

**UCHWAŁA NR LXIII/708/2014
RADY MIASTA GORZOWA WLKP.**

z dnia 26 lutego 2014 r.

w sprawie przyjęcia „Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia Mieszkańców Gorzowa Wlkp. na lata 2014-2017”

Na podstawie art. 18 ust. 1 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2013, poz. 594 ze zm.) oraz art. 7 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r (t.j. z 2008r., Dz. U. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), uchwala się,co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program Promocji i Profilaktyki Zdrowia Mieszkańców Gorzowa Wlkp. na lata 2014-2017”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Gorzowa Wlkp.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miasta

Jerzy Sobolewski

Załącznik do Uchwały
Nr LXIII/708/2014
Rady Miasta Gorzowa Wlkp.
z dnia 26 lutego 2014r.

Program Promocji i Profilaktyki Zdrowia Mieszkańców Gorzowa Wlkp. na lata 2014-2017

SPIS TREŚCI

1.	Wprowadzenie	str. 3
2.	Podstawa prawna	str. 6
3.	Zespół uczestniczący w opracowaniu programu	str. 6
4.	Wybrane zagadnienia demograficzne Miasta Gorzowa Wlkp.	str. 7
5.	Sytuacja zdrowotna mieszkańców Gorzowa Wlkp.	str. 11
6.	Założenia programu zdrowotnego	str. 13
7.	Cele strategiczne programu:	str. 13
7.1	Działania na rzecz mieszkańców w zakresie promocji zdrowia z uwzględnieniem profilaktyki	str. 13
7.2	Działania na rzecz mieszkańców w zakresie wyrównywania nierówności społecznych	str. 13
7.3	Działania na rzecz mieszkańców w zakresie współpracy międzysektorowej	str. 13
8.	Cele operacyjne programu:	str. 14
8.1	Zapobieganie chorobom układu krążenia	str. 14
8.2	Zapobieganie chorobom nowotworowym	str. 14
8.3	Zwiększenie aktywności fizycznej mieszkańców	str. 15
8.4	Zwiększanie świadomości na temat szkodliwości palenia tytoniu	str. 15
8.5	Zwiększenie świadomości mieszkańców miasta na temat czynników przyczyniających się do powstawania otyłości	str. 15
8.6	Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych, niepełnosprawnych i ubogich	str. 16
8.7	Działania na rzecz mieszkańców w zakresie współpracy międzysektorowej	str. 17
9.	Sprawozdawczość programu	str. 18

1. Wprowadzenie

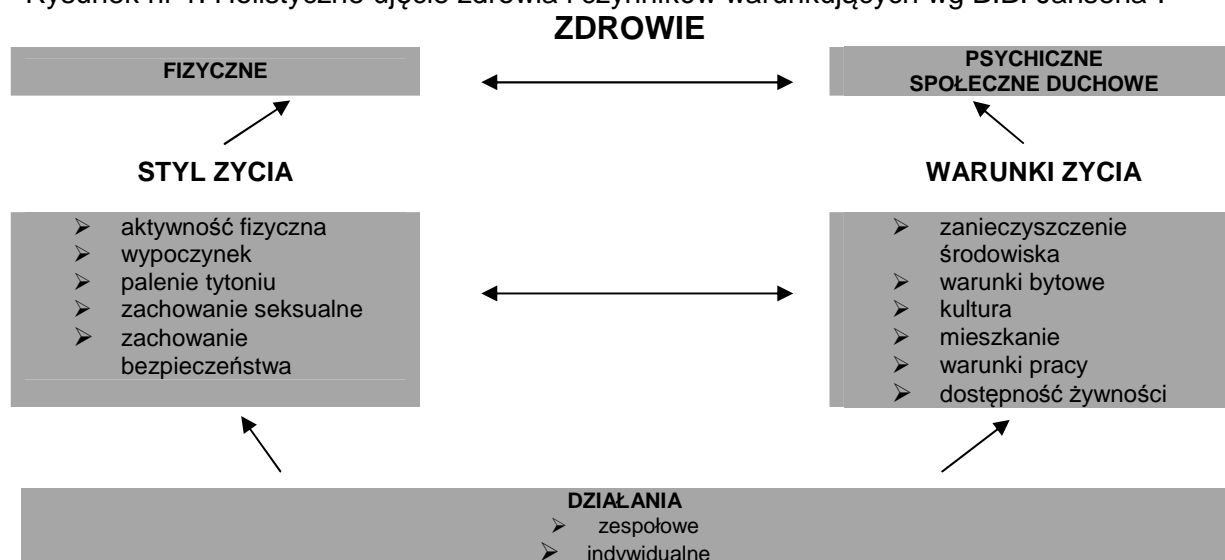
Zdrowie jest nieodłącznym i niezwykle ważnym elementem życia człowieka. Pełne zdrowie to dobra jakość życia, satysfakcja i możliwości. Jednakże często w pośpiechu życia, wśród licznych obowiązków dnia codziennego zapominamy o nas samych i naszym zdrowiu. Lekceważymy wysyłane sygnały ze strony organizmu, niezdarnie tłumaczymy objawy choroby.

Zgodnie z teorią pojęcie zdrowia można rozpatrywać zarówno jako wartość indywidualną oraz jako dobro społeczne. Zdrowy człowiek ma bowiem większe szanse na samorealizację, satysfakcjonujące pełnienie ról społecznych i na lepszą adaptację do zmian środowiska. Tylko zdrowe społeczeństwo może tworzyć dobra materialne i kulturowe oraz zapewnić rozwój społeczny i gospodarczy. Dobrze funkcjonująca, odpowiadająca potrzebom społeczności lokalnej opieka zdrowotna jest przedmiotem troski każdego samorządu, który w świetle rozwiązań prawnych przyjmuje odpowiedzialność za jakość i poziom zaspokajania potrzeb.

Obecnie najważniejszym dokumentem wyznaczającym cele i kierunki polityki ochrony zdrowia publicznego jest Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 oraz przyjęty przez Europejski Komitet Regionalny WHO dokument „Zdrowie 21 – Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Narodowy Program Zdrowia uwzględnia główne kierunki polityki zdrowotnej i stwarza szanse na bardziej skuteczną realizację zadań związanych ze zdrowiem społeczeństwa. Celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowotnego jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludzi poprzez działania skierowane na promocję zdrowego stylu życia, kształtowanie sprzyjającego zdrowiu środowiska życia, pracy i nauki oraz zmniejszanie różnic w zdrowiu i dostępności do świadczeń zdrowotnych w konsekwencji prowadzących do ograniczenia czynników sprzyjających powstawaniu głównych chorób cywilizacyjnych, takich jak choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, urazy i zatrucia, choroby psychiczne.

Definicja zdrowia zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia przedstawia tzw. **pojęcie holistyczne**¹, które oznacza całościowe, kompleksowe ujmowanie wszelkich czynników i determinantów zdrowia, co prezentuje poniżej rysunek.

Rysunek nr 1. Holistyczne ujęcie zdrowia i czynników warunkujących wg B.B. Jansena².



