ZP.272.5.2016

**Załącznik nr 2**

**Ocena potrzeb zdrowotnych**

Spis treści

[ETAP I 2](#_Toc389078563)

[Analiza istotnych potrzeb zdrowotnych ludności Powiatu Świdwińskiego 2](#_Toc389078564)

[1. Zakres priorytetowych potrzeb zdrowotnych 2](#_Toc389078565)

[2. Analiza społeczno-ekonomiczna 7](#_Toc389078566)

[1.2.1. Demografia i rozwój społeczny 7](#_Toc389078567)

[1.2.2. Warunki bytowe 10](#_Toc389078568)

[1.2.3. Uwarunkowania ekonomiczne 11](#_Toc389078569)

[1.2.4. Podsumowanie 12](#_Toc389078570)

[ETAP II 13](#_Toc389078571)

[Szczegółowa analiza zidentyfikowanego obszaru priorytetowego w Etapie I 13](#_Toc389078572)

[2.1. Zachorowalność w obrębie wybranego obszaru 1](#_Toc389078577)3

[2.2. Styl życia 1](#_Toc389078578)5

[ETAP III](#_Toc389078579) 17

[Szczegółowa analiza grup ryzyka i wybór grupy docelowej](#_Toc389078580) 17

[ETAP IV Podsumowanie](#_Toc389078581) 19

# ETAP I

# Analiza istotnych potrzeb zdrowotnych ludności Powiatu Świdwińskiego

## 1. Zakres priorytetowych potrzeb zdrowotnych

Zakres priorytetowych potrzeb zdrowotnych określono na podstawie analizy dostępnych danych zdrowotnych, w tym danych dotyczącychstandaryzowanego współczynnika umieralności(dalej: SMR) udostępnionego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (dalej: NIZP-PZH). Przy selekcji istotnych zmiennych skorzystano z rekomendacji wskazanych w podręczniku pod tytułem *Narzędzie oceny i analizy priorytetów zdrowotnych w sektorze ochrony zdrowia*[[1]](#footnote-1).

Analizę potrzeb zdrowotnych rozpoczęto od przeprowadzenia analizy PYLL[[2]](#footnote-2) dla powiatu świdwińskiego i zestawienia wyników z rezultatami na poziomie wojewódzkim. W tym celu wykorzystano statystyki Głównego Urzędu Statystycznego. Analizę PYLL przeprowadzono przy założeniu, że średnia oczekiwana długość życia dla populacji powiatu świdwińskiego wynosi 76 lat (średnie dla mężczyzn: 72,2 i kobiet: 80,5). Łączna liczba potencjalnie utraconych lat życia w powiecie świdwińskim wyniosła w 2012 r. 5 029 lat i stanowiła 3,6% wszystkich potencjalni utraconych lat życia w województwie zachodniopomorskim (141 255) – por. Tabela 1. Biorąc pod uwagę, iż populacja powiatu świdwińskiego stanowi 2,8% populacji województwa, ocenia się, że wskaźnik PYLL jest wyższy niż wynikałoby to z wnioskowania statystycznego.

Tabela 1 Analiza PYLL dla powiatu świdwińskiego

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Przedział** | **Dolna granica** | **Górna granica** | **Średni wiek** | **LL** | **Liczba zgonów** | **PYLL** |
| 0-4 | 0 | 4 | 2 | 74 | 4 | 296 |
| 5-9 | 5 | 9 | 7 | 69 | 0 | 0 |
| 10-14 | 10 | 14 | 12 | 64 | 0 | 0 |
| 15-19 | 15 | 19 | 17 | 59 | 2 | 118 |
| 20-24 | 20 | 24 | 22 | 54 | 6 | 324 |
| 25-29 | 25 | 29 | 27 | 49 | 2 | 98 |
| 30-34 | 30 | 34 | 32 | 44 | 6 | 264 |
| 35-39 | 35 | 39 | 37 | 39 | 6 | 234 |
| 40-44 | 40 | 44 | 42 | 34 | 5 | 170 |
| 45-49 | 45 | 49 | 47 | 29 | 10 | 290 |
| 50-54 | 50 | 54 | 52 | 24 | 30 | 720 |
| 55-59 | 55 | 59 | 57 | 19 | 60 | 1 140 |
| 60-64 | 60 | 64 | 62 | 14 | 68 | 952 |
| 65-69 | 65 | 69 | 67 | 9 | 47 | 423 |
| **Suma** | **5 029** |

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: *Zgony wg grup wieku*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Zgodnie z opublikowanymi danymi dotyczącymi standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR) w latach 2009-2011, opracowanymi przez NIZP-PZH, główną przyczyną zgonów są przyczyny zewnętrzne. Mimo, iż w wartościach bezwzględnych dominują choroby układu krążenia (685 zgonów w latach 2009-2011) a na drugim miejscu plasują się nowotwory złośliwe (365 zgonów w analizowanym okresie), to wartość standaryzowanego współczynnika umieralności, jest wyższa w odniesieniu do przyczyn zewnętrznych a w drugiej kolejności dla chorób układu trawiennego.

Tabela 2 Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR) w latach 2009-2011 dla powiatu świdwińskiego

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **ogółem** | **nowotwory złośliwe** | **ChUK** | **ChUO** | **ChUT** | **PZ** |
| **Zgony** | 1496 | 365 | 685 | 60 | 75 | 136 |
| **SMR** | 1,087 | 1,084 | 1,099 | 0,838 | 1,226 | 1,494 |

Źródło: *Dane dotyczące standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR)*, Ministerstwo Zdrowia za: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-35-2143-Dane_dotyczace_standaryzowanych_wskaznikow_umieralnosci_%28SMR%29.html>

Wskaźnik SMR za lata 2009-2011 dla przyczyn zewnętrznych wyniósł 1,494, dla chorób układu trawiennego: 1,226. Standaryzowany wskaźnik umieralności dla pozostałych przyczyn wynosi odpowiednio: choroby układu krążenia–1,099, nowotwory złośliwe–1,084, choroby układu oddechowego – 0,838 (por. Tabela 2).

