

Druk Nr
Projekt z dnia

**UCHWAŁA NR
RADY MIEJSKIEJ W ŁODZI
z dnia 2023 r.**

**w sprawie przyjęcia „Programu polityki zdrowotnej:
edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy w latach 2023-2025”.**

Na podstawie art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2023 r. poz. 40, 572, 1463 i 1688) oraz art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650, 658, 1234, 1429, 1675, 1692, 1733, 1831 i 1872), Rada Miejska w Łodzi

uchwała, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program polityki zdrowotnej: edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy w latach 2023-2025”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Łodzi.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący
Rady Miejskiej w Łodzi**

Marcin GOŁASZEWSKI

Projektodawcą jest

Prezydent Miasta Łodzi

Załącznik
do uchwały Nr
Rady Miejskiej w Łodzi
z dnia



**Program polityki zdrowotnej:
edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy
w latach 2023-2025**

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).
2. Rekomendacja nr 9/2020 z dnia 30 listopada 2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących wykrywania osteoporozy.

**Opracowanie:
Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Departament Zdrowia i Spraw Społecznych
Urząd Miasta Łodzi**

Łódź, 2023

Spis treści

Część I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	str. 3
1. Opis problemu zdrowotnego	
2. Dane epidemiologiczne	
3. Opis obecnego postępowania	
Część II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	str. 5
1. Cel główny	
2. Cele szczegółowe	
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	
Część III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	str. 6
1. Populacja docelowa	
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	
3. Planowane interwencje	
4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	
Część IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	str. 13
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	
Część V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	str. 17
1. Monitorowanie	
2. Ewaluacja	
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	str. 19
1. Koszty jednostkowe	
2. Koszty całkowite	
3. Źródła finansowania	
VII. Bibliografia	str. 20
Załączniki:	
1. Ankieta dla pacjenta dotycząca wiedzy na temat osteoporozy	str. 26
2. Ankieta ewaluacyjna dla uczestnika	str. 27

Część I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Osteoporoza to układowa choroba szkieletu, charakteryzująca się zwiększonym ryzykiem złamań kości w następstwie zmniejszenia ich odporności mechanicznej. Odporność mechaniczna kości jest uwarunkowana gęstością mineralną (MDB) i jakością tkanki kostnej. Do złamania niskoenergetycznego (patologicznego) może dojść nie tylko z powodu osteoporozy, lecz np. z powodu nowotworu. Złamanie niskoenergetyczne definiuje się jako złamanie pod wpływem siły, która nie łamie zdrowej kości (upadek z wysokości własnego ciała lub wystąpienie złamania samoistnego). Wyróżnia się dwa rodzaje osteoporozy:

- pierwotna, która rozwija się u kobiet po menopauzie i rzadziej u mężczyzn w podeszłym wieku,
- wtórna – jest następstwem różnych stanów patologicznych lub wynikiem działania niektórych leków, najczęściej glikokortykosteroidów (Szczeklik 2017).

Do czynników ryzyka występowania osteoporozy pierwotnej zalicza się:

- czynniki genetyczne i demograficzne: predyspozycja rodzinna, wiek (kobiety >65 lat, mężczyźni >70 lat), płeć żeńska, rasa biała i żółta (osteoporoza występuje 3 razy częściej niż u rasy czarnej),
- BMI <18 kg/m²,
- stan prokreacyjny: niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii, przedłużony brak miesiączki – późne pokwitanie, brak przeżytych porodów, stan pomenopauzalny (zwłaszcza przedwczesny, w tym po usunięciu jajników),
- czynniki związane z odżywianiem i stylem życia: mała podaż wapnia; niedobór witaminy D; mała lub nadmierna podaż fosforu; niedobory białkowe lub dieta bogatobiałkowa; palenie tytoniu; alkoholizm; nadmierne spożywanie kawy; siedzący tryb życia.

Osteoporoza wtórna może być wynikiem:

- występowania chorób, w tym: zaburzeń hormonalnych, chorób układu pokarmowego, chorób nerek, chorób reumatycznych, chorób układu oddechowego, chorób szpiku i krwi, hiperwitaminozy A, a także stan po przeszczepieniu narządu,
- przyjmowanie glikokortykosteroidów, hormonów tarczycy w dużych dawkach, leków przeciwpadaczkowych (fenobarbital, fenytoina, karbamazepina), heparyny (zwłaszcza niefrakcjonowana), antagonistów witaminy K, cyklosporyny, leków immunosupresyjnych w dużych dawkach i innych antymetabolitów, żywic wiążących kwasy żółciowe (np. cholestyramina), analogów gonadoliberyny, pochodnych tiazolidynodionu (pioglitazon), tamoksyfenu (u kobiet przed menopauzą), inhibitorów aromatazy, inhibitorów pompy protonowej, leków przeciwretrowirusowe,
- unieruchomienie, przebyte złamania, sarkopenia (Szczeklik 2017).

Osteoporozę jako jednostkę chorobową można rozpoznać po stwierdzeniu zmniejszonej gęstości mineralnej kości (BMD, ang. bone mineral density) – wskaźnik T (ang. T-score) o wartości $\leq -2,5$ u kobiet po menopauzie oraz mężczyzn w wieku ≥ 50 lat. U osób młodszych muszą występować dodatkowe czynniki ryzyka i zwykle jest to osteoporoza wtórna. W diagnostyce osteoporozy wskazana jest ocena bezwzględnego dziesięcioletniego ryzyka złamania na podstawie występowania u pacjenta czynników ryzyka złamań (Szczeklik 2017).

I.2. Dane epidemiologiczne

Ryzyko złamań w poszczególnych krajach i grupach etnicznych może się znacznie różnić. Szacuje się, że w wysoko rozwiniętych krajach europejskich ok. 40% kobiet 50-letnich do końca życia doznaje ≥ 1 złamania związanego z osteoporozą; najczęściej złamania kręgu, bliższego końca kości udowej lub kości przedramienia. Ryzyko złamań u mężczyzn jest mniejsze (13-30% do końca życia u mężczyzn 50-letnich) (Szczeklik 2017).

W oparciu o kryteria diagnostyczne WHO (wskaźnik T-score $\leq -2,5$), szacuje się, że ok. 22 mln kobiet i 5,5 mln mężczyzn w wieku od 50 do 84 lat w UE cierpi na osteoporozę (dane za rok 2010). Z prognoz wynika, że w związku ze zmianami demograficznymi, do 2025 roku liczba ta wzrośnie o 23% sięgając 33,9 mln osób. W 2010 r. zaobserwowano ok. 3,5 mln nowych złamań wśród mieszkańców UE (z czego 2/3 u kobiet) (Hernlund 2013).

W mapach potrzeb zdrowotnych (MPZ) w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego nie wyodrębniono danych dla samej osteoporozy, jednak została ona uwzględniona w ramach zaburzeń mineralizacji i struktury kości, w których zawarto następujące rozpoznania wg ICD-10:

M80 – Osteoporoza ze złamaniem patologicznym; M81 – Osteoporoza bez patologicznego złamania; M82 – Osteoporoza w przebiegu innych chorób sklasyfikowanych gdzie indziej; M83 – Zmiękczenie kości (osteomalacja dorosłych); M84 – Zaburzenia ciągłości kości; M85 – Inne zaburzenia mineralizacji i struktury kości.

Zapadalność rejestrowana dla rozpoznań z grupy zaburzenia mineralizacji i struktury kości w roku 2014 wyniosła 72,2 tysięcy przypadków w Polsce. Natomiast współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności wyniósł 190,1. Liczbę chorych w analizowanej podgrupie w Polsce oszacowano na 594,4 tysięcy (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to 1 564,2) (MPZ 2017).