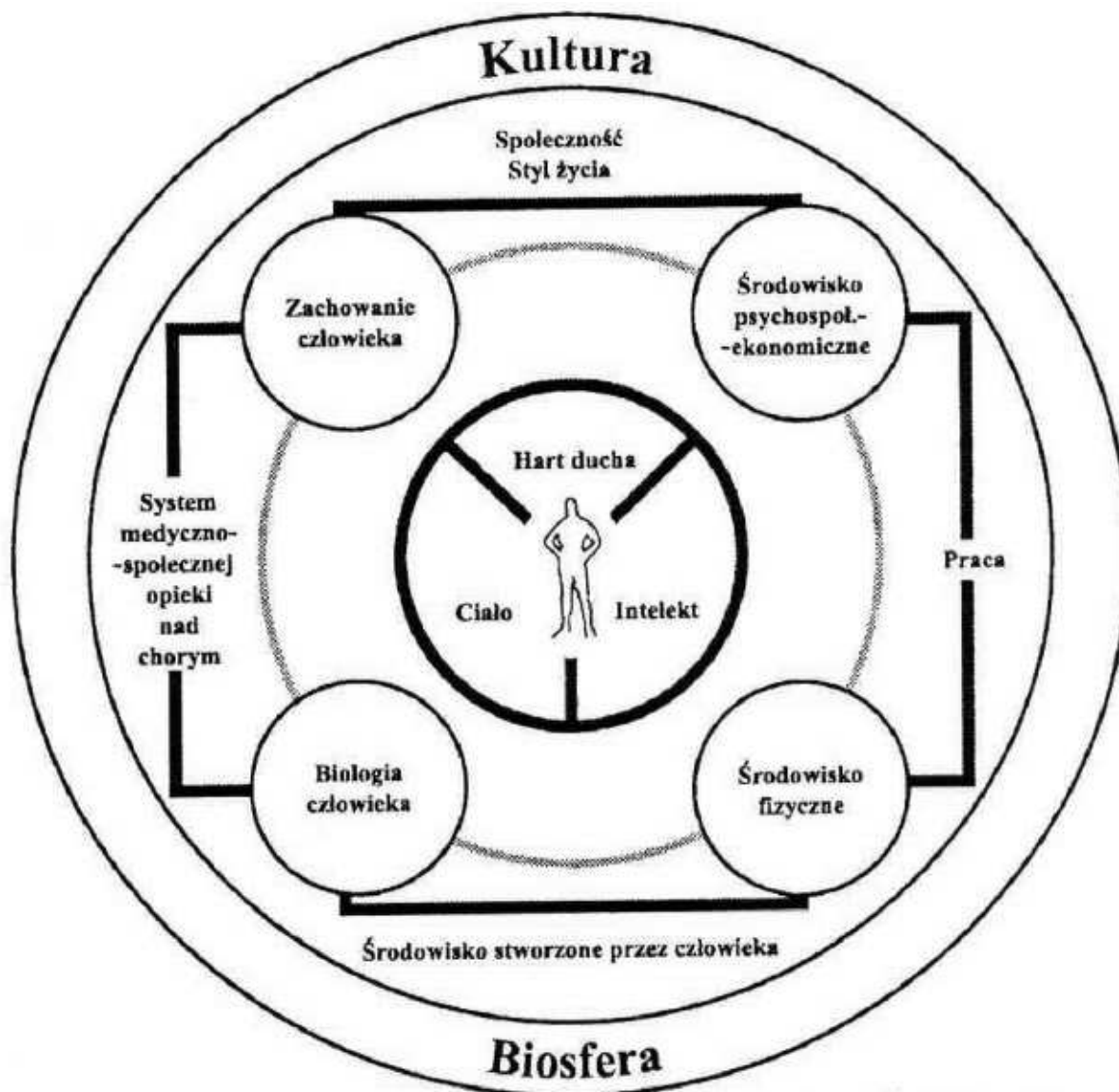
Źródło: B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, KOWEZ, Warszawa 2001.

¹ Holizm – w teorii i metodologii nauk społecznych to pogląd odrzucający indywidualizm metodologiczny i głoszący, że zjawiska społeczne tworzą układy całościowe (według słownika PWN).

² B. Woynarowska, M. Kapica (red.), *Teoretyczne podstawy edukacji zdrowotnej. Stan i oczekiwania*, Warszawa 2001.

Kompleksowe podejście do zdrowia w innej formie przedstawia rysunek nr 2, który obrazuje różne zależności zachodzące pomiędzy społecznym, kulturowym i fizycznym środowiskiem życia a zdrowia³. Ten model ekosystemu człowieka to **mandala zdrowia** – figura będąca symbolem wszechświata, zbudowana na planie koła. Mandala zdrowia została opracowana przez departament Zdrowia Publicznego w Toronto. W modelu tym zakłada się wzajemne powiązania między kulturą, a środowiskiem i ich jednocześnie oddziaływanie na człowieka pojmowanego jako jedność obejmującą wymiar fizyczny, intelektualny i duchowy.

Rysunek nr 2. Mandala zdrowia. Model ekosystemu człowieka.



Źródło: T. Hancock, F. Perkins, The Mandala of Health: A Conceptual Model and Teaching Tool. Health Promotion.

³ A. Czupryna, S. Poździach, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne*, Kraków 2001.

Czynniki wpływające na zdrowie podzielono na cztery główne grupy zwane polami uwarunkowań zdrowia wg Marca LaLonda⁴. Są to: styl życia, cechy genetyczne, opieka zdrowotna oraz wpływ środowiska. Uważa się, że styl życia ma coraz większy wpływ na zdrowie. Schemat Marca LaLonda wygląda następująco: styl życia 56%, opieka zdrowotna 18%, wpływ środowiska 14%, cechy genetyczne 12%. Należy podkreślić, iż modyfikacja stylu życia jest w zasięgu możliwości każdego człowieka. Osiągnięcie i utrzymanie zdrowego stylu życia jest przedmiotem nauki zwanej promocją zdrowia.

Styl życia definiuje się jako sposób bycia, wynikający z wzajemnego oddziaływania człowieka i warunków, w jakich żyje oraz z indywidualnych wzorców zachowania, które zostały określone przez czynniki społeczno-kulturowe i osobiste cechy charakteru⁵.

Główne komponenty zdrowego stylu życia to: aktywność fizyczna, żywienie i nawyki żywieniowe, unikanie środków odurzających, w tym tytoniu i alkoholu, poprawne relacje międzyludzkie, dobre warunki środowiska i pracy, środowisko naturalne, zachowania seksualne, bezpieczeństwo i zapobieganie urazom, ograniczenie ekspozycji na substancje toksyczne i nadmierne nasłonecznienie, wypoczynek, uczestnictwo w szczepieniach ochronnych i badaniach profilaktycznych.

Promocja zdrowia to proces umożliwiający jednostkom i grupom społecznym zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem, jego poprawę i utrzymanie, rozwijanie zdrowego stylu życia, czyli świadomego zachowania sprzyjającego utrzymaniu i ochronie zdrowia, a także kształtowaniu innych środowiskowych i osobniczych czynników prowadzących do zdrowia⁶.

