałem dzieci do lat 15 / pierwsze miejsce zajmuje woj. podlaskie/.

1. Kierunki działalności prewencyjnej.

Zdobyte doświadczenia w zapobieganiu wypadkom wskazują na potrzebę prowadzenia działalności prewencyjnej uwzględniającej istniejący stan zagrożeń zdrowia rolników, ich rodzin oraz obecną sytuację w rolnictwie. Oddział Regionalny KRUS wraz z podległymi mu placówkami :

- prowadził działania ukierunkowane na zabezpieczenie się rolników przed skutkami upadków i pochwyceń przez ruchome części maszyn i urządzeń ;
- dostosowywał swoje działania do zagrożeń występujących na danym terenie
- popularyzował wśród dzieci i młodzieży wiedzę o zagrożeniach występujących w środowisku wiejskim (nawiązano współpracę ze szkołami wiejskimi) ;
- promował wyroby zmniejszające lub likwidujące zagrożenia wypadkowe (akcje wymiany osłon wałów przegubowo-teleskopowych);
- przekazywał rolnikom podczas szkoleń informację o przysługujących im prawach dochodzenia na drodze cywilnej odszkodowań od producentów wyrobów powodujących wypadki przy pracy;
- podejmował działania prowadzące do zwiększenia dbałości rolników o estetykę i warunki ich pracy w obejściach gospodarskich;
- nawiązał współpracę z organizacjami wywodzącymi się ze środowiska wiejskiego celem zapobiegania wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym.

2. Szkolenia z zakresu bhp.

W 2003 roku w Oddziale Regionalnym KRUS w Lublinie przeprowadzono ogółem 77 szkoleń poświęconych bezpieczeństwu pracy w gospodarstwie rolnym. Szkoleń trwających co najmniej 5 godzin lekcyjnych odbyło się 3 (PT Opole Lubelskie). Ogółem przeszkolono 2494 osób. Szkoleniem obejmowano przede wszystkim rolników i ich domowników, sołtysów, uczniów szkół rolniczych i wiejskich szkół podstawowych oraz gimnazjów, a także inne osoby związane ze środowiskiem wiejskim.

2.1. Szkolenia dla rolników.

2.2. Szkolenia dla innych osób mających wiązki z rolnictwem

2.3. Szkolenia dla uczniów szkół rolniczych.

2.4. Szkolenia dla uczniów wiejskich szkół podstawowych i gimnazjów.

2.5. Inne szkolenia.

3. Działania pozaszkoleniowe.

Działania pozaszkoleniowe co roku poszerzane są o nowe formy. Do sprawdzonych już form należą różnego rodzaju olimpiady, konkursy o tematyce bhp, konkursy na bezpieczne gospodarstwo, artykuły prasowe, audycje radiowe i telewizyjne, a także stoiska lub punkty informacyjne KRUS na imprezach masowych, wystawy i pokazy organizowane dla rolników i członków ich rodzin.

- 3.1. Konkursy na bezpieczne gospodarstwo rolne.
- 3.2. Konkursy dla uczniów wiejskich szkół podstawowych oraz gimnazjów.
- 3.3. Punkty informacyjne podczas imprez masowych.
- 3.4. Pokazy wymiany osłon wałów przegubowo-teleskopowych.
- 3.5. Seminaria i konferencje naukowe.

Szansą poprawy istniejącej sytuacji jest kontynuacja wymienionych form działalności w latach następnych.

9. Zapobieganie patologiom społecznym - program edukacyjny

Wielkość populacji: 347 499 osób/dzieci i młodzież w wieku 10 – 19 lat/.

1. Szkodliwości związane z paleniem tytoniu

Palenie tytoniu jest przyczyną na świecie prawie 4 milionów zgonów rocznie. Oznacza to, że z powodu chorób odtytoniowych umiera dziennie ok. 11 tysięcy palaczy. W Polsce choroby te są przyczyną zgonu co drugiego palacza w wieku 35-69 lat. Każdy papieros skraca życie średnio o 5,5 minuty, czyli przeciętny palacz dobrowolnie rezygnuje z 5 lat życia. Palenie tytoniu stanowi zatem największe śmiertelne zagrożenie dla zdrowia na świecie. Jest przyczyną większej liczby zgonów niż AIDS, alkoholizm, wypadki samochodowe, narkotyki, pożary zabójstwa i samobójstwa razem wzięte. Papierosy są jedynym legalnie sprzedawanym środkiem rakotwórczym w Polsce i na świecie.