Zgodnie z badaniami WHO oraz SCOPE w krajach Unii Europejskiej w populacji w wieku powyżej 50 lat osteoporoza występuje u 22,1% kobiet oraz 6,6% mężczyzn (MPZ 2018, Kanis 2013). Biorąc pod uwagę obserwowaną w 2016 liczbę chorych – ok. 606 tys. (osoby w wieku powyżej 50. r.ż. z rozpoznaniem M.80 lub M.81), teoretyczną liczbę chorych – ok. 2 158 tys. (estymowaną jako wskazany przez WHO procent populacji powyżej 50. r.ż.), stopień wykrywalności osteoporozy definiowany jako stosunek liczby zachorowań zarejestrowanych do teoretycznych wynosi 28,1%.

I.3. Opis obecnego postępowania

Omawiany problem decyzyjny dotyczy realizacji zorganizowanych działań mających na celu wykrycie osteoporozy w populacji osób dorosłych.

W ramach świadczeń gwarantowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) realizowana jest „Porada specjalistyczna – leczenie osteoporozy”. W ramach ww. porady realizowane są badania densytometryczna DXA kręgosłupa i kości udowej, badania laboratoryjne i mikrobiologiczne, USG oraz RTG.

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

II.1. Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników programu, tzn. co najmniej 70% osób ankietowanych odpowie poprawnie na co najmniej 60% pytań post-testu.

II.2. Cele szczegółowe

1. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% personelu medycznego w zakresie w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia osteoporozy oraz zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom, tzn. co najmniej 80% osób ankietowanych odpowie poprawnie na co najmniej 80% pytań post-testu.

2. Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 60% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej osteoporozy, zapobiegania upadkom oraz postępowania w sytuacji podwyższonego zagrożenia złamaniami osteoporotycznymi, tzn. co najmniej 60% osób ankietowanych odpowie poprawnie na co najmniej 60% pytań post-testu.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test, tzn. co najmniej 70% osób ankietowanych odpowie poprawnie na co najmniej 60% pytań post-testu.

Szczegóły 1.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test, tzn. co najmniej 80% osób ankietowanych odpowie poprawnie na co najmniej 80% pytań post-testu.
Szczegóły 2.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test, tzn. co najmniej 60% osób ankietowanych odpowie poprawnie na co najmniej 60% pytań post-testu.

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

III.1. Populacja docelowa

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne lekarze przeprowadzający wizyty podsumowujące.
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja ogólna osób dorosłych. Wg danych GUS populacja osób 50+ (kobiet i mężczyzn) zamieszkujących w Łodzi wynosiła na koniec 2021 roku 283.718. Z tej populacji 90.000 osób, czyli 31,7% zostanie objętych działalnością edukacyjną z wykorzystaniem plakatów, informacji w materiałach udostępnianych na Senioraliach, w gazecie lodz.pl, Tytkach Seniora. Uczestnicy wykładów w Centrach Zdrowego i Aktywnego Seniora, Akademii Zdrowia i uniwersytetach trzeciego wieku (ok. 1000 osób) oraz kobiety, u których zostanie przeprowadzony test FRAX (3.450 kobiet) otrzymają broszurę informacyjną Wśród osób biorących udział w wykładach zostanie przeprowadzony pre-test i post-test. Pre-test i post-test zostanie również wykonany u kobiet, które będą miały zrobione badanie densytometryczne.
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	Kobiety w wieku ≥ 65 lat oraz kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego.

	Wg danych GUS na koniec 2021 roku w Łodzi zamieszkiwało 103 868 kobiet w wieku 65 lat i więcej oraz 119 241 kobiet w wieku 40-64 lat. Oceną ryzyka FRAX planujemy objąć 11 500 kobiet tj. 10 900 kobiet w wieku ≥ 65 (10,49 % populacji) oraz 600 kobiet w wieku 40-64 lata (0,5% populacji). Łączna liczba przebadanych kobiet wyniesie 11 500.
Pomiar BMD za pomocą DXA	Uczestnicy programu, u których ryzyko poważnego złamania osteoporotycznego ocenionego narzędziem FRAX na podstawie danych z formularza zgłoszeniowego wyniosło $\geq 5\%$. Ponieważ wykrywalność osteoporozy, zgodnie z rekomendacją, wynosi ok. 30%, zakładamy, że po przebadaniu narzędziem FRAX co najmniej 11.500 kobiet, 3.450 kobiet zostanie objętych pomiarem BMD za pomocą badania densytometrycznego.
Lekarska wizyta podsumowująca	Wynik badania densytometrycznego zostanie przekazany pacjentce podczas wizyty podsumowującej, czyli wszystkie kobiety, które skorzystały z densytometrii w ramach Programu, tj. 3.450 kobiet, odbędą wizytę lekarską podsumowującą.

* dodatkowe czynniki ryzyka złamania osteoporotycznego: przebyte złamania, złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców, obecne palenie tytoniu, stosowanie glikokortykosteroidów, zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów, obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą, spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie

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

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etapy PPZ	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej 	<ul style="list-style-type: none"> ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat;

		<ul style="list-style-type: none"> wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Działania informacyjno-edukacyjne	<ul style="list-style-type: none"> osoba dorosła 	<ul style="list-style-type: none"> uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	<ul style="list-style-type: none"> kobiety w wieku ≥ 65 lat lub kobiety w wieku 40-64 lat z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego, podanie w formularzu zgłoszeniowym kompletu informacji niezbędnych do użycia narzędzia FRAX 	<ul style="list-style-type: none"> wcześniej zdiagnozowana osteoporoza;
Pomiar BMD za pomocą DXA	<ul style="list-style-type: none"> zakwalifikowanie w ramach programu przez uzyskanie wyniku FRAX $\geq 5\%$ (wartość obliczana i wpisywana przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy na podstawie zawartych w nim danych) 	<ul style="list-style-type: none"> ostatni pomiar u świadczeniobiorcy BMD za pomocą DXA na szyjce kości udowej w ciągu poprzednich 2 lat przy jednoczesnym braku nowych czynników ryzyka od czasu tego pomiaru obecność przeciwwskazań do pomiaru DXA przez szyjkę kości udowej, np. obustronna endoproteza całkowita stawu biodrowego, znaczna otyłość; obecność innych przeciwwskazań, np. ciąży;
Lekarska wizyta podsumowująca	<ul style="list-style-type: none"> dostępny wynik pomiaru BMD za pomocą DXA wykonany w ramach realizowanego PPZ 	Brak.

III.3. Planowane interwencje

A. SZKOLENIA PERSONELU MEDYCZNEGO

Szkolenia on-line: lekarze, pielęgniarki, edukatorzy oraz materiały szkoleniowe

W pierwszym roku trwania Programu zostanie opracowane wideoszkolenie w formie on-line mające na celu zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia osteoporozy, a także zapobiegania złamaniom osteoporotycznym i upadkom. Szkolenie zostanie zamieszczone na platformie YouTube a link do szkolenia będzie udostępniony dla osób realizujących program po wypełnieniu pre-testu. Zakres merytoryczny szkolenia i pre-test zostanie przygotowany przez lekarza specjalistę posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu

i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”). Po zakończeniu procesu rekrutacji personelu, szkolenie zostanie udostępnione na stronie internetowej Urzędu Miasta Łodzi, co pozwoli skorzystać z tej informacji wszystkim zainteresowanym, a więc w znaczący sposób przyczyni się do zwiększenia liczby osób korzystających z części edukacyjnej Programu.

W kolejnych latach będzie wykorzystywane to samo szkolenie, które, jeśli zajdzie taka potrzeba, będzie miało uaktualnienie merytoryczne treści.