PROMOCJA ZDROWIA = PROFILAKTYKA + EDUKACJA ZDROWOTNA + POLITYKA ZDROWIA PUBLICZNEGO

Profilaktyka to działanie głównie medyczne przeciwko określonej chorobie lub grupie chorób⁷. Często w praktyce używa się terminu profilaktyka zdrowotna. Jest to termin niewłaściwy, ponieważ oznacza zapobieganie zdrowiu, podczas gdy chodzi o profilaktykę chorób, jest jednak powszechnie stosowany. Często dzieli się profilaktykę na trzy stopnie.

Profilaktyka pierwotna ma na celu redukcję prawdopodobieństwa występowania choroby oraz zaburzeń zdrowotnych i pewnych odstępstw od dobrego stanu zdrowia poprzez przeciwdziałanie szkodliwym warunkom, zanim będą one zdolne wywołać chorobę.

Profilaktyka wtórna ma na celu powstrzymanie rozwoju choroby lub zaburzeń oraz skrócenie czasu trwania, gdy zostaną wykryte wczesne sygnały; szczególny nacisk kładzie się na wczesną diagnozę i leczenie wszelkich objawów choroby.

Profilaktyka trzeciego stopnia ma na celu zapobieganie skutkom przebytej choroby oraz przeciwdziałanie nawrotom choroby i powtórnej hospitalizacji, a także minimalizację wtórnych uszkodzeń, komplikacji i ewentualnych defektów wywołanych przez chorobę. Należy nauczyć ludzi, jak kontrolować swój stan zdrowia, jak zachować się w trudnych sytuacjach⁸.

Ważną składową promocji zdrowia jest **edukacja zdrowotna**, którą określa się jako świadome stwarzanie sposobności do uczenia się, tak by zmiany zachowania były łatwe i możliwe do osiągnięcia⁹.

⁴ Marc LaLond – kanadyjski epidemiolog i polityk, który 1 maja 1974 roku przedstawił kanadyjskiemu parlamentowi raport pn. *Nowa perspektywa dla zdrowia Kanadyjczyków (A New Perspective on the Health of Canadians – A Working Document)* dot. pól uwarunkowań zdrowia. W raporcie po raz pierwszy zwrócono uwagę na styl życia i środowisko jako istotne czynniki warunkujące zdrowie.

⁵ Według Światowej Organizacji Zdrowia.

⁶ J. B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa 1999.

⁷ J. B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa 1999.

⁸ A. Czupryna, S. Poździoch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie Publiczne*, Kraków 2001.

⁹ Tamże.

Zdrowie publiczne definiuje się jako zorganizowany wysiłek społeczeństwa na rzecz ochrony, promowania i przywracania ludziom zdrowia, a wszelkie programy, świadczenia i instytucje zajmujące się tą problematyką są ukierunkowane na zapobieganie chorobom i potrzeby zdrowotne populacji jako całości¹⁰.

Zatem zdrowie publiczne zajmuje się upublicznianiem zdrowia. Oznacza to, że zdrowiem powinny interesować się wszystkie instytucje na każdym poziomie administracji.

Ważne jest, by w procesie promocji zdrowia ująć politykę prozdrowotną, która jest troską o zdrowie i równość we wszystkich obszarach polityki oraz troską o odpowiedzialność za skutki zdrowotne. Głównym jej celem jest tworzenie wspierającego środowiska, które umożliwi ludziom prowadzenie zdrowego życia¹¹.

2. Podstawa prawna

- 1) Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2004r. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) nakłada na gminy, powiaty i województwa obowiązek opracowania i realizacji oraz oceny efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy (art. 7).
- 2) Ustawa z dnia 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2013, poz. 594 ze zm.) nakłada na gminę obowiązek zaspokajania zbiorowych potrzeb wspólnoty, w tym spraw z zakresu ochrony zdrowia jako zadanie własne (art.7).
- 3) Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 - załącznik do uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007r.

3. Zespół uczestniczący w opracowaniu „Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia Mieszkańców Gorzowa Wlkp. na lata 2014-2017”:

- 1) Lek. med. Mariusz Stępień - Kierownik Wojewódzkiego Ośrodka Koordynującego Populacyjny Program profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.;
- 2) Dr Tomasz Jędrzejczak - Starszy wykładowca na Zamiejscowym Wydziale Kultury Fizycznej w Gorzowie Wlkp., reprezentant Stowarzyszenia Uniwersytetu III Wieku;
- 3) Włodzimierz Rój – Dyrektor Ośrodka Sportu i Rekreacji w Gorzowie Wlkp.;
- 4) Mirosława Boksza-Kąkałec - Kierownik Oddziału Promocji Zdrowia Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Gorzowie Wlkp.;
- 5) Augustyn Wiernicki – Prezes Stowarzyszenia Pomocy Bliźniemu im. Brata Krystyna;
- 6) Iwona Sancewicz – Inspektor w Wydziale Edukacji Urzędu Miasta Gorzowa Wlkp.;
- 7) Renata Wieczorek - Kierownik Działu Marketingu w Centrum Sportowo-Rehabilitacyjnym „Słowianka”;
- 8) Hanna Drzewiecka - Specjalista ds. żywienia w Kole Polskiego Stowarzyszenia na Rzecz Osób z Upośledzeniem Umysłowym w Gorzowie Wlkp.;
- 9) Wiesława Gwozdowska - Pielęgniarka ds. organizacji i zarządzania w Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.;
- 10) Barbara Steblin-Kamińska - Dyrektor Gorzowskiego Centrum Pomocy Rodzinie i Polityki Społecznej;
- 11) Anna Dobrychłop – Pełnomocnik Rektora ds. Studentów niepełnosprawnych Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jakuba Paradyża w Gorzowie Wlkp. ;

¹⁰ J. B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*, Warszawa 1999.

¹¹ Health 21 - health for all in the 21st century. Copenhagen, World Health Organization, 1999.

- 12) Dorota Modrzejewska-Karwowska - Dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gorzowa Wlkp.;
- 13) Katarzyna Łuczak – Inspektor ds. ochrony zdrowia w Wydziale Spraw Społecznych Urzędu Miasta Gorzowa Wlkp.

4. Wybrane zagadnienia demograficzne Miasta Gorzowa Wlkp.

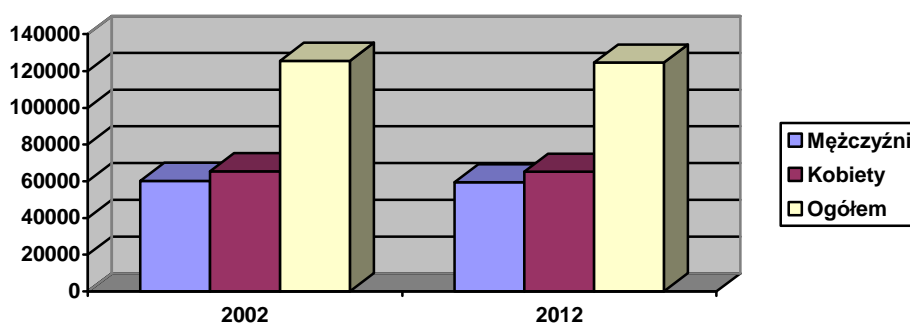
Gorzów Wielkopolski jest miastem na prawach powiatu (powiat grodzki) w województwie lubuskim. Po reformie administracyjnej kraju w 1999r. Gorzów Wlkp. jest siedzibą Wojewody Lubuskiego i jedną z dwóch stolic województwa lubuskiego. Powierzchnia miasta w granicach administracyjnych wynosi 86 km². Na koniec 2012r. liczba mieszkańców wynosiła 124 609. Gęstość zaludnienia w mieście – na km² – wynosi około 1400 osób. W okresie od 2002 do 2012 roku nastąpił spadek liczby ludności (o 948 osób), przy czym większy spadek miał miejsce w populacji mężczyzn.