Wykres 1 Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR) w latach 2009-2011 dla powiatu świdwińskiego – ujęcie graficzne

Źródło: *Dane dotyczące standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR)*, Ministerstwo Zdrowia za: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-35-2143-Dane_dotyczace_standaryzowanych_wskaznikow_umieralnosci_%28SMR%29.html>

Średnia liczba zgonów w latach 2009-2012 w powiecie świdwińskim wynosiła 509. Według danych GUS w wartościach bezwzględnych najczęstszą przyczyną śmierci były choroby układu krążenia, stanowiące 43,3% wszystkich przyczyn. Trend w tym zakresie zmienia się skokowo, przyjmując co roku rozbieżne wartości. Drugą kategorią istotnie wypływającą na śmiertelność w powiecie są choroby nowotworowe, a w dziesięcioletniej perspektywie czasowej trend ma charakter wzrostowy. Obie grupy schorzeń odpowiadają za 73,1% wszystkich zgonów w powiecie. Pozostałe kategorie wyodrębnione w statystykach, ujmowane w wartościach bezwzględnych, w niewielkim stopniu wpływają na umieralność ludności powiatu (por. Tabela 3, Wykres 2).Jednakże niepokojący jest, bardzo dynamiczny, wzrost zachorowalności na choroby układu trawienia.

Tabela 3Zgony wg przyczyn w powiecie świdwińskim dla lat 2009 i 2012

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **2009** | **2013** | **Przyrost** |
| choroby układu kostnostawowego, mięśniowego i tkanki łącznej | 1 | 2 | 100,0% |
| choroby układu krążenia ogółem | 210 | 234 | 11,4% |
| choroby układu moczowo-płciowego | 2 | 9 | 350,0% |
| choroby układu nerwowego ogółem | 3 | 5 | 66,7% |
| choroby układu oddechowego ogółem | 24 | 20 | -16,7% |
| choroby układu trawiennego ogółem | 18 | 27 | 50,0% |
| niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze ogółem | 4 | 5 | 25,0% |
| niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym | 3 | 3 | 0,0% |
| nowotwory ogółem | 107 | 161 | 50,5% |
| objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane | 29 | 32 | 10,3% |
| pozostałe przyczyny | 0 | 2 | - |
| wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe | 1 | 0 | -100,0% |
| zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej ogółem | 10 | 7 | -30,0% |
| zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu - ogółem | 47 | 33 | -29,8% |
| **Suma końcowa** | **459** | **540** | **17,7%** |

Źródło: *Zgony wg przyczyn*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Wykres 2Zgony wg przyczyn w powiecie świdwińskim dla lat 2009 i 2012 – ujęcie graficzne

Źródło: *Zgony wg przyczyn*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Legenda:

1 - niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze ogółem; 2 - nowotwory ogółem; 3 - choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych; 4 - zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej ogółem; 5 - choroby układu nerwowego ogółem; 6 - choroby układu krążenia ogółem; 7 - choroby układu oddechowego ogółem; 8 - choroby układu trawiennego ogółem; 9 - choroby układu kostnostawowego, mięśniowego i tkanki łącznej; 10 - choroby układu moczowo-płciowego; 11 - niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym; 12 - wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe; 13 - objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych gdzie indziej niesklasyfikowane; 14 - zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu – ogółem; 15 - pozostałe przyczyny.

W bezwzględnej liczbie zgonów w powiecie świdwińskim w latach 2009-2012 dominują zgony mężczyzn. Liczebność tej grupy wahała się z roku na rok, przyjmując wartości skokowe, jednak mimo tego liczba zgonów mężczyzn znacznie przewyższała zgony kobiet.

Ocenę potrzeb zdrowotnych, bazującą na danych dotyczących śmiertelności, uzupełniono o dane statystyczne odnoszące się do popytu na porady medyczne ogółem. Informacje zgromadzono przeprowadzając badanie kwestionariuszowe w największej placówce medycznej powiatu, tj. Szpitalu Polskim w Połczynie Zdrój. Z usług poradni specjalistycznych placówki korzysta rokrocznie znacznie ponad 18 000 osób. Ponadto inne placówki medyczne, które wzięły udział w badaniu kwestionariuszowym udzieliły w 2013 roku odpowiednio: NZOZ Medyk S.C ponad 55 000 porad, Przychodnia Medycyny Rodzinnej „Promyk” ponad 16 700 porad. NZOZ Brzeźno prawie 2 000 porad. Biorąc pod uwagę liczbę mieszkańców powiatu, ocenia się, że popyt na usługi medyczne jest wysoki.

Wyboru obszaru problemowego dokonano na podstawie danych NIZP-PZH, danych GUS oraz dotychczas prowadzonych kampanii promujących zdrowie. Według danych NIZP-PZH, najwyższy wskaźnik SMR występuje w przypadku tzw. przyczyn zewnętrznych, głównie samobójstw, oraz chorób układu trawiennego (ChUT), co stanowiło punkt wyjścia do dalszych analiz. Wprawdzie bezwzględna liczba zgonów jest wyższa w przypadku przyczyn zewnętrznych, jednakże porównując dynamikę śmiertelności, notuje się wzrost śmiertelności w związku ChUT.