W Polsce palenie tytoniu jest olbrzymim problemem społecznym. Przyjmuje się, że jest to najważniejsza przyczyna przedwczesnej umieralności w naszym kraju. Według danych szacunkowych około 10 mln Polaków pali regularnie papierosy, w tym połowa pali dłużej niż 5 lat. Każdego roku około 100 tys. zgonów w Polsce ma bezpośredni związek z negatywnymi skutkami palenia tytoniu. Należy pamiętać, że negatywne skutki tego nałogu nie są ograniczone do palaczy. Samo wdychanie dymu tytoniowego podnosi ryzyko wystąpienia raka płuc i chorób serca także u niepalących.

Przyjmuje się, że około 20 % zgonów wywołanych chorobami układu krążenia można bezpośrednio powiązać z paleniem tytoniu. Osoby palące są narażone na ryzyko powtórnego zawału mięśnia sercowego, a prawdopodobieństwo ich zgonu jest 2-krotnie wyższe niż u osób niepalących. Są oni również mniej podatni na stosowane leczenie.

Dzieci zmuszane do wdychania dymu tytoniowego częściej zapadają na choroby infekcyjne układu oddechowego /zapalenia płuc, oskrzeli, górnych dróg oddechowych/. Wyniki badań naukowych wskazują, że palenie tytoniu przez rodziców w istotny sposób zwiększa ryzyko wystąpienia astmy oskrzelowej u dziecka, a także przewlekłego zapalenia ucha środkowego, które może być przyczyna głuchoty w wieku dziecięcym. Istnieją także dowody na związek palenia tytoniu z innymi poważnymi chorobami, np. białaczkami czy marskością wątroby.

Założenia profilaktyki antynikotynowej:

- 1/ edukacja społeczeństwa o skutkach zdrowotnych, ekonomicznych i socjalnych palenia tytoniu,
- 2/ upowszechnianie i tworzenie mody na niepalenie,
- 3/ edukacja kobiet w ciąży o skutkach zdrowotnych wynikających z palenia tytoniu,
- 4/ ochrona dzieci przed wymuszonym paleniem biernym,
- 5/ egzekwowanie przez lokalne społeczności wolnych od dymu tytoniowego miejsc publicznych,
- 6/ rozwijanie systemu informacji o poradnictwie i instytucjach prowadzących programy profilaktyczne oraz świadczących pomoc w zakresie psychoterapii uzależnień.

2. Skutki społeczne i zdrowotne nadużywania alkoholu

Napoje alkoholowe należą do najpowszechniej spożywanych dóbr konsumpcyjnych. Jest to produkt o tyle szczególny, że z pićm może wiązać się wiele negatywnych konsekwencji zdrowotnych i społecznych.

Do najczęściej występujących skutków mających podłoże alkoholowe należą:

- wzrost liczby zgonów i inwalidztwa związanych z alkoholem / w tym: wypadki drogowe, samobójstwa, zabójstwa, zatrucia alkoholem, marskość wątroby, nadciśnienie tętnicze i in./,
- zaburzenie równowagi życia rodzinnego /przemocy, zaniedbań wychowawczych, ubóstwa/,
- konfliktów z prawem i zaburzeń zachowań spowodowanych nietrzeźwością,

- konsekwencji zdrowotnych u członków rodzin alkoholików.

Uzależnienie od alkoholu, czyli alkoholizm jest chorobą, która zaczyna się i rozwija podstępnie, bez świadomości zainteresowanej osoby. Polega na niekontrolowanym picciu napojów alkoholowych i może doprowadzić do przedwczesnej śmierci.

Objawy choroby alkoholowej to:

- zmiana tolerancji na alkohol – wypicie tej samej ilości co poprzednio powoduje słabsze niż poprzednio efekty bądź reakcje odwrotne,
- objawy abstynencyjne - niepokój i drażliwość, dreszcze i drżenie kończyn, poty, nudności lub zaburzenia świadomości w przerwach picia lub zmniejszenia dawek alkoholu,
- subiektywne poczucie łaknienia alkoholu – wewnętrzny przymus wypicia z poczuciem obawy czy paniki, że się długo nie wytrzyma bez alkoholu,
- koncentracja życia wokół alkoholu – obecność alkoholu w życiu codziennym staje się czymś niezwykle ważnym, starania i zabiegi koncentrują się wokół okazji do wypicia,
- utrata kontroli nad picciem – niemożność skutecznego decydowania o ilości wypitego alkoholu i o momencie zaprzestania picia,
- zaburzenia pamięci i świadomości - po wypiciu pojawiają się dziury pamięciowe, całe fragmenty wydarzeń znikają z pamięci, coraz więcej rzeczy dzieje się poza świadomością osoby uzależnionej.