Liczba ludności miasta Gorzowa Wlkp. w latach 2002 i 2012.

Rok	Ogółem	w tym	
		Mężczyźni	Kobiety
2002	125 557	60 189	65 368
2012	124 609	59 381	65 228

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Rysunek nr 3. Liczba ludności miasta Gorzowa Wlkp. w latach 2002 i 2012.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

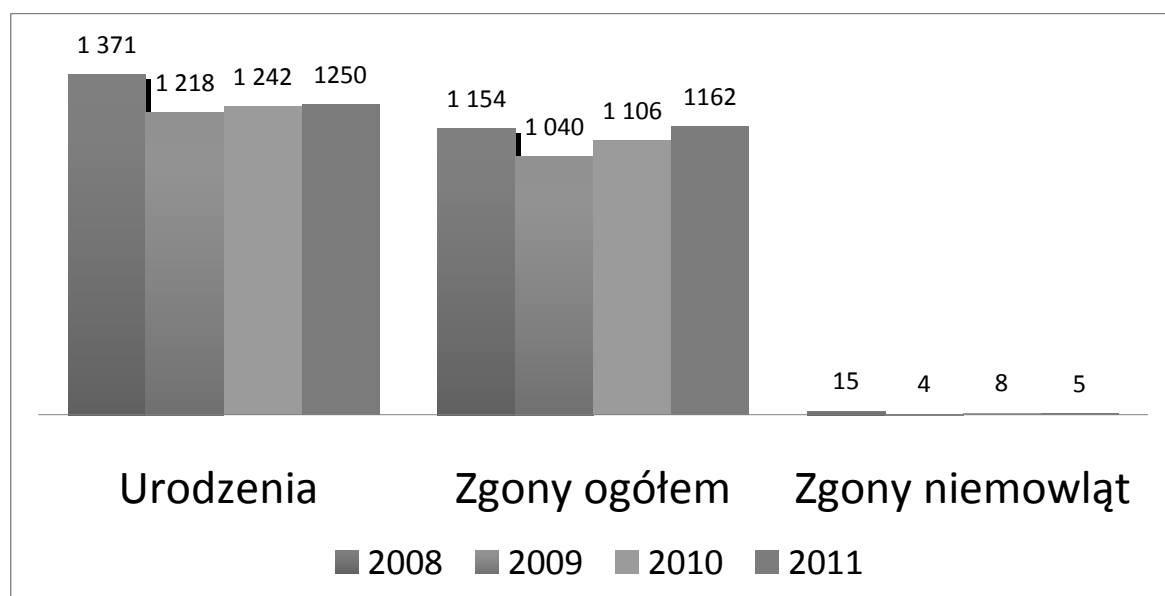
Struktura ludności według płci nie wykazuje większych dysproporcji. W 2012r. w mieście Gorzowie Wlkp. mieszkało 59 381 mężczyzn oraz 65 228 kobiet. Kobiety stanowiły 52,3% ludności ogółem.

Struktura ludności miasta Gorzowa Wilk. w 2012r. wg płci i grup wiekowych

Grupy wiekowe	Ogółem		Mężczyźni		kobiety	
	liczba	%	liczba	%	liczba	%
0- 4	6678	5,4	3407	5,7	3274	5,0
5 - 9	5473	4,4	2872	4,8	2601	4,0
10-14	5313	4,3	2765	4,7	2548	3,9
15-19	6321	5,1	3295	5,6	3026	4,6
20-24	8030	6,4	4038	6,8	3992	6,1
25-29	10839	8,7	5443	9,2	5396	8,3
30-34	11135	8,9	5485	9,2	5650	8,7
35-39	9576	7,7	4772	8,0	4804	7,4
40- 44	7490	6,0	3783	6,4	3707	5,7
45- 49	7262	5,8	3584	6,0	3678	5,6
50- 54	9366	7,5	4443	7,5	4923	7,6
55- 59	11040	8,9	4930	8,3	6110	9,4
60- 64	9551	7,7	4332	7,3	5219	8,0
65- 69	4948	3,9	2099	3,5	2849	4,4
70- 74	4192	3,4	1671	2,8	2521	3,8
75- 79	3516	2,8	1311	2,2	2205	3,4
80- 84	2323	1,9	754	1,3	1569	2,4
85+	1498	1,2	402	0,7	1096	1,7
Razem	124 609	100,0	59 381	100,0	65 228	100,0

Źródło: opracowanie własne wg danych GUS.

Urodzenia i zgony mieszkańców Gorzowa Wilk. w latach 2008-2011.



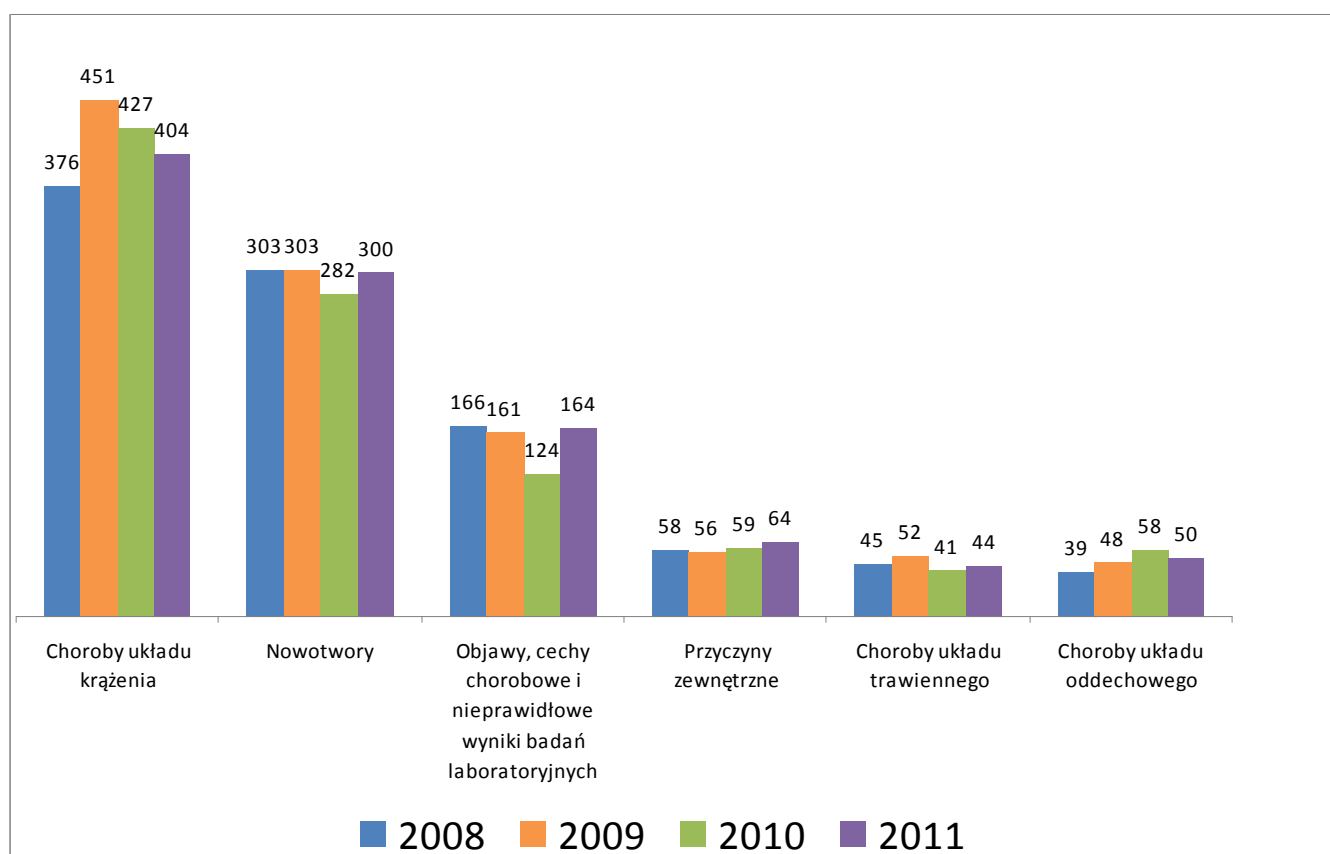
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Urodzenia i zgony w woj. lubuskim oraz na terenie Miasta Gorzowa Wlkp. w 2011r.