Spadek dynamiki liczby zgonów następujących z przyczyn zewnętrznych jest wynikiem prowadzonych na terenie powiatu programów i kampanii promocyjnych ukierunkowanych głównie na przeciwdziałanie występowaniu czynników ryzyka suicydalnego. Główne czynniki ryzyka to depresja, alkohol, używki, przemoc w rodzinie, nagłe pogorszenie statusu materialnego.Samorząd Powiatu Świdwińskiego prowadzi w/w działania przy pomocy swoich jednostek organizacyjnych, w tym Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdwinie, Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Świdwinie, placówek edukacyjnych oraz Powiatowego Urzędu Pracy w Świdwinie.

 Jednym z najważniejszych działań, jakie samorząd Powiatu Świdwińskiego podjął dla poprawy sytuacji społecznej na obszarze właściwości terytorialnej jest projekt pod nazwą *Razem przeciwko razom*. Projekt jest ukierunkowany na przeciwdziałanie przemocy w rodzinie i wsparcie tych rodzin, które są zagrożone ryzykiem przemocy.

W szkołach i placówkach edukacyjnych realizowane są programy ukierunkowane na ochronę dzieci i młodzieży przed zagrożeniami, w tym także czynnikami generującymi ryzyko suicydalne. Między innymi:

* wdrożono programy mające na celu uświadomienie problematyki uzależnień oraz wprowadzono profilaktykę uzależnień, polegającą na realizowaniu w programie zajęć tematów o szkodliwości napojów alkoholowych, papierosów i środków odurzających;
* udzielano porad i wsparcia dla osób z problemami życiowymi w ramach cotygodniowych dyżurów.

Mając na względzie wartość wskaźników SMR, dynamikę zmian śmiertelności oraz dotychczasowe działania Powiatu Świdwińskiego w obszarze przeciwdziałania zewnętrznym przyczynom zgonów, obszar interwencji będzie dotyczył chorób układu trawiennego.

## 2. Analiza społeczno-ekonomiczna

Analizę społeczno-ekonomiczną populacjipowiatu świdwińskiego, przeanalizowano biorąc pod uwagę czynniki, które mają lub mogą mieć potencjalnie wpływ na stan zdrowia mieszkańców powiatu.

### 1.2.1. Demografiai rozwój społeczny

Liczba ludności powiatu świdwińskiego między 2009 a 2012 r. nieznacznie wzrosła i wynosiła na koniec 2012 r. 48 900 osób (por. Tabela 4). Większość ludności powiatu stanowią kobiety (por. Wykres 3).

Tabela 4Ludność według płci w powiecie świdwińskim w latach 2009-2012

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **2009** | **2010** | **2011** | **2012** |
| kobiety | 24 699 | 24 991 | 24 827 | 24 751 |
| mężczyźni | 23 771 | 24 455 | 24 354 | 24 149 |
| **Populacja ogółem** | **48 470** | **49 446** | **49 181** | **48 900** |

Źródło: *Ludność według płci*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Średni ważony wiek populacji powiatu świdwińskiego wynosi 39,0 lat. W strukturze ludności powiatu przeważają osoby w wieku produkcyjnym, stanowiące 65,4% w 2012 r[[3]](#footnote-3). Między 2009 a 2012 r. grupa ta wraz z grupą osób w wieku przedprodukcyjnym zmniejszała się, przy jednoczesnym powiększaniu się grupy osób w wieku poprodukcyjnym[[4]](#footnote-4). Taka tendencja w strukturze wiekowej powiatu świadczy o starzeniu się społeczeństwa.

Wykres 3Ludność według płci w powiecie świdwińskim w latach 2009-2012 ujęcie graficzne

Źródło: *Ludność według płci*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Wykres 4Struktura ludności wg ekonomicznych grup wieku w latach 2009-2012

Źródło: *Ludność według ekonomicznych grup wieku*Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

W 2012 r. w powiecie urodziło się 440 osób, wartość tak jest niższa niż dla 2009 r. o 119 osób. Wskaźnik urodzeń żywych na 1000 osób w 2012 r. wyniósł 9,0 i był znacznie niższy niż w roku 2009 (11,4). W analizowanym okresie notuje się ujemny przyrost naturalny. Współczynniki zastępowalności pokoleń, tj. współczynnik reprodukcji brutto oraz współczynnik dzietności kształtowały się odpowiednio na poziomie 0,61 i 1,26 i były niższe od wartości gwarantujących pełną zastępowalność pokoleń (odpowiednio 1,00 i 2,10). Dodatkowo wielkość w/w współczynników była niższa niż w roku 2009 (odpowiednio 0,66 i 1,38).

Celem dokonania analizy struktury wieku oraz zmian jakie zaszyły w ostatnich latach, przy użyciu metody różnicowej, zobrazowano zmianę wielkości populacji w poszczególnych grupach wiekowych. Silny przyrostowy trend zaobserwowano w grupach wieku 30-44 lat oraz 55 lat i więcej, natomiast niewielki wzrost populacji odnotowano w grupie 5-9 lat. Silny spadkowy trend nastąpił w grupie 14-29 lat oraz 45-54 lat (por. Wykres 5).

Wykres 5 Zmiana liczebność populacji według grup wieku

Źródło: *Ludność wg grup wieku i płci*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Zaobserwowane zmiany, oprócz konsekwencji ekonomicznych i demograficznych, generują także poważne ryzyko epidemiologiczne. Biorąc pod uwagę silną dodatnią korelację, jaka zachodzi pomiędzy wiekiem a zachorowalnością, w tym z uwagi na proces starzenia się układu trawiennego, istnieje silna obawa, że wzrost przypadków chorobowych, będzie postępował.