Szkolenie będzie obowiązkowe dla wszystkich realizatorów programu. Przewidywany czas trwania szkolenia to ok. 60 minut. Szkolenie będzie zakończone post-testem dla każdego uczestnika, którego wynik powyżej 80% poprawnych odpowiedzi, będzie traktowany jako ukończenie szkolenia z pozytywnym wynikiem.

Taka forma szkolenia zapewni szeroki i łatwy dostęp wszystkich zainteresowanych oraz jednolite sprawdzenie nabytej wiedzy.

B. DZIAŁANIA INFORMACYJNE I EDUKACYJNE DLA OGÓŁU MIESZKAŃCÓW W SZCZEGÓLNOŚCI GRUPY 50+:

a) działania informacyjne i edukacyjne skierowane do ogółu mieszkańców Łodzi, w szczególności osób 50+:

- wywiad z ekspertem nt. osteoporozy, w tym zalecenia dotyczące profilaktyki w bezpłatnej gazecie Lodz.pl dostępnej w nakładzie 60 tys. egzemplarzy,
- wywiad z ekspertem nt. osteoporozy, w tym zalecenia dotyczące profilaktyki w bezpłatnym informatorze o Senioraliach – nakład 60 tys. egzemplarzy w każdym roku: 2024 i 2025
- wywiad z ekspertem nt. osteoporozy, w tym zalecenia dotyczące profilaktyki w Tytce Seniora w nakładzie 20 tys. egzemplarzy,
- informacja o Programie i możliwości wykonania badań na ekranach LCD w 290 pojazdach komunikacji miejskiej- jeden miesiąc w każdym roku: 2024 i 2025,
- plakaty informacyjne w Miejskich Centrach Medycznych, Centrach Zdrowego i Aktywnego Seniora, bibliotekach, domach kultury, aptekach – łączna liczba – 300 plakatów.

b) działania edukacyjne połączone z przeprowadzeniem pre-testów i post-testów

- przeprowadzenie wykładów: w Centrach Zdrowego i Aktywnego Seniora, Akademii Zdrowia, w różnych Uniwersytetach Trzeciego Wieku i dla uczestników Łódzkich Senioraliów – 15 wykładów dla ok. 1000 osób łącznie, przed rozpoczęciem wykładu uczestnicy zostaną poproszeni o anonimowe wypełnienie pre-testu a po zakończeniu wykładu – o anonimowe wypełnienie post-testu, uczestnicy wykładów otrzymają broszurę informacyjną, która pozwoli na utrwalenie wiedzy pozyskanej na wykładzie,
- kobiety, u których będzie wykonywany test FRAX (ok. 11.500 kobiet) zostaną poproszone o anonimowe wypełnienie pre-testu oraz otrzymają materiały edukacyjne w formie broszury,

- post-test zostanie przeprowadzony u kobiet, u których zostanie wykonane badanie densytometryczne – kobieta wypełni ankietę w gabinecie lekarza, podczas lekarskiej wizyty podsumowującej.

c) broszury z informacjami na temat profilaktyki osteoporozy, zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i zapobieganiu upadkom, zawierające w swej treści informacje dotyczące m.in.:

- o promocji elementów składających się na zdrowy styl życia, ze szczególnym uwzględnieniem czynników mających wpływ na zdrowie kości;
- o zasadniczej roli aktywności fizycznej na poprawę BMD, ze szczegółowym omówieniem ćwiczeń obciążeniowych, oporowych, poprawiających równowagę, a także wzmacniających siłę mięśniową, dostosowanych do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta (NOGG 2017, RACGP 2017, SMS 2013, AACE/ACE 2016, CTFPHC 2010, 2013);
- o przyczyn upadków oraz ich negatywnych następstw;
- o działań pomagających zapobiegać upadkom;
- o identyfikacji i sposobów eliminacji czynników ryzyka zachorowania na osteoporozę;
- o podkreślenia roli prawidłowej diety w profilaktyce osteoporozy, w tym dostarczania optymalnych ilości wapnia oraz ograniczenia spożycia alkoholu (ICSI 2017, RACGP 2017, AACE/ACE 2016, EULAR/EFORT 2016, MCG 2016, SMS 2013, ESC 2012)

Broszury otrzymają uczestnicy wykładów przeprowadzanych w ramach Programu oraz kobiety, które mają wykonany test FRAX.

W edukacji uczestników Programu będzie również uczestniczył personel medyczny, który będzie przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej.

Zastosowana zostanie mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji.

C. OCENA RYZYKA POWAŻNEGO ZŁAMANIA OSTEOPOROTYCZNEGO NARZĘDZIEM FRAX

- 1) Pozyskanie dużej liczby kobiet zainteresowanych badaniem w kierunku wykrycia osteoporozy wymaga aktywnego działania w przestrzeni publicznej a nie jedynie biernego oczekiwania na kobiety w placówkach opieki medycznej. Dlatego planujemy przeszkolenie grupy edukatorów, których zadaniem będzie poinformowanie grupy docelowej (kobiety w wieku 65 lat i powyżej oraz kobiet w przedziale wiekowym 40-64 lata z co najmniej jednym dodatkowym czynnikiem ryzyka złamania osteoporotycznego) o możliwości wykonania badania i zachęcenia do jego wykonania w ramach Programu. Edukatorzy zostaną przeszkoleni w ramach programu do pełnienia tego zadania oraz wyposażeni w materiały edukacyjne (broszury), narzędzia FRAX oraz pre-testy.

W przypadku wyniku testu FRAX na poziomie 5% i powyżej edukator będzie miał możliwość umówienia kobiety na badanie densytometryczne na konkretny termin.

- 2) Każda kobieta zgłaszająca się do Programu wypełni formularz zgłoszeniowy, który uwzględnia wszystkie dane niezbędne dla narzędzia FRAX, tj.: wiek (w latach), płeć (kobieta), masę ciała (w kg), wzrost (w cm) oraz pytania „tak”/„nie” dotyczące wystąpienia dodatkowych czynników ryzyka złamania osteoporotycznego: przebyte złamania, złamania biodra u co najmniej jednego z rodziców, obecne palenie tytoniu, stosowanie glikokortykosteroidów, zdiagnozowane reumatoidalne zapalenie stawów, obecność schorzenia silnie związanego z osteoporozą, spożywanie 3 lub więcej jednostek alkoholu dziennie. Kobieta zostanie poproszona również o anonimowe wypełnienie pre-testu.
- 3) Osoba przyjmująca formularz zweryfikuje kompletność zamieszczonych w nim informacji, a następnie korzystając z FRAX dla populacji polskiej („FRAX PL”) wyliczy dziesięcioletnie prawdopodobieństwo poważnego złamania osteoporotycznego. Wynik zostanie wpisany do formularza zgłoszeniowego. Wynik zostanie udostępniony pacjentce w formie papierowej.
- 4) Osoba przyjmująca formularz udzieli merytorycznych odpowiedzi na wszelkie pytanie dotyczące osteoporozy i zapobieganiu upadkom oraz skieruje kobiety do rzetelnych źródeł wiedzy.
- 5) W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważanego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej niższego niż 5%, kobieta otrzyma informację zwrotną o niskim prawdopodobieństwie złamania osteoporotycznego i braku potrzeby wykonania pomiaru DXA.
- 6) W przypadku wyniku dziesięcioletniego ryzyka poważanego złamania osteoporotycznego uzyskanego w FRAX dla populacji polskiej równego lub wyższego niż 5%, kobieta otrzyma informację zwrotną o zakwalifikowaniu do pomiaru DXA. Edukator przeprowadzający test FRAX będzie miał możliwość, w konsultacji z pacjentką, ustalenia miejsca i konkretnego terminu wykonania tego badania. Poinformują ją o sposobie przygotowania do badania oraz o przeciwwskazaniach do wykonania pomiaru DXA. Kobieta zostanie poinformowana, że uzyskany wynik FRAX nie jest tożsamy ze stwierdzeniem osteoporozy.