Skutki zdrowotne choroby alkoholowej i ich wpływ na organizm alkoholika:

- układ nerwowy - zaburzenia czucia, nerwobóle, bolesność uciskowa nerwów, osłabienie bądź brak odruchów ścięgnistych, bóle mięśniowe, w skrajnych przypadkach mogą wystąpić niedowłady lub porażenia,
- zmiany mięśniowe – osłabienie siły i zaniki mięśni, osłabienie siły skurczu mięśni gładkich macicy i jelit, zaburzenia podstawowych funkcji organizmu,
- toksyczna neuropatia wzrokowa – przebiega z różnym stopniem zaburzeń widzenia, do pełnej ślepoty włącznie
- ośrodkowy układ nerwowy – zaniki korowe głównie w okolicy skroniowej i czołowej, zaburzenie świadomości, upośledzenie funkcji poznawczych i pamięci, niezborność ruchowa, zespół Korsakowa /psychoza/, padaczka alkoholowa,
- układ pokarmowy – przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej, przełyku i jelit, wybroczyny nadżerki i krwawienia spowodowane pęknięciami błony śluzowej,
- wątroba – stłuszczenie, zapalenie, zwłóknienie z marskością wątroby włącznie,
- trzustka – ok.65% ostrych i przewlekłych zapaleń trzustki oraz związane z nimi uszkodzenia tkanki gruczołowej mają u podłoża nadmierne spożywanie alkoholu,
- układ krążenia – przewlekłe intensywne picie alkoholu powoduje nadciśnienie, kardiomiopatie, arytmie i udary mózgowy, krwotok mózgowy, udar oraz zawał mięśnia sercowego.

Stwierdzone badaniami patologiczne zmiany są skutkiem nie tylko uszkadzającego działania alkoholu na narządy wewnętrzne, ale także są wynikiem wielu towarzyszących zespołowi uzależnienia od alkoholu /m.in. urazy, wahania ciśnienia krwi, zaburzeniami przepływu krwi przez mózg w stanach upojenia, okresy bezdechu w stanach głębokiego zatrucia, schorzenia współistniejące, niedobory żywieniowe itp./.

Założenia profilaktyki antyalkoholowej w środowisku nauczania i wychowania:

- 1/ dostarczenie rzetelnej wiedzy na temat postaw społecznych, zachowań oraz skutków zdrowotnych nadużywania alkoholu,
- 2/ ukazanie skali strat finansowych ponoszonych przez państwo i jego mieszkańców mających związek z użyciem alkoholu,
- 3/ zwrócenie uwagi na przyczyny wywołujące różnego typu uzależnienia w tym bezrobocie, spadek stopy życiowej, stres oraz inne niepowodzenia,
- 4/ umocnienie funkcji rodziny z jej podstawowymi wartościami,
- 5/ ukazywanie pozytywnych wzorców kulturowych.
- 6/ promowanie postaw społecznych ważnych dla profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych,

3. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych

Liczba osób w Polsce uzależnionych od substancji psychoaktywnych jest trudna do oszacowania. Tylko liczbę osób uzależnionych od opiatów szacuje się na 25 – 30 tysięcy. W ostatnich latach na polskim rynku podaż nielegalnych substancji psychoaktywnych w tym: amfetaminy, kokainy, preparatów halucynogennych gwałtownie wzrasta. Na tym samym natomiast poziomie utrzymuje się używanie, lotnych rozpuszczalników i leków o właściwościach uzależniających. Wzrost spożycia substancji psychoaktywnych dotyczy głównie ludzi młodych, które nie są jeszcze uzależnione, ale narażają się na ryzyko związane z przyjmowaniem substancji drogą dożylną.

Efektywność leczenia osób uzależnionych jest niska na całym świecie, a ryzyko wystąpienia różnego rodzaju szkód zdrowotnych, w tym zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych znacząco wzrasta, stąd wprowadza się programy redukcji szkód oraz programy rehabilitacyjne.

Oczekiwane korzyści zdrowotne to zmniejszenie szkód zdrowotnych spowodowanych spożywaniem substancji psychoaktywnych, w tym ograniczenie częstości występowania:

- zaburzeń psychicznych /zespoły abstynencyjne, psychozy, depresje z próbami samobójczymi/,
- chorób somatycznych/AIDS, wirusowe zapalenie wątroby typu B, infekcje oportunistyczne, w tym prątkiem gruźlicy, wyniszczenie/.

Na szeroki asortyment innych niż alkohol środków psychoaktywnych składają się substancje legalne takie jak leki przeciwbólowe i nasenne, czy substancje wziewne jak również szeroka gama substancji nielegalnych takich jak marihuana, amfetamina, heroina, kokaina, ecstasy czy crack, czyli substancje których produkcja i obrót nimi są czynami zabronionymi przez prawo i zgodnie z nim karane.