Wskaźnik urbanizacji powiatu świdwińskiego w latach 2009-2012 wykazywał minimalną tendencję spadkową i na koniec roku 2012 wynosił 49,8%. Oznacza to, że ponad połowa mieszkańców powiatu zamieszkuje na obszarach wiejskich.

 Analiza ogólnego poziomu rozwoju społecznego powiatu świdwińskiego została oparta o dane *Krajowego Raportu o Rozwoju Społecznym Polska 2012 Rozwój regionalny i lokalny[[5]](#footnote-5)*. W rankingu LHDI powiat świdwiński zajmuje 260 miejsce na 314 powiatów (spadek ze 160 miejsca w 2009), a wartość wskaźnika przyjęła w 2010 r. poziom 34,39. Średnia dla województwa 2010 r. wyniosła 42,89 (11. miejsce w Polsce). Wskaźnik zdrowia dla powiatu wyniósł 45,55, podczas gdydla województwa jest to 52,31. Równie niekorzystnie kształtuje się wskaźnik nakładów zdrowotnych (HIPI), który dla powiatu osiąga wartość 19,32, podczas gdy dla województw jest to 32,02. Poziom wskaźników zdrowotnych wskazuje na niedostatki w ochronie zdrowia, w tym na problemy systemowe. Raport wskazuje także, że powiat świdwiński cechują szczególnie wysokie wydatki na pomoc społeczną oraz wzrastający poziom ubóstwa. Krytyczna analiza zawartych w Raporcie informacji, wskazuje na istotne dysproporcje pomiędzy potrzebami zdrowotnymi mieszkańców, a dostępnymi zasobami.

### 1.2.2. Warunki bytowe

Zasoby mieszkaniowe powiatu w 2011 r. wynosiły 15 699 mieszkań[[6]](#footnote-6). Przeciętna powierzchnia mieszkania w powiecie świdwińskim w 2011 r. wynosiła 68,1 m2, a powierzchnia użytkowa mieszkania na 1 osobę wynosiła średnio 21,9 m2. Liczba mieszkań w powiecie na 1000 osób to 321,0.

Analizując warunki bytowe w powiecie świdwińskim należy zaznaczyć, że od 2009 r. wzrosła liczba mieszkań powiecie oraz ich dostęp do instalacji techniczno-sanitarnych. Powiat świdwiński odznacza się praktycznie całkowitym zwodociągowaniem. W 2012 r. 97,9% mieszkań w powiecie było wyposażonych w wodociąg. Nieznacznie mniej mieszkań, bo 91,4%, posiadało łazienkę. Dostęp do instalacji centralnego ogrzewania miało 76,0 % mieszkań. Dostęp do kanalizacji sanitarnej ma 75,1% mieszkańców powiatu, wodociągu 90,4%, a instalacji gazowej 34,3%. W ostatnich latach odnotowano poprawę w dostępie do instalacji kanalizacji sanitarnej, pozostałe wskaźniki wzrosły nieznacznie.

W powiecie funkcjonuje dobrze rozbudowana infrastruktura techniczna, tj. nowoczesne składowiska odpadów stałych oraz zakłady przetwórstwa tworzyw sztucznych, mechaniczno-biologiczne oczyszczalnie ścieków oraz relatywnie dobrze rozwinięta infrastruktura sieciowa.

### 1.2.3. Uwarunkowania ekonomiczne

W okresie przedtrasformacyjnym, na terenie powiatu świdwińskiego dominowało rolnictwo wielkoobszarowe, co przesądziło o organizacji sieci osiedleńczej, lokalizacji obiektów produkcyjnych i usługowych. Aktualnie w strukturze gospodarczej powiatu świdwińskiego dominuje pozostała działalność, w której skład wchodzi m.in. handel, transport, zakwaterowanie i gastronomia, informacja i komunikacja, działalność finansowa i ubezpieczeniowa, opieka zdrowotna, działalność związana z kulturą i rozrywką i rekreacją oraz usługi. W działalności przemysłowej natomiast przeważają małe zakłady przemysłu drzewnego, przemysłu metalowego, produkcji odzieży, przetwórstwa rolno – spożywczego oraz przemysłu chemicznego.Analiza podmiotowa najważniejszych przedsiębiorstw w poszczególnych gminach nie wykazała występowania zakładów produkcyjnych o szczególnej uciążliwości dla zdrowia. Stopa bezrobocia w powiecie świdwińskim w analizowanym okresie (2009-2012 r.) znacznie przewyższała stopę bezrobocia województwa. Od 2009 r. do 2011 r. wskaźnik ten znajdował się w trendzie zmiennym.

Wykres 6 Stopa bezrobocia w latach 2009-2012

Źródło: *Bezrobocie*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

Wskaźnik ubóstwa dla powiatu świdwińskiego, rozumiany jako udział osób w gospodarstwach domowych korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ludności ogółem, od roku 2009 do 2012 spadł o 3,4 punktu procentowego. Wskaźnik ten była znacznie wyższy od wskaźnika dla województwa zachodniopomorskiego (por. Wykres 7).

Wykres 7 Wskaźnik ubóstwa w latach 2009-2012 r.

Źródło: *Korzystający z usług opieki społecznej*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>.