D. POMIAR BMD ZA POMOCĄ DXA

- 1) Realizatorami tego badania będą podmioty lecznicze wyłonione w konkursie. Realizatorzy zapewnią możliwość wykonania badania densytometrycznego w ciągu maksymalnie 21 dni od badania FRAX oraz możliwość przeprowadzenia konsultacji lekarskiej połączonej z przekazaniem kobiecie wyniku densytometrii. Lekarz powinien

posiadać możliwość wystawienia skierowania na leczenie osteoporozy w ramach świadczeń gwarantowanych.

- 2) Działania skierowane zostaną do uczestników programu, którzy uzyskali wynik FRAX $\geq 5\%$ i zostali zakwalifikowani do programu.
- 3) Pomiar densytometrii DXA będzie dokonywany na szyjce kości udowej.

E. LEKARSKA WIZYTA PODSUMOWUJĄCA

1. W trakcie wizyty lekarz omówi z kobietą wynik badania DXA. Następnie wykona ponowną ocenę ryzyka złamania z użyciem narzędzia FRAX PL – tym razem uwzględniając wynik uzyskany w DXA. Lekarz omówi z kobietą uzyskany wynik.
2. W przypadku braku osteoporozy pacjentka informowana zostanie o wyniku ujemnym (tj. brak stwierdzonej osteoporozy). Przekazane zostaną zalecenia odnośnie czynników ryzyka osteoporozy. Kobieta będzie informowana o tym, że jeśli nie pojawią się dodatkowe czynniki ryzyka, to kolejne badanie DXA powinno zostać przeprowadzone nie wcześniej niż za 2 lata. Pacjentka zakończy swój udział w programie.
3. W trakcie wizyty lekarz poprosi kobietę o wykonanie post-testu i ankiety ewaluacyjnej
4. W przypadku wykrycia osteoporozy pacjentka zostanie skierowana do leczenia w ramach świadczeń gwarantowanych. W czasie konsultacji lekarz przekaze pacjentce informację na temat jej bieżącego stanu zdrowia, zalecenia odnośnie dalszego postępowania oraz wskaże wszystkie dostępne ścieżki postępowania specjalistycznego w ramach systemu opieki zdrowotnej. Po otrzymaniu skierowania na leczenie osteoporozy pacjentka kończy swój udział w programie.

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

Świadczenia zdrowotne udzielone w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Ze względu na specyfikę Programu, realizatorzy świadczeń dla pacjentek zostaną wyłonieni w dwóch odrębnych postępowaniach:

- A. Edukatorzy – osoby przeprowadzające działania informacyjno-edukacyjne, zachęcające do udziału w Programie, przeprowadzające test FRAX, pre-test wiedzy nt. osteoporozy oraz ustalające termin badania densytometrycznego w przypadku wyniku testu FRAX kwalifikującego do tego badania.
- B. Wybór podmiotów leczniczych przeprowadzających badania densytometryczne oraz podsumowującą wizytę lekarską połączoną z przeprowadzeniem post-testu oraz ankiety ewaluacyjnej.

Realizatorzy części A Programu zostaną wybrani spośród przedstawicieli zawodów medycznych (np. lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny) i będą posiadali odpowiedni zakres wiedzy do prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych. Zastosowana procedura wyboru będzie zgodna z obowiązującymi przepisami prawa.

Realizatorzy części B Programu wyłonieni zostaną w ramach przeprowadzonego konkursu ofert w celu wybrania podmiotów leczniczych realizujących badania densytometryczne oraz lekarską wizytę podsumowującą, w oparciu o przepisy ustawy dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.) i ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

W realizację Programu będzie włączony personel medyczny, który nie jest zaangażowany bezpośrednio w prace wynikające z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja Programu nie ograniczy dostępu do świadczeń zdrowotnych realizowanych na podstawie kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wszyscy realizatorzy jakichkolwiek zadań (wykłady, druki, reklama) w ramach Programu będą wyłonieni zgodnie z procedurami obowiązującymi w Urzędzie Miasta Łodzi – konkursy ofert, zamówienia publiczne.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku kobiet, które nie kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie zakończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych;
- w przypadku kobiet, które kwalifikują się do oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego za pomocą narzędzia FRAX udział w programie zakończy się:
 - wraz z uzyskaniem wyniku mniejszego niż 5%,
 - lub wraz ze zidentyfikowaniem przeciwwskazania do wykonania pomiaru DXA,
 - lub wraz z zakończeniem lekarskiej wizyty podsumowującej;
- zgłoszenie przez uczestniczkę chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdej kobiecie przekazane zostaną zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

1. Stworzenie Rady ds. programu

W skład Rady wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu, w tym: Dyrekcja Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Łodzi, przedstawiciel Miejskiego Centrum Medycznego w Łodzi, pracownicy merytoryczni zajmujący się

profilaktyką i promocją zdrowia. Rada ds. programu będzie pełniła rolę wspierającą program, m. in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu będzie odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedycznych istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Przewodniczący Rady - Koordynator PPZ, będzie merytorycznie odpowiadał za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program.

2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów programu

A. Etap przygotowań do działań – rok 2023

- 1) Wybór:
 - eksperta, który opracuje wideoszkolenie oraz pre-test/ post-test dla realizatorów programu,
 - firmy wykonującej nagranie szkolenia,
 - tłumacza języka migowego – nagrane szkolenie zostanie wzbogacone o przekaz w języku migowym.
- 2) Druk broszury dla mieszkańców.
- 3) Wybór i przeszkolenie edukatorów odpowiedzialnych za rekrutację kobiet do badania FRAX.
- 4) Przeprowadzenie konkursów ofert w celu wybrania podmiotów leczniczych, które będą wykonywały badania densytometryczne oraz lekarskie wizyty podsumowujące.
- 5) Przeprowadzenie szkoleń dla personelu medycznego.

B. Prowadzenie interwencji – prowadzenie działań na rzecz mieszkańców – rok 2024 i 2025

- 1) Informowanie o programie – różnorodne formy.
- 2) Edukacja mieszkańców.
- 3) Oceny ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX.
- 4) Pomiary BMD za pomocą DXA.
- 5) Lekarskie wizyty podsumowujące.

C. Nadzór nad realizacją programu i jego zakończenie – rok 2023, 2024 i 2025.

- 1) Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
- 2) Zakończenie realizacji PPZ.
- 3) Rozliczenie finansowe PPZ.