Wyszczególnienie		woj. lubuskie	miasto Gorzów Wlkp.
urodzenia	I. bezwzględne	10 367	1 250
zgony ogółem	I. bezwzględne	9 607	1 162
zgony niemowląt	I. bezwzględne	62	5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Główne przyczyny zgonów mieszkańców miasta Gorzów Wlkp. w latach 2008-2011.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

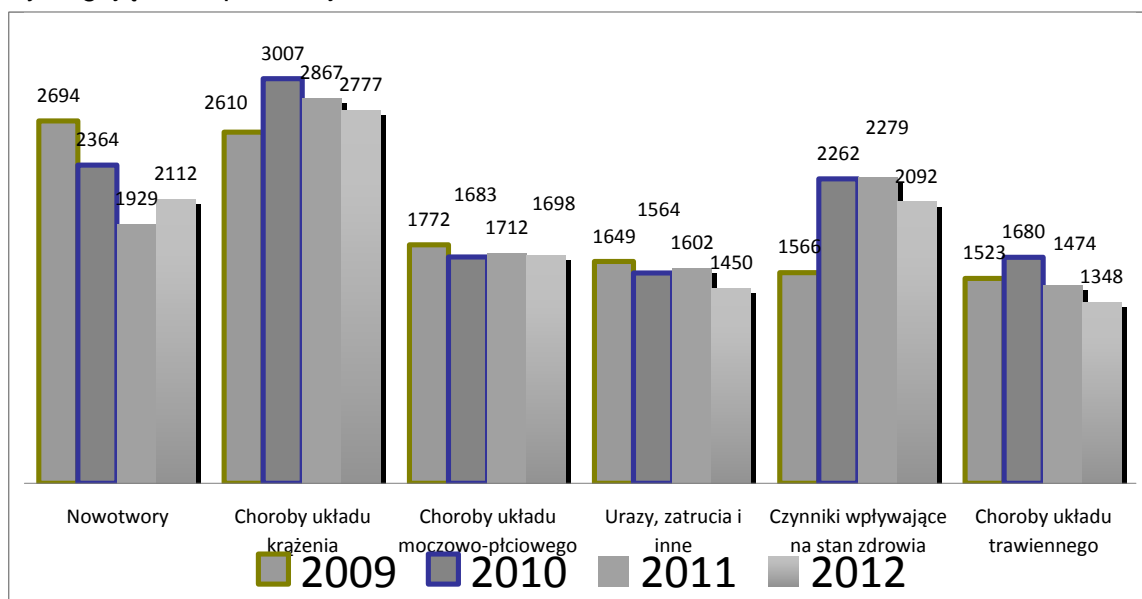
Zgony mieszkańców miasta Gorzów Wlkp. w roku 2011, według przyczyn, płci i wieku.

Wyszczególnienie		ogółem	w tym w wieku lat:										
			0	1 - 4	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 i więcej
ogółem	razem	1 106	8	-	1	1	4	8	25	58	162	223	616
	mężczyźni	572	5	-	-	1	4	5	18	44	105	136	254
	kobiety	534	3	-	1	-	-	3	7	14	57	87	362
Najczęstsze przyczyny zgonów:													
nowotwory	razem	300	-	-	-	-	1	-	5	12	50	89	143
	mężczyźni	168	-	-	-	-	1	-	3	7	25	49	83
	kobiety	132	-	-	-	-	-	-	2	5	25	40	60
choroby układu krążenia	razem	404	-	-	-	-	-	3	4	16	41	61	279
	mężczyźni	176	-	-	-	-	-	3	4	11	28	42	88
	kobiety	228	-	-	-	-	-	-	-	5	13	19	191
choroby układu oddechowego	razem	50	-	-	-	-	-	-	2	2	3	8	35
	mężczyźni	26	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	17
	kobiety	24	-	-	-	-	-	-	1	-	1	4	18
choroby układu trawiennego	razem	44	-	-	-	-	-	-	1	4	16	8	15
	mężczyźni	26	-	-	-	-	-	-	-	4	10	6	6
	kobiety	18	-	-	-	-	-	-	1	-	6	2	9
objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych i klinicznych	razem	164	-	-	-	1	-	-	3	7	34	32	87
	mężczyźni	92	-	-	-	1	-	-	3	6	27	21	34
	kobiety	72	-	-	-	-	-	-	-	1	7	11	53
zewnątrzne przyczyny zgonu	razem	64	-	-	1	-	2	3	10	14	13	7	14
	mężczyźni	42	-	-	-	-	2	1	7	12	10	4	6
	kobiety	22	-	-	1	-	-	2	3	2	3	3	8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