Na pierwszym miejscu znajdują się przetwory konopi indyjskich, czyli marihuana czyli haszysz. Na drugim miejscu pod względem rozpowszechnienia lokuje się amfetamina, a w kolejności ecstasy.

Okazjonalne używanie narkotyków dotyczy praktycznie osób w wieku do 24 lat. Jedynie używanie przetworów konopi indyjskich jest rozpowszechnione w sposób widoczny i pojawia się w starszych kategoriach wiekowych.

Odsetek mężczyzn zaliczanych do grona okazjonalnych użytkowników narkotyków jest prawie trzykrotnie wyższy niż kobiet.

Rozpowszechnienie okazjonalnego używania narkotyków wiąże się z wiekiem. Z najwyższym rozpowszechnieniem mamy do czynienia przed 25 rokiem życia

Wyraźnie wyższe rozpowszechnienie narkotyków spotykamy w ośrodkach powyżej 200 tys. mieszkańców. Wykształcenie badanych nie wprowadza istotnego statystycznie zróżnicowania.

Badania dowodzą, że narkotyki, są atrakcyjne głównie dla ludzi młodych, ponieważ do kategorii o najwyższym rozpowszechnieniu używania środków psychoaktywnych należą uczniowie i studenci. Zjawisko to z większą częstością pojawia się także wśród osób na samodzielnych stanowiskach.

W przypadku stosowania leków nasennych i uspokajających zawsze istnieje ryzyko uzależnienia. Zjawisko używania tych leków jest bardziej powszechne wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Używanie leków u obu płci wzrasta po 35 roku życia, przy czym zdecydowanie bardziej u kobiet.

Skutki zdrowotne i społeczne, spowodowane używaniem środków psychoaktywnych wskazują na pilną potrzebę podejmowania systemowych działań prewencyjnych, do których mi.in. należą:

- 1/ prowadzenie ukierunkowanej polityki państwa poprzez dostosowanie aktów prawnych do zmieniających się uwarunkowań,
- 2/ wprowadzenie w szkołach wszystkich typów, w ramach edukacji zdrowotnej, rzetelnej informacji o substancjach uzależniających oraz kształtowanie umiejętności osobniczych i społecznych chroniących młodych ludzi przed sięganiem po narkotyki,
- 3/ wdrażanie programów profilaktycznych za pośrednictwem środków masowego przekazu i specjalistycznych programów dla grup zwiększonego ryzyka,
- 4/ ograniczenie podaży substancji psychoaktywnych poprzez działania legislacyjne, policyjne oraz restrykcyjne,
- 5/ szkolenie personelu medycznego, pedagogicznego, policyjnego i penitencjarnego w zakresie wczesnego rozpoznawania problemów spowodowanych przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, umiejętności postępowania z osobami, u których te problemy występują,
- 6/ szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie zasad bezpiecznego stosowania leków o właściwościach uzależniających,

7/ wdrożenie programów skutecznej detoksykacji, leczenia i rehabilitacji osób uzależnionych .

Potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa lubelskiego

Wśród czynników mających wpływ na zdrowie człowieka wyróżnia się styl życia /50 - 60 %/, środowisko fizyczne oraz społeczne /ok.20%/, czynniki genetyczne /ok.20%/ oraz służbę zdrowia, która może rozwiązać 10 – 15% problemów zdrowotnych społeczeństwa. Zagrożenia zdrowia człowieka wiążą się nie tylko z rozwojem cywilizacji oraz z procesem urbanizacji ale również z niewłaściwą polityką ekologiczną i brakiem wystarczającej troski o ochronę środowiska. Styl życia i zachowania zdrowotne w największym stopniu negatywnie wpływają na stan zdrowia ludności.

Do zachowań zagrażających zdrowiu szczególnie należą:

wadliwy styl życia, w tym:

- 1/ mała aktywność fizyczna ogółu ludności /tylko 10% populacji dorosłych uprawia niektóre z form aktywności /,
- 2/ nieprawidłowości w sposobie żywienia /w tym nadmierne spożycie tłuszczów, soli kuchennej, niedobór spożycia mleka i jego przetworów oraz warzyw, owoców, ciemnego pieczywa/,
- 3/ palenie tytoniu /około 50% mężczyzn i ponad 20% kobiet pali regularnie papierosy, a odsetki palącej młodzieży gwałtownie zwiększają się z wiekiem/,
- 4/ nadmierne spożycie alkoholu, zwłaszcza napojów wysokoprocentowych /roczne spożycie czystego alkoholu w ostatnich latach systematycznie wzrasta i oscyluje w granicach 9 – 10 litrów/,
- 5/ używanie substancji psychoaktywnych - innych niż alkohol i nikotyna /zjawisko nasila się, zwłaszcza wśród ludzi młodych/,

zagrożenia w środowisku społecznym:

- spadek realnych dochodów ludności,
- wzrost cen i zmiana struktury wydatków /trudności w zaspokajaniu bieżących potrzeb/,
- utrzymywanie się wysokiej stopy bezrobocia /uzależnienie znacznej części społeczeństwa od pomocy społecznej/,
- nasilające się patologie życia społecznego /spadek poczucia bezpieczeństwa osobistego, wzrost przestępczości, terroryzm kryminalny/,

zagrożenia w środowisku fizycznym:

- zanieczyszczenie środowiska naturalnego /w tym wód powierzchniowych, przekroczenie dopuszczalnych norm zanieczyszczeń,
- jakość wody pitnej pobieranej ze studni publicznych,
- narażenia występujące w środowisku pracy.

Profilaktyka i promocja zdrowia umożliwia zwiększenie kontroli nad zdrowiem jednostek i społeczeństwa oraz umożliwia dokonywanie wyborów i podejmowanie decyzji służących umacnianiu zdrowia poprzez:

- budowanie polityki zdrowotnej na wszystkich szczeblach zarządzania,
- tworzenie środowiska sprzyjającego zdrowiu,
- zachęcanie społeczeństwa do dbania o własne zdrowie,
- przystosowanie systemu opieki zdrowotnej do realizacji zadań prozdrowotnych.

Skuteczność działań profilaktycznych jest w dużej mierze uzależniona od udziału różnych podmiotów życia publicznego w systemie, poprzez integrację zdrowia z podstawowymi celami danego systemu.

Generalnym założeniem polityki zdrowotnej państwa winno być dążenie do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa i wiążącej się z nim jakości życia ludności, gdzie do podstawowych kierunków działań należą:

- zmiana stylu życia,
- kształtowanie środowiska życia i pracy sprzyjającego zdrowiu,
- zmniejszanie różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Profilaktyka zdrowotna jest procesem umożliwiającym sprawowanie kontroli nad zdrowiem populacji oraz działaniem zmierzającym do uzyskania poprawy stanu zdrowia społeczeństwa poprzez stopniowe ograniczanie skali zjawiska powodującego negatywne skutki zdrowotne. Zdrowie jest dobrem ogólnospołecznym dlatego też działalność profilaktyczna nie może koncentrować się na pojedynczych osobach narażonych na czynniki ryzyka utraty zdrowia lecz winna skupiać się na całej zagrożonej populacji. Profilaktyka i promocja zdrowia to działania zmierzające do kształtowania postaw sprzyjających zdrowiu, sposób na rozwiązanie wielu problemów społecznych oraz sposób na zatrzymanie spirali wzrostu kosztów leczenia.

Sytuacja demograficzna województwa lubelskiego oraz prognozy w tym zakresie wskazują na powtarzalność zjawisk, które rzutują i nadal rzutować będą nie tylko na kondycję zdrowotną naszego społeczeństwa ale również na rozwój społeczno-ekonomiczny kraju. Do zjawisk szczególnie charakterystycznych, które mają bezpośredni związek z funkcjonowaniem ochrony zdrowia należą:

1/ wydłużenie średniej długości życia i starzenie się populacji – będą to problemy gerontologiczne i geriatryczne, czyli konieczność rozwoju medycyny wieku starszego, nasilenie opieki społecznej oraz promocji starości jako nieuniknionego zjawiska biologicznego,

2/ tendencje wzrostu liczby osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym, inwalidów biologicznych /wskutek wad genetycznych/ stąd więc nasilą się zagadnienia opieki, leczenia i zabezpieczenia ekonomicznego tej grupy populacji,

3/ spadek rodności kobiet i przyrostu naturalnego, co w konsekwencji prowadzi do problemów z odtwarzaniem populacji /nawet w jej aktualnej liczebności/ i pośrednio stwarza problemy społeczno – ekonomiczno – organizacyjne,

4/ wyraźne nasilenie się patologii społecznych, takich jak: narkomania, prostytutka, alkoholizm i jego następstwa, nikotynizm oraz zwiększona liczba samobójstw.

5/ nasilenie zachorowalności na choroby nowotworowe.