### 1.2.4. Podsumowanie

Aktualna struktura demograficzna oraz zachodzące w ostatnich latach w tym obszarze zmiany na terenie powiatu świdwińskiego, odzwierciedlają trendy ogólnopolskie i wskazują potencjalne ryzyka w kontekście epidemiologicznym. Przede wszystkim zidentyfikowano postępujący proces starzenia się społeczeństwa i wzrost liczby ludności w grupach wiekowych narażonych na wyższe ryzyko wystąpienia chorób zagrażających życiu lub generujących wysokie koszty finansowe leczenia oraz koszty ekonomiczne niezdolności do pracy. Dodatkowo, bardzo niskie wskaźniki dzietności i reprodukcji brutto świadczą o iż zjawisko starzejącego się społeczeństwa, będzie się pogłębiać. Tym samym w zjawiskach demograficznych należy upatrywać głównych zagrożeń epidemiologicznych.

 Warunki sanitarne w powiecie świdwińskim ocenia się jako dobre. Niewątpliwie podnoszenie standardów infrastruktury technicznej (wodociągowej, kanalizacyjnej, gospodarki odpadami) przekłada się na wzrost poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców powiatu. Analiza struktury przemysłu nie wykazała szczególnego ryzyka epidemiologicznego.

 Sytuacja ekonomiczna społeczeństwa powiatu świdwińskiego, kształtuje się poniżej średniej dla województwa. Szczególnie niekorzystnie sytuacja dotyczy kwestii bezrobocia i pauperyzacji.

## 2.1. Zachorowalność w obrębie wybranego obszaru

Wybór jednostek chorobowych szczególnie istotnych z punktu widzenia populacji powiatu świdwińskiego przeprowadzono w oparciu o następujące zmienne:

* kryterium 1 – bezwzględna liczba zgonów w obrębie danej grupy chorób układu trawiennego w latach 2009-2011;
* kryterium 2 – SMR w obrębie danej grupy chorób układu trawiennego w latach 2009-2011;
* kryterium 3 – zmiana poziomu śmiertelności w długiej perspektywie czasowej, porównanie lat 1999-2001 i 2009-2011;
* kryterium 4 – wiedza naukowa, doświadczenie personelu medycznego.

Poziom zgonów mierzony standaryzowanym wskaźnikiem umieralności (SMR) w latach 2009-2011 dla powiatu świdwińskiego, w obszarze chorób układu trawiennego (ICD10: K00 - K93) wyniósł 1,226 a dla przewlekłych chorób wątroby (ICD10: K70, K73, K74) 1,425.

Tabela 10Standaryzowany wskaźnik umieralności (SMR) w latach 2009-2011 dla powiatu świdwińskiego – choroby układu trawiennego i wątroby

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kategoria** | **Choroby układu trawiennego** | **Przewlekłe choroby wątroby** |
| **Liczba zgonów** | 75 | 35 |
| **SMR** | 1,226 | 1,425 |

Źródło: *Dane dotyczące standaryzowanych wskaźników umieralności (SMR)*, Ministerstwo Zdrowia za: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, <http://www.zdrowie.gov.pl/aktualnosc-35-2143-Dane_dotyczace_standaryzowanych_wskaznikow_umieralnosci_%28SMR%29.html>.

Zmianę poziomu śmiertelności w długiej perspektywie czasowej ocenionona podstawie porównania liczby zgonów i SMR lat 1999-2001 i 2009-2011. W odniesieniu do chorób układu trawiennego zidentyfikowano znaczny wzrost liczby zgonów – dynamika wyniosła 97,4% (por. Tabela 11).

Tabela 11 Liczba zgonów i SMR dla chorób układu trawiennego ogółem – powiat świdwiński

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **K00 - K93** | **1999-2001** | **2009-2011** | **Dynamika zgonów** |
| Liczba zgonów | SMR | Liczba zgonów | SMR |
| Kobiety ogółem | 17 | 0,888 | 31 | 1,206 | 82,4% |
| Mężczyźni ogółem | 21 | 0,827 | 44 | 1,225 | 109,5% |
| **Suma** | **38** | **-** | **75** | **-** | **97,4%** |

Źródło: *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl/>.

 Blisko 50% wszystkich zgonów jest pochodną przewlekłych chorób wątroby. Dynamika zgonów w tej grupie schorzeń wyniosła 94,4% (por. Tabela 12).

Tabela 12 Liczba zgonów i SMR dla przewlekłych chorób wątroby – powiat świdwiński

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **K70, K73, K74** | **1999-2001** | **2009-2011** | **Dynamika zgonów** |
| Liczba zgonów | SMR | Liczba zgonów | SMR |
| Kobiety ogółem | 6 | 0,912 | 10 | 1,446 | 66,7% |
| Mężczyźni ogółem | 12 | 0,830 | 25 | 1,391 | 108,3% |
| **Suma** | **18** | **-** | **35** | **-** | **94,4%** |

Źródło: *Atlas umieralności ludności Polski w latach 1999-2001 i 2008-2010*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, Zakład - Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności, Warszawa 2012, <http://www.atlas.pzh.gov.pl/>.

W 2012 r. z powodu schorzeń współwystępujących np. cukrzycy leczyło się ponad 2 000 osób, a wskaźnik na 10. tys. mieszkańców wyniósł 45,4. Na oddziałach chorób wewnętrznych leczy się średnio 1 300 osób rocznie[[7]](#footnote-7). Wskaźnik liczba leczonych na 1 łóżkona oddziałach wewnętrznych był niższy niż średnia dla województwa, jednakże okres hospitalizacji był dłuższy[[8]](#footnote-8).