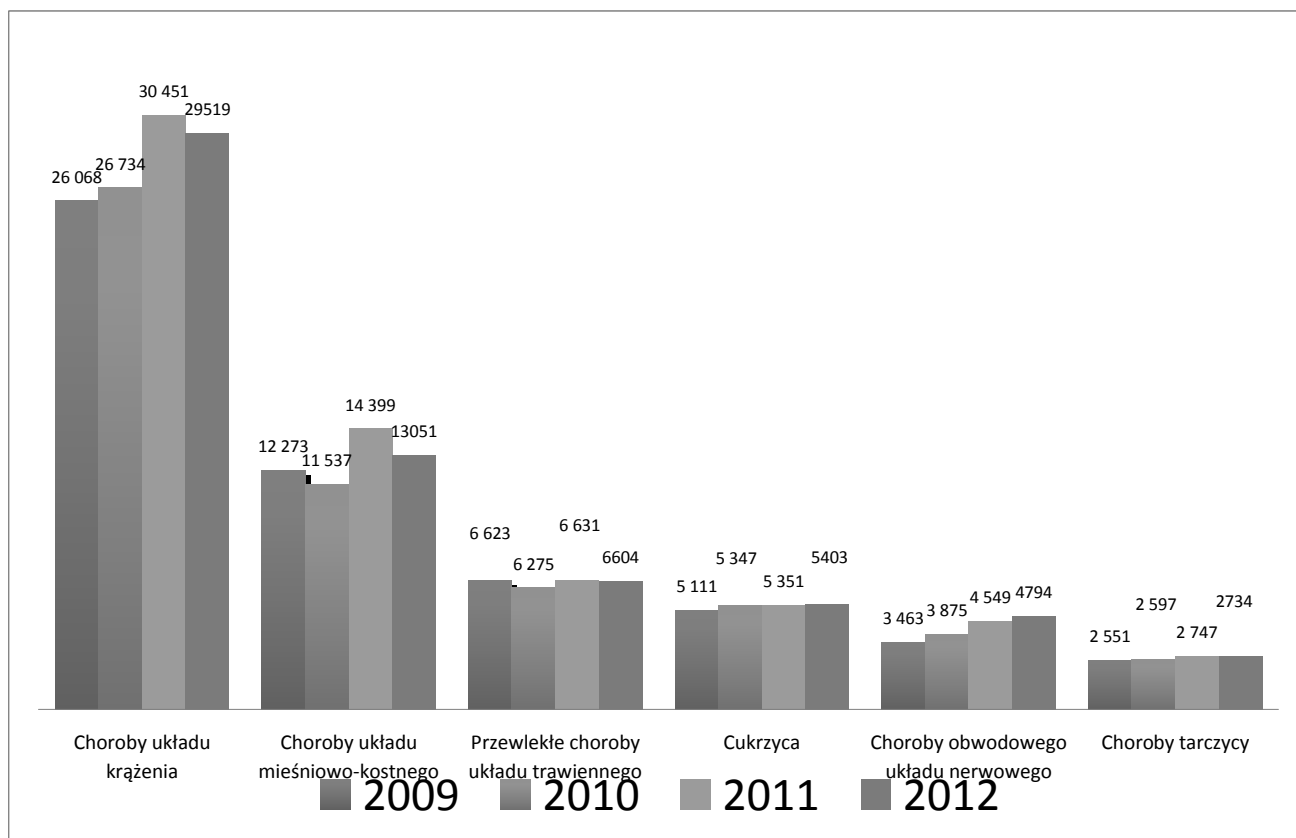
5. Sytuacja zdrowotna mieszkańców Gorzowa Wlkp.

Główne przyczyny chorób mieszkańców Gorzowa Wlkp. w latach 2009-2012r.
Wymagające hospitalizacji:



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Główne przyczyny chorób mieszkańców Gorzowa Wlkp. w latach 2009-2012.
Wymagające wizyty u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Przyczyny chorób mieszkańców (w wieku 19 lat i więcej) będących pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w 2012r.

Rozpoznanie	Osoby, u których stwierdzono schorzenia (stan na 31.12.2012r.)	
	I. bezwzględne	wskaźnik na 10 tys. ludności
Gruźlica	7	0,68
Nowotwory	1 044	102,15
Choroby tarczycy	2 734	267,50
Cukrzyca	5 403	528,64
Niedokrwistości	1 148	112,32
Choroby obwodowego układu nerwowego	4 794	469,05
Choroby układu krążenia	29 519	2 888,19
Przewlekły nieżyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa	3 307	323,56
Przewlekłe choroby układu trawiennego	6 604	646,15
Choroby układu mięśniowo - kostnego i tkanki łącznej	13 051	1 276,93
Pacjenci z innymi schorzeniami wymagający opieki czynnej	495	48,43

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

Przyczyny hospitalizacji mieszkańców Gorzowa Wlkp. w oddziałach ogólnych (bez SOR) w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. w 2012r. , według płci.

L.p.	Przyczyna hospitalizacji	Liczba hospitalizacji		
		Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
	Ogółem	18 830	8 451	10 379
1.	Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	93	55	38
2.	Nowotwory	2 112	1 053	1 059
3.	Choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych	204	90	114
4.	Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	503	203	300
5.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania	29	16	13
6.	Choroby układu nerwowego	554	245	309
7.	Choroby oka i przydatków oka	740	271	469
8.	Choroby ucha i wyrostka sutkowatego	184	77	107

9.	Choroby układu krążenia	2 777	1 594	1 183
10.	Choroby układu oddechowego	1 495	825	670
11.	Choroby układu trawiennego	1 348	722	626
12.	Choroby skóry i tkanki podskórnej	144	79	65
13.	Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej	755	297	458
14.	Choroby układu moczowo-płciowego	1 698	511	1 187
15.	Ciąża, poród i połóg	1 460	-	1 460
16.	Niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	224	125	99
17.	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe	155	100	55
18.	Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowanych	813	392	421
19.	Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych	1 450	776	674
20.	Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia	2 092	1 020	1 072

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego.

6. Założenia programu zdrowotnego

Prowadzone analizy stanu zdrowia mieszkańców Gorzowa Wlkp. wskazują na liczne zagrożenia zdrowotne. Dlatego zintegrowane działania wszystkich instytucji na terenie naszego miasta mogą pomóc w promowaniu zdrowego stylu życia i prowadzić do zwiększenia udziału mieszkańców miasta w przedsięwzięciach profilaktycznych.

Głównym celem „Programu Promocji i Profilaktyki Zdrowia Mieszkańców Gorzowa Wlkp. na lata 2014-2017” jest:

„Współpraca wielosektorowa na rzecz poprawy stanu zdrowia oraz zmniejszenia nierówności społecznych mieszkańców miasta Gorzowa Wlkp.”

7. Cele strategiczne programu.

- 7.1** Działania na rzecz mieszkańców w zakresie promocji zdrowia z uwzględnieniem profilaktyki.
- 7.2** Działania na rzecz mieszkańców w zakresie wyrównywania nierówności społecznych.
- 7.3** Działania na rzecz mieszkańców w zakresie współpracy międzysektorowej.

8. Cele operacyjne programu:

8.1 Zapobieganie chorobom układu krążenia.

Choroby układu krążenia są głównym zagrożeniem zdrowia Polaków, w tym także mieszkańców miasta Gorzowa Wlkp. Są jednocześnie na pierwszym miejscu pod względem zachorowalności i stanowią główną przyczynę zgonów. W mieście Gorzowie Wlkp. zachorowalność na choroby układu krążenia wyniosła w 2012 roku 29.519 osób i obserwuje się tendencję wzrostową w stosunku do roku 2009, w którym zachorowalność wyniosła – 26.068 osób. Umieralność z tego powodu w roku 2011 wyniosła 404 osób i jest wyższa w stosunku do roku 2009, w którym zanotowano 376 zgony spowodowane chorobami układu krążenia.