Aktualne problemy zdrowotne to również wysokie odsetki w strukturze zgonów z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, urazów, wypadków i zatruc, które stanowią i nadal będą stanowiły główne problemy zdrowotne wymagające nie tylko rozpoznania i leczenia ale także profilaktyki i promocji

Ocena sytuacji epidemiologicznej mieszkańców województwa lubelskiego, prognozy demograficzne oraz względy społeczno-ekonomiczne kraju stwarzają konieczność

podejmowania działań systemowych zmierzających do poprawy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa, m.in. w zakresie:

- 1/ zmniejszenia umieralności z powodu chorób układu krążenia /choroba niedokrwienna, choroba nadciśnieniowa/,
- 2/ zwiększenia wykrywalności chorób nowotworowych,
- 3/ zmniejszenia częstości występowania chorób spowodowanych zewnętrznymi, w tym czynnikami szkodliwymi w środowisku życia i pracy /wypadki komunikacyjne,
- 4/ zwiększenia wykrywalności w zakresie chorób metabolicznych /cukrzyca,
- 5/ zmniejszenia częstości występowania niektórych chorób zakaźnych / wirusowe zapalenie wątroby, gruźlica, zatrucia pokarmowe, grypa, świnka/,
- 6/ przeciwdziałania patologiom społecznym /alkoholizm, nikotynizm, narkomania,
- 7/ poprawy kondycji psychospołecznej społeczeństwa.

Działania w kierunku poprawy stanu zdrowia społeczeństwa.

Warunkiem poprawy stanu zdrowia społeczeństwa są działania ukierunkowane na zabezpieczenie opieki medycznej nad noworodkiem, niemowlęciem, dziećmi, młodzieżą szkolną, kobietą ciężarną oraz pozostałą populacją ze szczególnym uwzględnieniem osób niepełnosprawnych. Obok działalności typowo leczniczej ważnym elementem działań w systemie ochrony zdrowia jest diagnostyka, rehabilitacja lecznicza i profilaktyka.

Podejmowane kierunki działań do których należą:

- 1/ umożliwienie mieszkańcom województwa równego dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- 2/ efektywne wykorzystanie istniejących w województwie zasobów systemu ochrony zdrowia,
- 3/ dostosowanie oddziałów szpitalnych do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz trendów demograficznych.
- 4/ dostosowanie bazy leczenia stacjonarnego w dziedzinie chorób zakaźnych do aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz wystąpienia ewentualnych zagrożeń,
- 5/ zapewnienie wysokiej jakości świadczeń,
- 6/ utworzenie sprawnego systemu informacyjnego,
- 7/ edukacja zdrowotna,
- 8/ profilaktyka i promocja zdrowia

przyczynią się do zwiększenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego oraz zmniejszenia populacji przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Umożliwienie mieszkańcom województwa lubelskiego równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Kondycja zdrowotna społeczeństwa wskazująca na szereg /o różnym podłożu/ zaniechań, a także oczekiwania społeczne wyrażane indywidualnie w formie uwag lub wniosków bądź za pośrednictwem środków masowego przekazu wskazują na potrzebę stworzenia sprawnego systemu organizacyjnego umożliwiającego pacjentom w sytuacjach uzasadnionych uzyskanie świadczenia w możliwie krótkim terminie, w tym m.in.:

- zwiększenie dostępności do nowoczesnych technologii diagnostyczno-terapeutycznych,
- kompleksowość działań medycznych,
- dostosowanie zatrudnienia personelu medycznego do faktycznych potrzeb,

- równomierne i sukcesywne doposażanie zoz w sprzęt i aparaturę medyczną,
- pełniejsze wykorzystanie istniejących zasobów aparaturowych,
- skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia specjalistyczne,
- stwarzanie priorytetów dla oddziałów o wąskiej specjalności stosujących drogie procedury,
- uwzględnienie potrzeb zdrowotnych osób niepełnosprawnych .

Efektywne wykorzystanie istniejących w województwie zasobów systemu ochrony zdrowia.

Zakres usług medycznych jakim dysponują zakłady opieki zdrowotnej jest znacznie zróżnicowany. Obok szpitali specjalistycznych funkcjonują placówki z dość skromnym potencjałem kadrowo-aparaturowym. Zakładamy, iż obowiązujący stan prawny, w tym możliwość wyboru zakładu opieki zdrowotnej przez pacjenta zapoczątkuje proces pozytywnej selekcji. Spodziewane efekty to:

- możliwość prowadzenia przez Sejmik Województwa Lubelskiego racjonalnej polityki zdrowotnej,
- poprawa wskaźników wykorzystania łóżek szpitalnych do aktualnych potrzeb,
- nawiązanie ścisłej współpracy z organami założycielskimi zakładów opieki zdrowotnej w celu restrukturyzacji bazy łóżkowej szpitali zgodnie z potrzebami.