- 4) Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

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

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	<p>Personel: Lekarz (optymalnie ze specjalizacją w dziedzinie reumatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce osteoporozy oraz zapobieganiu złamaniom osteoporotycznym i upadkom („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu. Tłumacz języka migowego.</p> <p>Sprzęt i warunki lokalowe: Szkolenie zostało zaplanowane w formie online i zostanie zrealizowane w Sali Urzędu Miasta Łodzi, w warunkach zapewniających odpowiednią akustykę i oświetlenie. Niezbędny sprzęt do rejestracji nagrania zapewni firma zewnętrzna (kamera, mikrofon, oświetlenie). Firma zapewni również odpowiedni sprzęt i warunki lokalowe do montażu filmu wraz z uwzględnieniem tłumacza języka migowego.</p> <p>Personel medyczny uczestniczący w szkoleniu będzie dysponował dostępem do komputera lub innego urządzenia z Internetem w celu odtworzenia szkolenia.</p>
Działania informacyjno-edukacyjne	<p>Personel: Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego („edukator”), który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno- edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.</p>

	<p>Sprzęt i warunki lokalowe: miejskie centra medyczne, centra zdrowego i aktywnego seniora, biblioteki, domy kultury, apteki udostępnią powierzchnię do rozwieszenia plakatów informujących o badaniu. Działania edukacyjne w formie wykładów odbędą się w salach centrów zdrowego i aktywnego seniora (7 lokalizacji), w Urzędzie Miasta Łodzi, uniwersytetach trzeciego wieku – zapewniony będzie odpowiedni sprzęt komputerowy, rzutnik multimedialny, nagłośnienie.</p>
Ocena ryzyka poważnego złamania osteoporotycznego narzędziem FRAX	<p>Personel: Osoba przyjmująca formularz musi posiadać odpowiedni poziom wiedzy dla udzielenia wyczerpującej i merytorycznie poprawnej odpowiedzi na związane z realizowanym programem pytania świadczeniobiorców, np. uzyskany dzięki udziałowi w szkoleniu dla personelu medycznego realizowanym w ramach programu.</p> <p>Sprzęt i warunki lokalowe: komputer lub urządzenie mobilne z dostępem do Internetu, telefon celem umówienia wizyty na badanie BMD za pomocą DXA; zapewnione zostanie pomieszczenie wyposażone w stół, krzesło, odpowiednie oświetlenie zapewniające intymność badanej kobiecie.</p>
Pomiar BMD za pomocą DXA	<p>Personel: technik elektroradiolog przy nadzorze lekarza elektroradiologa lub inny personel zgodnie z przepisami</p> <p>Sprzęt i warunki lokalowe: densytometr oceniający BMD w obrębie szyjki kości udowej metodą DXA, pracownia densytometryczna zlokalizowana w podmiocie leczniczym i spełniająca warunki dla pracowni radiologicznej; pracownia będzie dostępna dla osób z niepełnosprawnościami;</p>
Lekarska wizyta podsumowująca	<p>Personel: Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, różnicowaniu i leczeniu osteoporozy lub lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.</p> <p>Sprzęt i warunki lokalowe: gabinety lekarskie w liczbie, która umożliwia</p>

	realizację programu, komputer z kalkulatorem FRAX dla populacji polskiej.
--	---

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie program polityki zdrowotnej w omawianym zakresie, należy zastosować się do obowiązujących przepisów prawa, w tym dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu powinno odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i powinna być prowadzona przy wykorzystaniu co najmniej następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne – zakładana wartość docelowa: 10;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym - zakładana wartość docelowa: 90.000;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali zakwalifikowani do FRAX, z podziałem na wyniki $<5\%$ i $\geq 5\%$ - zakładana wartość docelowa: 11.500;
- liczba świadczeniobiorców, którzy w ramach programu wykonali pomiar BMD za pomocą DXA, z podziałem na grupy wyników T-score (grupa >-1 ; grupa ≤ -1 i $>-2,5$; grupa $\leq -2,5$) - zakładana wartość docelowa: 3.450;
- liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w lekarskiej wizycie podsumowującej - zakładana wartość docelowa: 3.450;
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami w ramach programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów – zakładana wartość docelowa – 50;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie - zakładana wartość docelowa: 600;

Zostanie stworzona elektroniczna baza danych o uczestnikach programu zawierająca następujące informacje:

- A. w przypadku pacjentek objętych badaniem narzędziem FRAX z ujemnym wynikiem badania:
 - Data przeprowadzenia badania FRAX,
 - Imię i nazwisko pacjentki,
 - data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu),

- B. W przypadku pacjentek objętych badaniem narzędziem FRAX i zakwalifikowanych do badania densytometrycznego:
- Data przeprowadzenia badania FRAX,
 - Imię i nazwisko pacjentki,
 - data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu),
 - numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
 - informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
 - data badania densytometrycznego, wizyty podsumowującej oraz zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Kobieta w czasie wizyty podsumowującej u lekarza zostanie poproszona o wypełnienie „Ankiety ewaluacyjnej pacjenta” oraz post-testu. Obie ankiety będą anonimowe.

Wszelkie dane osobowe pacjentek będą opatrzone klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z wymaganiami RODO.

V.2. Ewaluacja

Ewaluację zostanie przeprowadzona po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji będzie zamieszczony w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji odniesiemy się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) - zakładana wartość docelowa: 8,
- liczbie uczestników działań informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) - zakładana wartość docelowa: 2.500,
- liczbie kobiet z wynikiem FRAX $\geq 5\%$ względem wszystkich kobiet, dla których w ramach programu wykonano ocenę FRAX - zakładana wartość docelowa: 3.450;
- liczbie kobiet z wynikiem BMD T-score $\leq -2,5$ względem wszystkich świadczeniobiorców, dla których przeprowadzono badanie DXA w ramach programu - zakładana wartość docelowa: 1.000.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI. 1. Koszty jednostkowe:

W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie kosztów jednostkowych PPZ:

Lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy w PLN	Suma kosztów jednostkowych (3x4) w PLN
[1]	[2]	[3]	[4]	[5]
KOSZTY POŚREDNIE				
1.	Zakup licencji (2 x 45 CHF)	2 szt.	225,00	450
2.	Druk plakatu informacyjnego	200 szt.	4,00	8.000
3.	Druk broszury dla pacjentek	15.000 szt.	3,00	45.000
4.	Materiały techniczne			
	- ankieta FRAX (2 egz. na osobę)	25.000 szt.	0,10	2.500
	- pre-test A-5	13.000 szt.	0,10	1.300
	- post-test A-5	5.000 szt.	0,10	500
	- ankieta satysfakcji pacjentów	3.500 szt.	0,10	350
	- długopisy z nadrukiem (do wypełnienia ankiety FRAX)	13.000 szt.	1,00	13.000
	- roll-upy do oznaczenia miejsc realizacji Programu	6 szt.	250,00	1.500
8.	Reklama w MPK – monitory LCD w 290 pojazdach MPK	2 m-ce	12.000,00	24.000
9.	Materiał do Tytki seniora - druk	1 wydanie	1.800,00	1.800
10.	Materiał edukacyjny do gazety Łódź.pl druk	1 wydanie	1.800,00	1.800
11.	Materiał edukacyjny do informatora na Senioralia - druk	2 wydania	1.800,00	3.600
12.	Koszty personelu zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie i ewaluację projektu	26 miesięcy	600,00	15.600
Koszty pośrednie łącznie				119.400
KOSZTY BEZPOŚREDNIE				
13.	Przygotowanie i przeprowadzenie wykładu wideo dla personelu medycznego	1 szt.	5.000,00	5.000
14.	Nagranie i montaż wykładu wideo dla personelu medycznego	1 szt.	2.000,00	2.000
15.	Tłumacz języka migowego wykładu wideo	1 szt.	500,00	500
16.	Badanie FRAX – praca edukatorów	11.500 osób	12,00	138.000
17.	Materiał do Tytki seniora wywiad z ekspertem	1 wydanie	1.200,00	1.200
18.	Materiał edukacyjny do gazety Łódź.pl wywiad z ekspertem	1 wydanie	1.200,00	1.200
19.	Materiał edukacyjny do informatora na Senioralia - wywiad z ekspertem	2 wydania	1.200,00	2.400
20.	Wykłady w CZAS-ach, Akademii Zdrowia, Uniwersytetach Trzeciego Wieku, w tym przeprowadzenie pre-testu i post-testu	15 wykładów	1.200,00	18.000

21.	Koszt pomiaru BMD za pomocą DXA wraz z lekarską wizytą podsumowującą	3.450 osób	120	414.000
Koszty bezpośrednie łącznie				582.300
Koszt całkowity programu				701.700

VI.2. Koszty całkowite

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity w PLN
2023 r.	80.850
2024 r.	314.025
2025 r.	306.825
Koszt całkowity	701.700

VI.3. Źródła finansowania

Realizacja Programu będzie finansowana z Subfunduszu rozwoju profilaktyki wyodrębnionego w ramach Funduszu Medycznego, o który jest mowa w ustawie z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1758, z późn. zm.) (80% środków) oraz budżetu Miasta Łodzi w roku 2023, 2024 i 2025 (20% środków).