Planowane zadania:

- 1) Zapobieganie chorobom poprzez edukację dzieci i młodzieży.
- 2) Uświadamianie związku pomiędzy regularną aktywnością fizyczną a zdrowym układem krążenia.
- 3) Zwiększenie świadomości na temat zdrowego odżywiania.
- 4) Zachęcanie do regularnego wykonywania badań profilaktycznych, np. badania ciśnienia tętniczego osób starszych.

8.2 Zapobieganie chorobom nowotworowym.

Choroby nowotworowe, zaraz po chorobach układu krążenia, stanowią najpoważniejszy i narastający problem zdrowotny Polaków w tym także mieszkańców Gorzowa Wlkp. Rozwijają się długo i zwykle w początkowym stadium są bezobjawowe. Ponieważ wczesne ich wykrycie daje bardzo duże szanse wyleczenia, niezmiernie ważną rolę pełnią w tym aspekcie badania przesiewowe. Szacuje się, że w Polsce co 4 osoba zachoruje na raka.

Co piąty Polak umiera z powodu nowotworu złośliwego, natomiast niemal co drugi chory na nowotwór złośliwy zgłasza się do lekarza z tak zaawansowaną chorobą, że nie można już zastosować leczenia.

W 2012 roku w mieście Gorzowie Wlkp. 2112 osoby były hospitalizowane z powodu zdiagnozowania schorzenia o podłożu onkologicznym, natomiast umieralność z powodu chorób nowotworowych wyniosła 300 osób.

Na przestrzeni ostatnich 4 lat obserwuje się tendencję wzrostową umieralności na nowotwory w przeciwieństwie do zachorowalności, która od 2009 roku zmalała. Powodem tego mogą być od kilku lat podejmowane w mieście działania, które były skierowane na profilaktykę nowotworową. Dlatego zasadna jest ich dalsza kontynuacja.

Planowane zadania:

- 1) Działania edukacyjno-informacyjne kierowane do mieszkańców miasta, np.:
 - a) organizowanie happeningów, konferencji, eventów, itp.;
 - b) akcje informacyjne skierowane do mieszkańców i instytucji działających w mieście;
 - c) kolportaż materiałów informacyjno-edukacyjnych;
 - d) emisja spotów telewizyjnych i radiowych;
- 2) Propagowanie bezpłatnych badań profilaktycznych w kierunku chorób nowotworowych oraz współpraca w tym zakresie z innymi instytucjami:
 - a) wysyłanie imiennych zaproszeń na bezpłatne badania profilaktyczne;
 - b) informowanie o bezpłatnych badaniach profilaktycznych w lokalnych mediach.

8.3 Zwiększenie aktywności fizycznej mieszkańców.

Społeczeństwo polskie wykazuje niską aktywność fizyczną. Tylko ok. 30% dzieci i młodzieży oraz 10% dorosłych jest aktywnych fizycznie w stopniu, w którym intensywność obciążeń wysiłkowych i ich rodzaj zaspokajają fizjologiczne potrzeby organizmu. Aktywność fizyczna jest istotnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia. Ćwiczenia obniżają ciśnienie krwi, zmniejszają ryzyko występowania chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów złośliwych, zwiększają ilość masy kostnej, chronią przed osteoporozą, obniżają ryzyko występowania cukrzycy. Dzięki ćwiczeniom następuje redukcja tkanki tłuszczowej i poprawa samopoczucia osoby uprawiającej regularne ćwiczenia fizyczne. Wysoka aktywność fizyczna wpływa pozytywnie na prawidłowe funkcjonowanie umysłu. Regularne ćwiczenia przyczyniają się do utrzymania lepszej postawy i wzmacniają mięśnie i układ kostno-stawowy. Odpowiednio dobrane ćwiczenia, ułatwiają redukcję tkanki tłuszczowej, a także są wsparciem dla farmakoterapii i medycznych działań naprawczych.

Planowane zadania:

- 1) Propagowanie imprez sportowo-rekreacyjnych.
- 2) Promowanie mody na aktywne spędzanie czasu wolnego.
- 3) Informowanie o ofercie placówek kultury, sportu i rekreacji w zakresie zdrowego stylu życia.
- 4) Zachęcanie do uczestnictwa w pozalekcyjnych zajęciach sportowych dzieci i młodzieży.
- 5) Aktywizowanie osób starszych poprzez działania rehabilitacyjne i rekreacyjne.
- 6) Współpraca z organizacjami pozarządowymi oraz innymi instytucjami w zakresie promowania programów w zakresie aktywności ruchowej.

8.4 Zwiększanie świadomości na temat szkodliwości palenia tytoniu.

Palenie tytoniu zostało uznane za jedno z najważniejszych, poddających się redukcji, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, nowotworów, chorób układu oddechowego oraz zdrowia noworodków.

Według Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce pali tytoń 38% dorosłych mężczyzn i 25,6% kobiet. Dużo obaw budzi zjawisko obniżania się wieku nałogowych palaczy. Za grupę szczególnie narażoną na rozwój regularnego palenia uznaje się młodzież w wieku 15-19 lat. Palący tytoń są narażeni na zwiększone ryzyko chorób układu krążenia (zawał serca, udar mózgu itp.), nowotworów złośliwych (rak płuc, rak jamy ustnej, itp.), chorób płuc (przewlekła obturacyjna choroba płuc, itp.), choroby wrzodowej.

Planowane zadania:

- 1) Upowszechnianie programów edukacyjnych zapobiegających paleniu tytoniu wśród dzieci i młodzieży.
- 2) Promowanie przedsięwzięć w zakresie szkodliwości palenia tytoniu oraz ukazywanie korzyści wynikających z niepalenia wśród dorosłych.
- 3) Zachęcanie do udziału w akcjach i programach edukacyjnych.

8.5 Zwiększenie świadomości mieszkańców miasta na temat czynników przyczyniających się do powstawania otyłości.

W Europie nadwagę ma połowa osób dorosłych oraz jedna piąta dzieci. Z tej grupy jedna trzecia to osoby otyłe, a ich liczba stale rośnie. W Polsce ponad 50% osób dorosłych (15-59 lat) cierpi na nadwagę lub otyłość. Otyłość zwiększa ryzyko występowania wielu chorób:

cukrzycy, układów krążenia (choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego), sprzyja rozwojowi zmian miażdżycowych, nowotworów złośliwych, schorzeń układu kostno-stawowego, pojawiają się problemy prospołeczne. Działania związane z zapobieganiem występowania nadwagi i otyłości powinny być prowadzone na wszystkich szczeblach, od lokalnego po międzynarodowy. Należy wdrażać na szczeblu lokalnym programy i przedsięwzięcia, które będą się uzupełniały ze strategiami na poziomie krajowym oraz międzynarodowym. Zapobieganie występowaniu otyłości i nadwagi jest najważniejszym problemem zdrowia publicznego, mającym istotne znaczenie w zwalczaniu niezakaźnych chorób przewlekłych.