Choroby układu trawiennego często wynikają z problemów w procesie wchłaniania pojawiających się w okresie dziecięcym oraz młodzieńczym i są pochodną nieprawidłowości metabolicznych oraz alergii. W tym kontekście przeanalizowano stan opieki lekarskiej nad dziećmi i młodzieżą. Wskaźnik porad lekarskich udzielonym dzieciom zdrowym do 3. roku życia wyniósł 72, 4 i był niższy niż średnia wojewódzka 77,7)[[9]](#footnote-9). Analiza populacji dzieci i młodzieży szkolnej przeprowadzona badaniem kwestionariuszowym wskazała, że wzrasta zapadalność na choroby metaboliczne (cukrzyca), jak również zdiagnozowano nieprawidłowości w masie ciała. Przeważają problemy z nadwagą, jednakże w badaniu stwierdzono również jednostkowe przypadki niedowagi. W związku z powyższym, zdecydowano, że programem profilaktyki objęte zostaną także schorzenia czynnościowe, tj. zaburzenia wchłaniania i alergie oraz schorzenia jamy ustnej.

Na potrzeby analizy wykorzystano takżedane zgromadzone przez Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Świdwinie[[10]](#footnote-10). Z perspektywy obszaru interwencji, kluczowe wnioski dla powiatu przedstawiono poniżej:

* w latach 2012-2013 zidentyfikowano 12 ognisk zakażeń układu pokarmowego;
* w latach 2012-2013 zidentyfikowano 8 zachorowań na WZW typu C.

Na podstawie kryteriów wskazanych w niniejszym podrozdziale, stwierdzono, że programem profilaktycznym zostaną objęte:

* schorzenia narządów miękkich układu trawiennego (żołądek, trzustka i wątroba);
* schorzenia jelit, również w kierunku diagnostyki zmian, które są wymieniane w śród czynników etiopatogenezy CRC.

## 2.2. Styl życia

W celu zdiagnozowania stylu życia dzieci i młodzieży z terenu powiatu świdwińskiego przeprowadzono badanie kwestionariuszowe w szkołach podstawowych, gimnazjach i ponadgimnazjalnych placówkach edukacyjnych.

W badaniu udział wzięły trzy przedszkola, obsługujące łącznie ~ 220 dzieci (bieżący rok szkolny). Dane dostarczone przez w/w placówki wskazują na występujący już wśród najmłodszych mieszkańców powiatu problem w zakresie odżywiania (wskaźnik BMI). Typowy dla tego okresu edukacji jest bardzo wysoki wskaźnik absencji, w tym przede wszystkim chorobowej. W badanych placówkach nie zidentyfikowano dzieci chorych na cukrzycę (por. Tabela 13).

Tabela 13 Podstawowe dane dotyczące stylu życia w przedszkolach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźniki** | **2009/2010** | **2010/2011** | **2011/2012** | **2012/2013** |
| Liczba dzieci ogółem | 183 | 152 | 216 | 219 |
| Liczba dzieci z nadwagą | 1 | 1 | 6 | 6 |
| Wartość średniego BMI uczniów | b.d. | b.d. | 29,1 | 26,7 |
| Liczba dzieci z cukrzycą | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wskaźnik absencji chorobowej (liczba opuszczonych dni/liczba dni zajęć szkolnych) | 0,80 | 0,81 | 0,72 | 0,73 |

Źródło: *Badanie kwestionariuszowe w przedszkolach z terenu powiatu świdwińskiego*.

W badaniu udział wzięło 12 szkół podstawowych i gimnazjów, obsługujące łącznie ~ 2 920uczniów (bieżący rok szkolny). W placówkach, które dysponują statystykami wskaźnika BMI, jego wartość przyjmuje wartości prawidłowe, zwracaj się jednak uwagę, iż jest to górny przedział zakresu. Badanie wykazało, że ponad 10% uczniów w tej grupie wiekowej jest dotkniętych nadwagą. Współczynnik ten wynosił w roku szkolnym 2012/2013 14,8% i był wyższy dla 3,5 punktu procentowego w stosunku do roku 2009/2010. Około 1% uczniów przedstawia roczne zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego, a absencja chorobowa wynosi około 14%. Uwagę należy zwrócić także na rosnący wskaźnik korzystania z pomocowych zasiłków szkolnych.

Tabela 14Podstawowe dane dotyczące stylu życia w szkołach podstawowych i gimnazjach

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźniki** | **2009/2010** | **2010/2011** | **2011/2012** | **2012/2013** |
| Liczba dzieci ogółem | 3243 | 3003 | 3005 | 2916 |
| Liczba uczniów z nadwagą | 370 | 422 | 423 | 433 |
| Wartość średniego BMI uczniów | 23,62 | 23,19 | 22,95 | 23,22 |
| Liczba uczniów z cukrzycą | 7 | 7 | 6 | 5 |
| Wskaźnik absencji chorobowej (liczba opuszczonych dni/liczba dni zajęć szkolnych) | 0,13 | 0,15 | 0,15 | 0,14 |
| Liczba uczniów przebywających na rocznych zwolnieniach z zajęć WF | 39 | 45 | 48 | 29 |
| Liczba uczniów korzystających z pomocowych zasiłków szkolnych | 252 | 214 | 291 | 267 |

Źródło: *Badanie kwestionariuszowe w szkołach podstawowych i gimnazjach z terenu powiatu świdwińskiego*.

W badaniu udział wzięły dwa zespoły szkół ponadgimnazjalnych obsługujące łącznie ~ 818 dzieci (bieżący rok szkolny). Wartość wskaźnika BMI utrzymuje się na bardzo wysokim poziomie, a w roku szkolnym 2012/2013 przekroczyła granice prawidłowości i znajduje się w przedziale nadwagi. Udział uczniów z nadwagą rośnie od 2009 roku i wynosi ~ 11,1%. Około 8% uczniów przedstawia roczne zwolnienia z zajęć wychowania fizycznego, a absencja chorobowa wynosi około 12%.