VII. Bibliografia

- Opinia Rady Przejrzystości 294/2019 z dnia 9 września 2019 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków ich realizacji dla problemu zdrowotnego: profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej
- Raport nr OT.423.1.2018 „Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy pierwotnej w ramach programów polityki zdrowotnej”, Warszawa, październik 2018.
- Avenell, A., Mak, J., & O'Connell, D. (2014). Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures in post-menopausal women and older men. The Cochrane Library
- Bell, K., Strand, H., & Inder, W. J. (2014). Effect of a dedicated osteoporosis health professional on screening and treatment in outpatients presenting with acute low trauma non-hip fracture: a systematic review. Archives of osteoporosis, 9(1), 167
- Calciolari, E., Donos, N., Park, J. C., Petrie, A., & Mardas, N. (2015). Panoramic measures for oral bone mass in detecting osteoporosis: a systematic review and meta-analysis. Journal of dental research, 94(3_suppl), 17S-27S
- Crandall, C. J. (2015). Risk assessment tools for osteoporosis screening in postmenopausal women: a systematic review. Current osteoporosis reports, 13(5), 287-301
- Guirguis-Blake, J. M., Michael, Y. L., Perdue, L. A., Coppola, E. L., & Beil, T. L. (2018). Interventions to prevent falls in older adults: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. Jama, 319(16), 1705-1716
- Høiberg, M. P., Rubin, K. H., Hermann, A. P., Brixen, K., & Abrahamsen, B. (2016). Diagnostic devices for osteoporosis in the general population: a systematic review. Bone, 92, 58-69

9. Huang, Z. B., Wan, S. L., Lu, Y. J., Ning, L., Liu, C., & Fan, S. W. (2014). Does vitamin K2 play a role in the prevention and treatment of osteoporosis for postmenopausal women: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Osteoporosis international*, 26(3), 1175-1186
10. Ito, K., & Leslie, W. D. (2015). Cost-effectiveness of fracture prevention in rural women with limited access to dual-energy X-ray absorptiometry. *Osteoporosis International*, 26(8), 2111-2119
11. Jensen, A. L., Lomborg, K., Wind, G., & Langdahl, B. L. (2013). Effectiveness and characteristics of multifaceted osteoporosis group education—a systematic review. *Osteoporosis International*, 25(4), 1209-1224
12. Kahwati, L. C., Weber, R. P., Pan, H., Gourlay, M., LeBlanc, E., Coker-Schwimmer, M., & Viswanathan, M. Vitamin D, calcium, or combined supplementation for the primary prevention of fractures in community-dwelling adults: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, 319(15), 1600-1612
13. Kanis, J. A., Oden, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A., & Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23(9), 2239-2256.
14. Kanis, J. A., Borgström, F., Compston, J., Dreinhöfer, K., Nolte, E., Jonsson, L., ... & Stenmark, J. (2013). SCOPE: a scorecard for osteoporosis in Europe. *Archives of osteoporosis*, 8(1-2), 144.
15. Kastner, M., Perrier, L., Munce, S. E. P., Adhietty, C. C., Lau, A., Hamid, J., ... & Straus, S. E. (2017). Complex interventions can increase osteoporosis investigations and treatment: a systematic review and meta-analysis. *Osteoporosis International*, 1-13
16. Liu, H., Paige, N. M., Goldzweig, C. L., Wong, E., Zhou, A., Suttorp, M. J., ... & Shekelle, P. (2008). Screening for Osteoporosis in Men: A Systematic Review for an American College of Physicians Guideline Male Osteoporosis Screening. *Annals of Internal Medicine*, 148(9), 685-701
17. Marques, A., Ferreira, R. J., Santos, E., Loza, E., Carmona, L., & da Silva, J. A. P. (2015). The accuracy of osteoporotic fracture risk prediction tools: a systematic review and meta-analysis. *Annals of the rheumatic diseases*, annrheumdis-2015
18. Merlijn T, Swart K, Netelenbos C, Elders P (2018). Screening of high fracture risk in primary care to reduce fractures: the SALT Osteoporosis Study a randomized trial. Conference: 45th european calcified tissue society congress, ECTS 2018. Spain, 2018, 102(1 Supplement 1), S17
19. Moayeri, A., Adams, J., Adler, R., Blake, G., Krieg, M. A., Hans, D., ... & Lewiecki, E. M. (2011). Quantitative ultrasound of the heel and fracture risk assessment: an updated meta-analysis. In *OSTEOPOROSIS INTERNATIONAL* (Vol. 22, pp. 98-99)
20. Mueller, D., & Gandjour, A. (2009). Cost-Effectiveness of Using Clinical Risk Factors with and without DXA for Osteoporosis Screening in Postmenopausal Women. *Value in Health*, 12(8), 1106-1117
21. Nayak, S., Edwards, D. L., Saleh, A. A., & Greenspan, S. L. (2014). Performance of risk assessment instruments for predicting osteoporotic fracture risk: a systematic review. *Osteoporosis International*, 25(1), 23-49
22. Nayak, S., Edwards, D. L., Saleh, A. A., & Greenspan, S. L. (2015). Systematic review and meta-analysis of the performance of clinical risk assessment instruments for

- screening for osteoporosis or low bone density. *Osteoporosis International*, 26(5), 1543-1554
23. Nayak, S., & Greenspan, S. L. (2018). How Can We Improve Osteoporosis Care? A Systematic Review and Meta-Analysis of the Efficacy of Quality Improvement Strategies for Osteoporosis. *Journal of Bone and Mineral Research*
 24. Orchard, T. S., Pan, X., Cheek, F., Ing, S. W., & Jackson, R. D. (2012). A systematic review of omega-3 fatty acids and osteoporosis. *British Journal of Nutrition*, 107(S2), S253-S260
 25. Posadzki, P., Mastellos, N., Ryan, R., Gunn, L. H., Felix, L. M., Pappas, Y., ... & Car, J. (2016). Automated telephone communication systems for preventive healthcare and management of long-term conditions. *The Cochrane Library*
 26. Reid, I. R., Bolland, M. J., & Grey, A. (2013). Effects of vitamin D supplements on bone mineral density: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 383(9912), 146-155
 27. Rubin, K. H., Friis-Holmberg, T., Hermann, A. P., Abrahamsen, B., & Brixen, K. (2013). Risk assessment tools to identify women with increased risk of osteoporotic fracture: complexity or simplicity? A systematic review. *Journal of Bone and Mineral Research*, 28(8), 1701-1717
 28. Ryan, P., Schlidt, A., & Ryan, C. (2013). The impact of osteoporosis prevention programs on calcium intake: a systematic review. *Osteoporosis International*, 24(6), 1791-1801
 29. Smith, C. A. (2010). A Systematic Review of Healthcare Professional–Led Education for Patients With Osteoporosis or Those at High Risk for the Disease. *Orthopaedic Nursing*, 29(2), 119-132
 30. Viswanathan, M., Reddy, S., Berkman, N., Cullen, K., Middleton, J. C., Nicholson, W. K., & Kahwati, L. C. (2018). Screening to prevent osteoporotic fractures: updated evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*, 319(24), 2532-2551.
 31. Walter, E., Dellago, H., Grillari, J., Dimai, H. P., & Hackl, M. (2018). Cost-utility analysis of fracture risk assessment using microRNAs compared with standard tools and no monitoring in the Austrian female population. *Bone*, 108, 44-54
 32. Weaver, C. M., Alexander, D. D., Boushey, C. J., Dawson-Hughes, B., Lappe, J. M., LeBoff, M. S., ... & Wang, D. D. (2016). Calcium plus vitamin D supplementation and risk of fractures: an updated meta-analysis from the National Osteoporosis Foundation. *Osteoporosis International*, 27(1), 367-376
 33. Wu, C. H., Kao, I. J., Hung, W. C., Lin, S. C., Liu, H. C., Hsieh, M. H., ... & Yang, R. S. (2018). Economic impact and cost-effectiveness of fracture liaison services: a systematic review of the literature. *Osteoporosis International*, 1-16
 34. Xu, J., Lombardi, G., Jiao, W., & Banfi, G. (2016). Effects of exercise on bone status in female subjects, from young girls to postmenopausal women: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Sports Medicine*, 46(8), 1165-1182
 35. Camacho, P. M., Petak, S. M., Binkley, N., Clarke, B. L., Harris, S. T., Hurley, D. L., ... & Pessah-Pollack, R. (2016). American association of clinical endocrinologists and American College of endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis—2016. *Endocrine Practice*, 22(s4), 1-42.
 36. ACOG (2012). Osteoporosis. ACOG practice bulletin 129.