Planowane zadania:

- 1) Zachęcanie mieszkańców do udziału w programach profilaktyki nadwagi i otyłości.
- 2) Informowanie społeczności lokalnej o realizowanych programach, przedsięwzięciach prozdrowotnych związanych z zapobieganiem występowania otyłości.
- 3) Promowanie nawyków prozdrowotnych związanych z dietą i aktywnością fizyczną.
- 4) Zwiększenie dostępu mieszkańców do infrastruktury sportowo-rekreacyjnej.
- 5) Propagowanie zdrowej żywności w sklepikach szkolnych.

8.6 Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych, niepełnosprawnych i ubogich.

W ostatnich dziesięcioleciach w Europie, w tym także w Polsce, wyraźnie zaznaczyła się tendencja starzenia się społeczeństw, której bezpośrednią przyczyną stał się spadek przyrostu naturalnego oraz wydłużanie trwania życia człowieka. Demografowie wskazują, że w wielu krajach europejskich co 7 osoba jest w wieku powyżej 65 roku życia. Polska już w 1967r. przekroczyła próg starości demograficznej (7% udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej strukturze ludności), natomiast aktualnie według norm ONZ należy do krajów o zaawansowanej starości demograficznej (ponad 10% osób w wieku 65 lat i więcej).

Starzenie się społeczeństwa oraz postęp medycyny wskazują, że procent osób (szczególnie starszych) zagrożonych niepełnosprawnością, a więc wymagających rehabilitacji, będzie się systematycznie zwiększał. Ta dramatycznie wysoka liczba osób niepełnosprawnych stanowi istotną przesłankę do wzmacniania działań mających na celu włączanie niepełnosprawnych do czynnego udziału w społecznym i ekonomicznym życiu społeczeństwa.

Niezmiernie ważne staje się równocześnie wzmacnianie zachowań społecznych nakierowanych na pełną akceptację i możliwości rozwoju osób starszych.

Ostatnie dane, dotyczące liczby osób niepełnosprawnych w Polsce pochodzą z Narodowego Spisu Powszechnego 2011. Według jego wyników w 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosiła około 4,7 mln. Liczba osób niepełnosprawnych w porównaniu do ogólnej liczby ludności stanowi 12,2% ludności. Udział mężczyzn wśród osób niepełnosprawnych wynosi 46,1% wobec 53,9% kobiet.

Liczba osób niepełnosprawnych w Gorzowie Wlkp. w roku 2002 i 2011, według płci.

Rok	Ogółem	w tym	
		Mężczyźni	Kobiety
2002	10 505	4 763	5 742
2011	9841	4 519	5 322

Źródło: opracowanie własne na podstawie Narodowego Spisu Powszechnego roku 2002 i 2011.

Liczba osób niepełnosprawnych w Gorzowie Wlkp. w roku 2011 jest mniejsza w stosunku do roku 2002 o 664 osoby.

Liczba osób niepełnosprawnych w roku 2002 w stosunku do ogólnej liczby mieszkańców Gorzowa wyniosła – 8,37%, natomiast w roku 2011 – 7,9%.

Szczegółowe cele i kierunki działań dotyczące osób starszych oraz niepełnosprawnych zostały przedstawione w „Strategii Polityki Społecznej Miasta Gorzowa Wielkopolskiego 2007+ oraz Programie działań na rzecz osób niepełnosprawnych Miasta Gorzowa Wielkopolskiego 2007 +”.

Znaczna liczba osób niepełnosprawnych w mieście Gorzów Wlkp. zainspirowała środowisko do tworzenia organizacji pozarządowych działających na rzecz rozwiązywania ich codziennych problemów. Organizacje te należą do jednych z aktywniejszych wśród całej liczby pozostałych organizacji. Liczba osób niepełnosprawnych stanowi przesłankę do wzmacniania działań mających na celu włączanie się niepełnosprawnych w społeczne i ekonomiczne życie społeczeństwa.

Planowane zadania:

- 1) Propagowanie aktywnego wykorzystania czasu wolnego poprzez wypoczynek i rekreację na obiektach sportowych.
- 2) Wspieranie osób starszych, niepełnosprawnych i ubogich w kształtowaniu właściwych nawyków żywieniowych oraz nawyku dbania o higienę osobistą.
- 3) Informowanie na temat przygotowania rodziny do pełnienia funkcji opiekuńczych nad osobami starszymi i niepełnosprawnymi.
- 4) Tworzenie warunków sprzyjających integracji środowisk ze szczególnym udziałem organizacji pozarządowych.
- 5) Realizacja przedsięwzięć związanych z rehabilitacją ruchową i społeczną seniorów i osób niepełnosprawnych.

8.7 Działania na rzecz mieszkańców w zakresie współpracy międzysektorowej.

Gmina i powiat jako wspólnota mieszkańców jest w stanie dobrze identyfikować lokalne problemy zdrowia publicznego ze względu na małą liczbę mieszkańców oraz znajomość lokalnej specyfiki zarówno ekonomicznej, społecznej, jak i kulturowej. Reforma administracji terenowej z 1999 roku nadała każdemu szczeblowi administracji samorządowej szereg kompetencji w prowadzeniu polityki prozdrowotnej. Konstytucyjne zasady pomocniczości oraz domniemania wykonywania zadań publicznych przez samorząd terytorialny, a w ramach samorządu domniemania wykonywania tych zadań przez gminę powodują, że stopnie samorządu lokalnego są uporządkowane względem siebie według zasady subsydialności, wzajemnego uzupełniania się i samodzielności w polityce prozdrowotnej. Oznacza to, że inicjatywy dotyczące problematyki szeroko pojętego zdrowia publicznego powinny mieć charakter oddolny, wychodzący ze wspólnoty obywatelskiej.

Organizacje pozarządowe stają się partnerem w definiowaniu różnych problemów społecznych, jak również w szukaniu rozwiązań w przeciwdziałaniu ich negatywnych skutków. Szczególnie w sferze ochrony zdrowia włączenie się w działania „trzeciego sektora” jest jednym z czynników dla prawidłowego i kompleksowego wdrożenia niniejszego programu.

Ponadto nieodzownym w realizacji promocji i profilaktyki zdrowia jest połączenie działań, zarówno jednostek samorządu terytorialnego z wykorzystaniem infrastruktury samorządowej, placówek edukacyjnych, służby zdrowia i organizacji pozarządowych. Natomiast w celu skutecznego dotarcia z informacją do wszystkich zainteresowanych wskazane jest dążenie do intensyfikacji współpracy z lokalnymi mediami.

Planowane zadania:

- 1) Współpraca jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pozarządowych i innych jednostek działających w mieście w zakresie profilaktyki zdrowia mieszkańców.
- 2) Realizacja oraz udział w ogólnopolskich programach i kampaniach zdrowotnych.
- 3) Zlecenie realizacji zadań organizacjom pozarządowym w drodze otwartych konkursów ofert.
- 4) Współpraca z organizacjami pozarządowymi i innymi podmiotami działającymi w sferze ochrony zdrowia.

Rysunek 4. Schemat integracji działań Miasta Gorzowa Wlkp. z innymi podmiotami w zakresie realizacji zadań na rzecz promocji i profilaktyki zdrowia mieszkańców.



9. Sprawozdawczość programu.

Informacje z realizacji programu za rok kalendarzowy będą przedkładane Radzie Miasta Gorzowa Wlkp. w terminie do 30 maja roku następnego.