Tabela 15Podstawowe dane dotyczące stylu życia w ponadgimnazjalnych placówkach edukacyjnych

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wskaźniki** | **2009/2010** | **2010/2011** | **2011/2012** | **2012/2013** |
| Liczba dzieci ogółem | 1040 | 995 | 906 | 818 |
| Liczba uczniów z nadwagą | 83 | 78 | 86 | 91 |
| Wartość średniego BMI uczniów | 24,6 | 24,3 | 24,7 | 25,3 |
| Liczba uczniów z cukrzycą | 3 | 3 | 2 | 1 |
| Wskaźnik absencji chorobowej (liczba opuszczonych dni/liczba dni zajęć szkolnych) | 0,11 | 0,12 | 0,11 | 0,12 |
| Liczba uczniów przebywających na rocznych zwolnieniach z zajęć WF | 91 | 79 | 74 | 66 |
| Liczba uczniów korzystających z pomocowych zasiłków szkolnych | 0 | 0 | 0 | 0 |

Źródło: *Badanie kwestionariuszowe w ponadgimnazjalnych placówkach edukacyjnychz terenu powiatu świdwińskiego*.

Wnioski z przeprowadzonego badania kwestionariuszowego przedstawiono poniżej:

* problemy z nadwagą występują już w wieku przedszkolnym, a intensyfikacja zjawiska przypada na okres gimnazjalny i ponadgimnazjalny;
* zachorowania na cukrzycę pojawiają się już we wczesnych latach szkolnych;
* w wyższych rocznikach wzrasta wskaźnik absencji na zajęciach wychowania fizycznego.

# ETAP III

# Szczegółowa analiza grup ryzyka i wybór grupy docelowej

Geneza chorób układu trawiennego związana z wchłanianiem, w tym alergiami wskazuje, że wśród czynników ryzyka duże znaczenie mają uwarunkowania genetyczne. Statystycznie prawdopodobieństwo rozwoju alergii u dzieci zdrowych rodziców wynosi około 12%. Jeżeli u matki występuje alergia, ryzyko to wzrasta do 60%, natomiast gdy z powodu choroby cierpi również ojciec - nawet do 70-80%. Drugim bardzo ważnym czynnikiem odpowiedzialnym za powstawanie alergii jest szybko postępujący rozwój cywilizacyjny oraz narażenie na ekspozycję zanieczyszczeń. Nieprawidłowe odżywanierównież stanowi czynnik ryzyka i jest konsekwencją statusu materialnego oraz społecznego. Tym samym w grupie ryzyka znajdują się przede wszystkim osoby obciążone genetycznie, zagrożone ubóstwem o niskim statusie materialnym i społecznym.

Geneza chorób układu trawiennego narządów miękkich oraz schorzenia jelit (również w kierunku diagnostyki zmian, które są wymieniane w śród czynników etiopatogenezy CRC). Występowanie w/w chorób jest skorelowane z wiekiem oraz z zaniedbaniami zdrowotnymi w wieku młodzieńczym. Wzrost zachorowań na choroby układu trawiennego postępuje po 50. r.ż. U osób po 40. r.ż. etiopatogeneza zachorowań wynika głównie z czynników genetycznych (co ma istotne znaczenie przy chorobach żołądka i jelita grubego)[[11]](#footnote-11). Postępujące, w tym przewlekłe, choroby narządów miękkich układu trawiennego i jelita grubego spowodowane są czynnikami związanymi z dietą, używkami, ekspozycją na czynniki zewnętrzne (głównie zanieczyszczenia chemiczne i biologiczne wody). Wśród osób przed 40 r.ż. zagrożenie wystąpieniem chorób układu trawiennego narządów miękkich oraz schorzeń jelit jest znacznie niższe, ale zaniedbania zdrowotne, w tym brak wczesnego rozpoznania pojawiających się symptomów chorobowych, zwiększa ryzyko zapadalności na choroby przewlekłe w wieku dojrzałym.

 Z ogólnych grup ryzyka, wyselekcjonowano grupy docelowe. Podstawą selekcji były wyniki badania kwestionariuszowego w placówkach edukacyjnych oraz analiza statystyczna obszarów interwencji i schorzeń istotnych z punktu widzenia populacji powiatu.

1. Grupa docelowa w zakresie zaburzeń procesu wchłaniania i alergii pokarmowych:
* wiek 0-18;
* występowanie alergii u wstępnych członków rodziny;
* osoby/ rodziny korzystające z opieki miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej z tytułu poziomu dochodu na osobę poniżej granicy ubóstwa (wskazanie MOPS/ GOPS) według kryterium dochodowości określonego w ustawie o pomocy społecznej;
* rodziny objęte przez PCPR oraz miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej ochroną związaną z występowaniem patologii (głównie alkoholizm i przemoc w rodzinie).
1. Grupa docelowa w zakresie chorób jamy ustnej:
* wiek 7-18 lat;
* poziom dochodu na osobę poniżej granicy ubóstwa (wskazanie MOPS/ GOPS).
1. Grupa docelowa w zakresie chorób narządów trawiennych i jelita grubego:
* wiek 18-70 lat;
* wysoki wskaźnik BMI > 26;
* umiarkowane lub wysokie spożycie alkoholu;
* negatywne nawyki żywieniowe;
* narażenie na długotrwały stres;
* osoby korzystające z opieki miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej z tytułu poziomu dochodu na osobę poniżej granicy ubóstwa (wskazanie MOPS/ GOPS) według kryterium dochodowości określonego w ustawie o pomocy społecznej;
* rodziny objęte przez PCPR oraz miejskie i gminne ośrodki pomocy społecznej ochroną związaną z występowaniem patologii (głównie alkoholizm i przemoc w rodzinie).