Dostosowanie oddziałów szpitalnych do aktualnych potrzeb zdrowotnych oraz trendów demograficznych.

Jednym z założeń restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia jest dostosowanie bazy leczenia stacjonarnego i ambulatoryjnego do aktualnych potrzeb, co znajduje odzwierciedlenie w ograniczeniu liczby łóżek pediatrycznych, ginekologiczno-położniczych na rzecz łóżek dla przewlekle chorych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz łóżek psychiatrycznych i leczenia uzależnień.

Podejmowane w tym zakresie działania umożliwią:

- zabezpieczenie świadczeń specjalistycznych dla ludzi starych i przewlekle chorych,
- dostosowanie bazy w tym także leczenia psychiatrycznego do aktualnych potrzeb.
- rozwój sieci zakładów geriatrycznych,
- rozszerzenie systemu opieki sprawowanej w warunkach domowych,
- zwiększenie bazy zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- tworzenie placówek opieki paliatywnej i hospicyjnej,
- tworzenie oddziałów psychiatrycznych w szpitalach rejonowych,
- zwiększenie sieci placówek dziennej opieki psychiatrycznej,
- wczesna diagnostyka i leczenie depresji i nerwic,
- wyodrębnienie specjalistycznych placówek leczenia uzależnień, w tym narkomanii,
- rozwój bazy rehabilitacyjnej dla chorych neurologicznych i chorych po zabiegach neurochirurgicznych.

Dostosowanie bazy leczenia stacjonarnego w dziedzinie chorób zakaźnych do aktualnej sytuacji epidemiologicznej oraz wystąpienia ewentualnych zagrożeń.

Mimo stosunkowo korzystnej sytuacji epidemiologicznej dotyczącej zachorowań na choroby zakaźne w Polsce istnieje wciąż utrzymujący się problem chorób szerzących się drogą naruszenia ciągłości tkanek. Należy do nich wirusowe zapalenie wątroby typu B i C. Konsekwencją tych chorób są zapalenia przewlekłe, marskość i rak wątroby, które zazwyczaj wymagają długotrwałego i kosztownego leczenia.

Ze względu na specyfikę postępowania należy odrębną bazę łózkową w dziedzinie chorób zakaźnych zabezpieczyć dla dzieci.

Ponadto zjawiskiem charakterystycznym w epidemiologii chorób zakaźnych jest to, że niekorzystna sytuacja epidemiologiczna w krajach sąsiednich może również stanowić zagrożenie przeniesienia do Polski nie występujących u nas obecnie chorób i stworzyć konieczność podjęcia odpowiednich działań zaradczych.

Przykładem sytuacji szczególnych, które wywołały uzasadniony niepokój było pojawienie się i dalsze rozprzestrzenianie zakażeń wirusem SARS oraz okresowe powracanie problemu bioterroryzmu.

Poziom bezpieczeństwa epidemiologicznego kraju w dużej mierze uzależniony jest od przygotowania placówek leczenia specjalistycznego do realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia w warunkach szczególnego zagrożenia, w szczególności:

- zabezpieczenie bazy diagnostycznej, konsultacyjnych i leczniczej dla pacjentów różnych grup wiekowych, w tym dzieci,
- przygotowanie placówek leczenia zamkniętego do niesienia pomocy w sytuacjach szczególnego zagrożenia np. wystąpienia zakażeń wirusem SARS czy też bioterroryzmu,
- konieczności stosowania w leczeniu drogich preparatów,
- utworzenie pełnoprofilowej bazy leczniczo – diagnostycznej dla zakażonych HIV i chorych na AIDS

Zapewnienie wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych.

Niekorzystna kondycja finansowa zakładów opieki zdrowotnej stwarza określone trudności, które mogą mieć negatywny wpływ na jakość realizowanych przez nie zadań. W tej sytuacji jedynym wyjściem staje się znalezienie kompromisu, który pozwoli na maksymalnie efektywne wykorzystanie środków pozostających w dyspozycji tych zakładów. Ważnym czynnikiem obecnego systemu jest koordynacja działań służby zdrowia wszystkich szczebli oraz motywowanie zakładów, które w swej działalności uwzględniały elementy jakościowe do podnoszenia jakości świadczeń oraz promowanie szpitali posiadających certyfikaty jakości oraz cieszących się zaufaniem pacjentów, poprzez:

- integrację działań prewencyjnych i leczniczych,
- poprawę organizacji pracy w zakładach opieki zdrowotnej,
- respektowanie praw pacjenta, zwiększenie udziału lekarza pierwszego kontaktu w procesie leczenia.

Utworzenie sprawnego systemu informacyjnego.