37. Qaseem, A., Forciea, M. A., McLean, R. M., & Denberg, T. D. (2017). Treatment of Low Bone Density or Osteoporosis to Prevent Fractures in Men and Women: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians. *Treatment of Low Bone Density or Osteoporosis to Prevent Fractures in Men and Women. Annals of Internal Medicine.*
38. Ward, R. J., Roberts, C. C., Bencardino, J. T., Arnold, E., Baccei, S. J., Cassidy, R. C., ... & Hochman, M. G. (2017). ACR Appropriateness Criteria® osteoporosis and bone mineral density. *Journal of the American College of Radiology*, 14(5), S189-S202.
39. CTFPHC (2010/2013). Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Osteoporosis in Canada. Pozyskano z: <https://canadiantaskforce.ca/guidelines/appraised-guidelines/osteoporosis/>, dostęp z 20.09.2018.
40. Watts, N. B., Adler, R. A., Bilezikian, J. P., Drake, M. T., Eastell, R., Orwoll, E. S., & Finkelstein, J. S. (2012). Osteoporosis in men: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97(6), 1802-1822.
41. Harvey, N. C., Glüer, C. C., Binkley, N., McCloskey, E. V., Brandi, M. L., Cooper, C., ... & Reginster, J. Y. (2015). Trabecular bone score (TBS) as a new complementary approach for osteoporosis evaluation in clinical practice. *Bone*, 78, 216-224.
42. Kanis, J. A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Cooper, C., Rizzoli, R., & Reginster, J. Y. (2013). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis international*, 24(1), 23-57.
43. Lems, W. F., Dreinhöfer, K. E., Bischoff-Ferrari, H., Blauth, M., Czerwinski, E., da Silva, J. A. P., ... & Marsh, D. (2016). EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures. *Annals of the rheumatic diseases*, annrheumdis-2016.
44. Allen S., Forney-Gorman A., Homan M., Kearns A., Kramlinger A., Sauer M. (2017). Institute for Clinical Systems Improvement. *Diagnosis and Treatment of Osteoporosis. Updated July 2017.*
45. Engelke, K., Lang, T., Khosla, S., Qin, L., Zysset, P., Leslie, W. D., ... Schousboe, J. T. (2015). Clinical Use of Quantitative Computed Tomography (QCT) of the Hip in the Management of Osteoporosis in Adults: the 2015 ISCD Official Positions—Part I. *Journal of Clinical Densitometry*, 18(3), 338–358; Zysset, P., Qin, L., Lang, T., Khosla, S., Leslie, W. D., Shepherd, J. A., ... Engelke, K. (2015). Clinical Use of Quantitative Computed Tomography—Based Finite Element Analysis of the Hip and Spine in the Management of Osteoporosis in Adults: the 2015 ISCD Official Positions—Part II. *Journal of Clinical Densitometry*, 18(3), 359–392.
46. Blank, R. D. (2011). Official Positions for FRAX® Clinical Regarding Prior Fractures. *Journal of Clinical Densitometry*, 14(3), 205–211; Cauley, J. A., El-Hajj Fuleihan, G., Arabi, A., Fujiwara, S., Ragi-Eis, S., Calderon, A., ... Luckey, M. (2011). Official Positions for FRAX® Clinical Regarding International Differences. *Journal of Clinical Densitometry*, 14(3), 240–262; Lewiecki, E. M., Compston, J. E., Miller, P. D., Adachi, J. D., Adams, J. E., Leslie, W. D., ... Khan, A. A. (2011). Official Positions for FRAX® Bone Mineral Density and FRAX® Simplification. *Journal of Clinical Densitometry*, 14(3), 226–236; Hans, D. B., Kanis, J. A.,

- Baim, S., Bilezikian, J. P., Binkley, N., Cauley, J. A., ... Rizzoli, R. (2011). Joint Official Positions of the International Society for Clinical Densitometry and International Osteoporosis Foundation on FRAX®. *Journal of Clinical Densitometry*, 14(3), 171–180.
47. Yeap, S. S., Hew, F. L., Damodaran, P., Chee, W., Lee, J. K., Goh, E. M. L., ... & Chan, S. P. (2016). A summary of the Malaysian Clinical Guidance on the management of postmenopausal and male osteoporosis, 2015. *Osteoporosis and Sarcopenia*, 2(1), 1-12.
48. NICE (2017). Assessing the risk of fragility fractures. NICE 146.
49. Compston, J., Cooper, A., Cooper, C., Gittoes, N., Gregson, C., Harvey, N., ... & Reid, D. M. (2017). UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Archives of osteoporosis*, 12(1), 43; Compston, J., Bowring, C., Cooper, A., Cooper, C., Davies, C., Francis, R., ... & Selby, P. (2013). Diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women and older men in the UK: National Osteoporosis Guideline Group (NOGG) update 2013. *Maturitas*, 75(4), 392-396.
50. Aspray, T. J., Bowring, C., Fraser, W., Gittoes, N., Javaid, M. K., Macdonald, H., ... & Francis, R. M. (2014). National osteoporosis society vitamin D guideline summary. *Age and ageing*, 43(5), 592-595.
51. Papaioannou, A., Santesso, N., Morin, S. N., Feldman, S., Adachi, J. D., Crilly, R., ... & Katz, P. (2015). Recommendations for preventing fracture in long-term care. *Canadian Medical Association Journal*, 187(15), 1135-1144; Papaioannou, A., Morin, S., Cheung, A. M., Atkinson, S., Brown, J. P., Feldman, S., ... & Kvern, B. (2010). 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *Canadian Medical Association Journal*, 182(17), 1864-1873; Lentle, B., Cheung, A. M., Hanley, D. A., Leslie, W.D., Lyons, D., Papaioannou, A., ... Siminoski, K. (2011). *Osteoporosis Canada 2010 Guidelines for the Assessment of Fracture Risk*. *Canadian Association of Radiologists Journal*, 62(4), 243–250.
52. The Royal Australian College of General Practitioners and Osteoporosis Australia (2017). *Osteoporosis prevention, diagnosis and management in postmenopausal women and men over 50 years of age*. 2nd edn. East Melbourne, Vic: RACGP.
53. SIGN (2015). *Management of osteoporosis and the prevention of fragility fractures*. SIGN 142.
54. Rossini, M., Adami, S., Bertoldo, F., Diacinti, D., Gatti, D., Giannini, S., ... & Pedrazzoni, M. (2016). Guidelines for the diagnosis, prevention and management of osteoporosis. *Reumatismo*, 68(1), 1-39.
55. Mendoza, N., Sánchez-Borrego, R., Villero, J., Baró, F., Calaf, J., Cancelo, M. J., ... & Llana, P. (2013). 2013 Up-date of the consensus statement of the Spanish Menopause Society on postmenopausal osteoporosis. *Maturitas*, 76(1), 99-107.
56. Khan A., Foriter M. Osteoporosis in menopause. SOGC Clinical Practice Guideline. (2014). *J Obstet Gynaecol Can*, 36(9):839–840
57. UK NSC (2013). The UK NSC recommendation on Osteoporosis screening in women after the menopause. Pozyskano z: <https://legacyscreening.phe.org.uk/osteoporosis>, dostęp z 12.09.2018.
58. USPSTF (2018). Final Recommendation Statement. Osteoporosis to Prevent Fractures: Screening. Pozyskano z:

- <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/osteoporosis-screening1>, dostęp z 29.08.2018.
59. USPSTF (2018). Final Recommendation Statement. Falls Prevention in Community-Dwelling Older Adults: Interventions. Pozyskano z: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/falls-prevention-in-older-adults-interventions1>, dostęp z 30.08.2018.
60. Grossman D.C. i wsp. (2018). Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2018 Apr 17;319(15):1592-1599. doi:10.1001/jama.2018.3185.
61. Lorenc, R., Głuszko, P., Franek, E., Jabłoński, M., Jaworski, M., Kalinka-Warzocho, E., ... & Misiorowski, W. (2017). Zalecenia postępowania diagnostycznego i leczniczego w osteoporozie w Polsce. Aktualizacja 2017. *Endokrynologia Polska*, 68(A), 1-18.
62. World Health Organization. (2004, May). WHO scientific group on the assessment of osteoporosis at primary health care level. In Summary meeting report (pp. 5-7).
63. Ford, N., Norris, S. L., & Hill, S. R. (2016). Clarifying WHO's position on the FRAX® tool for fracture prediction.
64. Akesson K, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group (2013) Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporos Int* 24:2135-2152. Pozyskano z: <https://www.capturethefracture.org/best-practice-framework>, dostęp z 21.09.2018.
65. EFOiChMS (2015). Raport: Osteoporoza – Cicha epidemia. Pozyskano z: http://www.osteoporoza.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=1907&Itemid=149, dostęp z 06.08.2018.
66. Głuszko, P., Tłustochowicz, W., & Korkosz, M. (2017). Choroby metaboliczne kości. W: Gajewski P (red.) *Interna Szczeklika*, 2070-2076.
67. Hernlund, E., Svedbom, A., Ivergård, M., Compston, J., Cooper, C., Stenmark, J., ... & Kanis, J. A. (2013). Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Archives of osteoporosis*, 8(1-2), 136.
68. IOF (2018). Map of best practice. Pozyskano z: <https://www.capturethefracture.org/map-of-best-practice>, dostęp z 21.09.2018.
69. Misiorowski W., Głuszko P. (2013). Rozpoznawanie, prewencja i leczenie osteoporozy u mężczyzn. Podsumowanie wytycznych The Endocrine Society 2012. Pozyskano z: <https://www.mp.pl/reumatologia/wytyczne/78861,roznawanie-prewencja-i-leczenie-osteoporozy-u-mezczyzn-podsumowanie-wytycznych-the-endocrine-society-2012,1>; dostęp z 23.08.2018.
70. MZ (2017). Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno-mięśniowego. Pozyskano z: <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob/>, dostęp z 06.08.2018
71. Walters, S., Khan, T., Ong, T., & Sahota, O. (2017). Fracture liaison services: improving outcomes for patients with osteoporosis. *Clinical interventions in aging*, 12, 117
72. World Health Organization (2009). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10, Volume I*.

Program profilaktyki zdrowotnej
Edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy
w latach 2023-2025

Ankieta dla pacjenta dotycząca wiedzy na temat osteoporozy

Ankieta jest anonimowa. Proszę otoczyć kółkiem jedną wybraną odpowiedź.

	Kobieta	Mężczyzna			
Wiek (ukończone lata):	poniżej 50 lat	50-59	60-69	70-79	80+
Wykształcenie:	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe	
1. Czy osteoporoza to:					
	Choroba Układu krążenia	Choroba kości	Choroba zakaźna		
2. Czy Pani/Pan uważa, że osteoporoza zwiększa ryzyko złamania kości?					
	Tak	Nie			
3. Czy uważa Pani/Pan, że dieta może mieć wpływ na osteoporozę?					
	Tak	Nie			
4. Proszę wybrać pierwiastek który ma podstawowe znaczenie w walce z osteoporozą:					
	Sód	Wapń	Potas		
5. Czy Pani/Pan uważa, że na osteoporozę narażone są w większym stopniu osoby mające:					
	nadwagę		niedowagę		
6. Która witamina odgrywa podstawową rolę w walce z osteoporozą					
	witamina B	witamina C	witamina D		
7. Czy według Pani/Pana na osteoporozę ma wpływ wiek człowieka?					
	Tak	Nie			

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

*Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
 Departament Zdrowia i Spraw Społecznych, Urząd Miasta Łodzi*

Program polityki zdrowotnej
Edukacja w zakresie osteoporozy i wczesne wykrywanie osteoporozy

Ankieta ewaluacyjna dla uczestnika

Ankieta jest anonimowa. Proszę otoczyć kółkiem jedną wybraną odpowiedź.

Wiek (ukończone lata): 50-59 60-69 70-79 80+

Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe

1. **Jak ocenia Pani wiedzę i kompetencje osób realizujących program?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
2. **Jak ocenia Pani dostęp do informacji o przeprowadzanym programie?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
3. **Jak ocenia Pani poziom obsługi w Przychodni wykonującej badanie densytometryczne?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
4. **Jak ocenia Pani jakość lekarskiej wizyty podsumowującej program?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
5. **Jak ocenia Pani organizację i realizację programu?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
6. **Jak ocenia Pani stan swojej wiedzy na temat osteoporozy i możliwości jej zapobiegania po zakończeniu udziału w programie?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
7. **Jak oceniłaby Pani możliwość przeprowadzenia w przyszłości kolejnych programów zdrowotnych z zakresu osteoporozy?**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle
8. **Ogólna ocena programu.**
bardzo dobrze dobrze zadawalająco źle

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Departament Zdrowia i Spraw Społecznych, Urząd Miasta Łodzi

UZASADNIENIE

Decyzją Ministra Zdrowia Miasto Łódź zostało wybrane w ramach konkursu nr FM-SRP.01.2022 do dofinansowania programu polityki zdrowotnej w obszarze edukacji w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy. Program polityki zdrowotnej „Edukacja w zakresie osteoporozy i wczesnego wykrywania osteoporozy w latach 2023-2025” realizowany będzie na rzecz mieszkańców Łodzi. W ramach programu działaniami informacyjno-edukacyjnymi objętych zostanie 90 000 mieszkańców Łodzi, jak również 11 500 kobiet zostanie przebadanych narzędziem FRAX służącym do oceny ryzyka złamania osteoporotycznego oraz 3 450 kobiet poddanych zostanie densytometrii.

Wartość Programu realizowanego w latach 2023-2025 wynosi 701 700,00 zł, w tym dofinansowanie Ministerstwa Zdrowia w kwocie 561 360,00 zł (stanowiące 80% kosztów) oraz wkład Miasta w kwocie 140 340,00 zł. (20% kosztów).