# ETAP IVPodsumowanie

Wnioski z przeprowadzonej analizy:

* najwyższą wartość wskaźnika SMR w latach 2009-2011 zanotowano dla zewnętrznych przyczyn zgonów;
* Powiat Świdwiński oraz inne instytucje publiczne z terenu powiatu, realizowały w ostatnich latach programy promocyjne, których celem było ograniczenie śmiertelności spowodowanej przyczynami zewnętrznymi; prowadzone działania odniosły skutek, bowiem porównując dane dla roku 2009 i 2013, odnotowano spadek śmiertelności w analizowany obszarze;
* drugą najwyższą wartość wskaźnika SMR w latach 2009-2011 zanotowano dla chorób układu trawiennego, a jego wartość sytuuje powiat świdwiński na 31. miejscu w Polsce (wśród 314 powiatów);
* na terenie powiatu świdwińskiego nie funkcjonują programy profilaktyki w chorobach układu trawiennego, inne niż ogólnopolskie programy profilaktyki CRC;
* na terenie powiatu świdwińskiego nie funkcjonują programy profilaktyki w chorobach układu trawiennego skierowane do dzieci i młodzieży;
* w ostatnim dziesięcioleciu nastąpił prawie dwukrotny wzrost liczby zgonów na choroby układu trawiennego w populacji powiatu świdwińskiego;
* w ocenie UNDP w 2012 r. Powiat Świdwiński plasuje się na 54. miejscu pod względem poziomu rozwoju społecznego – bardzo niski wskaźnik LHDI, tj. 34,39;
* wskaźnik zdrowia (HI) dla powiatu wyniósł 45,55, natomiast wskaźnik nakładów zdrowotnych (HIPI)19,32, oba współczynniki były niższe niż dla województwa, co wskazuje na istotne dysproporcje pomiędzy potrzebami zdrowotnymi mieszkańców, a dostępnymi zasobami;
* w populacji 5-18 zidentyfikowano wzrastający problem w kierunku zaburzeń metabolicznych, w tym cukrzycy oraz w zakresie prawidłowej wagi ciała;
* w populacji 5-18 zidentyfikowano wzrastający poziom absencji na zajęciach wychowania fizycznego, w tym rocznych zwolnień lekarskich.

Celem nadrzędnym projektu, korespondującym z celem Programu PL13 Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu, jest poprawa zdrowia publicznego i ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu na obszarze powiatu świdwińskiego. Celem głównym projektu jest zmniejszanie zachorowalności na choroby związane ze stylem życia na obszarze powiatu świdwińskiego. Identyfikacja potrzeb wskazała, że w sposób szczególny w budowaniu kompleksowych programów profilaktycznych na obszarze funkcjonalnym projektu, należy uwzględnić działania zmierzające do zmniejszenia zachorowalności na choroby układu trawiennego, w tym przewlekłe choroby wątroby. Do celów szczegółowych projektu zaliczono:

* wdrożenie programu promocji zdrowia skutkującego zmniejszeniem zachorowalności na choroby układu trawiennego, w tym przede wszystkimpoprzez:
	+ promocję zdrowych i zmiany dotychczasowych nawyków żywieniowych w populacji powiatu świdwińskiego;
	+ promocji aktywności fizycznej;
	+ podnoszenia świadomości w zakresie znaczenia badań profilaktycznych.
* wdrożenie programu profilaktyki chorób układu trawiennego w populacjach
	+ dzieci i młodzieży w obszarze procesu wchłaniania i alergii pokarmowych,
	+ osób między 18. a 70. r.ż. w obszarze chorób narządów miękkich układu trawiennego i jelita grubego.
1. R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, J. Kurkiewicz, A. Pająk, *Narzędzie oceny i analizy priorytetów zdrowotnych w sektorze ochrony zdrowia. Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Kraków 2002. [↑](#footnote-ref-1)
2. PYLL – potencjalnie utracone lata życia (ang. *potentialyears of life lost*). Wskaźnik informujący o wpływie ogólnej liczby zgonów na daną populację. [↑](#footnote-ref-2)
3. *Ludność według płci*, Główny Urząd Statystyczny, <http://stat.gov.pl/>. [↑](#footnote-ref-3)
4. Tamże. [↑](#footnote-ref-4)
5. United Nations Development Programme; *Krajowy Raport o Rozwoju Społecznym Polska 2012 Rozwój regionalny i lokalny*; Biuro Projektowe UNDP w Polsce; Warszawa 2012 [↑](#footnote-ref-5)
6. *Narodowy Spis Powszechny 2011 – mieszkania*, Główny Urząd Statystyczny, [www.http://stat.gov.pl](http://www.http://stat.gov.pl). [↑](#footnote-ref-6)
7. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2012 rok,Zachodniopomr<http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=4037>. [↑](#footnote-ref-7)
8. Tamże. [↑](#footnote-ref-8)
9. Informator statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2012 rok,Zachodniopomr<http://www.szczecin.uw.gov.pl/?type=article&action=view&id=4037>. [↑](#footnote-ref-9)
10. H. Głowacka, Wybrane zagadnienia z zakresu chorób zakaźnych, Państwowy Powiatowy Inspektorat Sanitarny w Świdwinie, Świdwin 28 kwietnia 2014. [↑](#footnote-ref-10)
11. P. Krasnodębski i inni, *Analiza czynników ryzyka występowania stanów nowotworowych jelita grubego u chorych na cukrzycę typu 2*, Katedra i Klinika Gastroenterologii i Chorób Przemiany Materii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Warszawa 2010, s. 34-40, [www.ddk.viamedica.pl](http://www.ddk.viamedica.pl). [↑](#footnote-ref-11)