Jak wskazują dotychczasowe doświadczenia większość konfliktów w relacji placówka służby zdrowia - pacjent powstaje na płaszczyźnie nieporozumień wynikających z braku wiedzy o zasadach funkcjonowania służby zdrowia w zmienianych warunkach reformy.

Stosunkowo duże /nie zawsze uzasadnione/ zapotrzebowanie na świadczenia specjalistyczne oraz pewne ograniczenia, które w praktyce sprowadzały się do wydłużenia czasu oczekiwania na poradę specjalistyczną. Leczenie szpitalne lub uzdrowiskowe bądź inne świadczenie były niekiedy postrzegane jako celowe działania naruszające prawa pacjenta. W obecnym systemie ważną rolę w systemie ochrony zdrowia przypisuje się lekarzowi rodzinnemu, któremu obok zadań z zakresu podstawowej opieki powierzono funkcję koordynatora działań medycznych. Dlatego też w dalszej kolejności widzimy potrzebę umocnienia pozycji lekarza rodzinnego oraz ukierunkowanie jego działań na kompleksowość opieki zdrowotnej, w tym:

- zabezpieczenie pełnego dostępu do informacji o przysługującym zakresie świadczeń zdrowotnych,
- dostęp do informacji o zakresie świadczeń realizowanych przez zoz,
- doskonalenie łączności lekarza pierwszego kontaktu z lekarzem konsultantem bądź przejmującym leczenie,
- zmniejszenie różnic w dostępie do usług medycznych.

Zwiększenie edukacji zdrowotnej oraz działań w zakresie promocji zdrowia.

Istotnym elementem umacniania zdrowia są działania na rzecz podnoszenia poziomu świadomości wśród obywateli ukierunkowane na współodpowiedzialność za swoje zdrowie, zwalczanie czynników ryzyka, w tym ryzyka chorób przewlekłych oraz propagowanie zdrowych stylów życia.

Czynnikiem warunkującym wzrost świadomości społecznej w zakresie ochrony zdrowia jest:

- wdrożenie programu wszechstronnej edukacji zdrowotnej wśród uczniów i młodzieży szkolnej (w tym profilaktykę uzależnień, HIV/AIDS i edukację seksualną),
- rozszerzenie w środkach masowego przekazu tematyki w zakresie zdrowych stylów życia, postępowania w przypadkach zagrożenia życia lub zdrowia,
- stymulowanie i wspieranie projektów oraz działań dotyczących promocji zdrowia.
- uwzględnianie w działaniach ogółu społeczeństwa.

Profilaktyka i promocja zdrowia.

Z uwagi na to, iż szereg chorób stanowi nadal poważne zagrożenie należy wiele uwagi poświęcić badaniom ich etiologii oraz stopniowej eliminacji. Do chorób o znaczeniu społecznym należą: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, gruźlica i choroby płuc, choroby psychiczne, jaskra i uzależnienia. Problemem społecznym jest wzrost urazów i wypadków komunikacyjnych oraz wypadków mających związek z pracą w rolnictwie.

Skuteczność działań prewencyjnych jest w tym zakresie w dużej mierze uzależniona od ukierunkowanej oceny stanu zdrowia populacji prowadzonej w ramach programów profilaktycznych i ma na celu:

- upowszechnianie programów profilaktycznych w zakresie chorób stanowiących istotne zagrożenie dla kondycji zdrowotnej społeczeństwa, w tym: chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, gruźlicy i chorób płuc, próchnicy, osteoporozy, chorób psychicznych, jaskry, uzależnień, urazów i wypadków z uwzględnieniem przyczyn wypadków mających związek z pracą w rolnictwie.
- systematyczne doszktałanie pracowników medycznych w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia,
- systematyczny monitoring wyników badań profilaktycznych,
- systematyczne szkolenia z zakresu BHP na wsi realizowane przez samorządy lokalne.

Złożoność problemu wskazuje na jego interdyscyplinarny charakter, a skuteczność działań w dużej mierze uzależniona będzie od stopnia zaangażowania wszystkich podmiotów uczestniczących w procesie.

Do bardziej istotnych założeń systemu należy:

- dostosowanie działań do aktualnych warunków życia, potrzeb i problemów zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego,
- rozszerzenia grona uczestników i wykonawców o organizacje rządowe i pozarządowe, samorządy i społeczności lokalne,
- poszukiwanie bardziej skutecznych form współdziałania wykonawców programu na różnych szczeblach zarządzania,
- uwzględnienia nowych doświadczeń oraz metod z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki niektórych chorób.
- oceny wpływu innych dziedzin gospodarki na stan zdrowotności społeczeństwa.