

UCHWAŁA NR 1705/2025
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

z dnia 17 kwietnia 2025 r.

zmieniająca Uchwałę Nr 3080/2020 z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie: przyjęcia dokumentu pn.: „Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030”.

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt. 2 i art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz.U.2024 poz. 566 ze zm.) oraz art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.2024 poz. 1670 ze zm.) Zarząd Województwa Wielkopolskiego uchwala, co następuje:

§ 1.

W Uchwale Nr 3080/2020 Zarządu Województwa Wielkopolskiego z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie: przyjęcia dokumentu pn.: „Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030”, wprowadza się zmianę polegającą na tym, że załącznik do Uchwały otrzymuje brzmienie jak w załączniku do niniejszej Uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Uzasadnienie do uchwały Nr 1705/2025

Zarządu Województwa Wielkopolskiego

z dnia 17 kwietnia 2025 r.

zmieniającej Uchwałę Nr 3080/2020 z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie: przyjęcia dokumentu pn.: „Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030”.

Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 r. wskazuje samorząd województwa, jako wykonujący zadania o charakterze wojewódzkim określone ustawami w zakresie promocji i ochrony zdrowia, natomiast ustawa o zdrowiu publicznym z dnia 11 września 2015 r. wskazuje jednostki samorządu terytorialnego jako realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego.

Zmieniany nniejszą Uchwałą dokument pn.: „Polityka zdrowotna Województwa Wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021 – 2030” (Polityka Zdrowotna), został zaktualizowany o zapisy:

- Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025,

- Załącznika nr 1 do dokumentu pn.: „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (Zdrowa Przyszłość), opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia, pt.: Strategia Deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi”.

Podstawą opracowania w 2020 roku Polityki Zdrowotnej był Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020, aktualny w czasie tworzenia i przyjmowania przez Zarząd dokumentu. Zapisy kolejnego NPZ na lata 2021-2025 zostały uwzględnione obecnie w dokumencie Polityka Zdrowotna. Z kolei w dokumencie Zdrowa Przyszłość znajdują się zapisy odnoszące się do opieki zdrowotnej, między innymi w obszarze deinstytucjonalizacji w kontekście osób starszych, co również zostało ujęte w aktualizowanej treści Polityki Zdrowotnej.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest zasadne.

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO
w Poznaniu
Departament Zdrowia
Wydział Zdrowia Publicznego



Poznań 2020
Aktualizacja: kwiecień 2025

Spis treści

<u>I. Wstęp</u>	3
1. <u>Wprowadzenie</u>	5
2. <u>Uwarunkowania prawne</u>	7
<u>II. Demografia</u>	20
1. <u>Liczba i rozmieszczenie mieszkańców</u>	21
2. <u>Struktura wieku</u>	24
3. <u>Ruch naturalny ludności</u>	27
<u>III. Główne problemy zdrowotne</u>	32
1. <u>Występowanie</u>	32
2. <u>Umieralność</u>	37
<u>IV. Ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców Wielkopolski i czynników mających na nie wpływ</u>	41
1. <u>Subiektywna ocena stanu zdrowia</u>	42
a. <u>Samoocena stanu zdrowia całej populacji</u>	42
b. <u>Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 15 lat i więcej</u>	43
c. <u>Samoocena stanu zdrowia dzieci do 14 lat</u>	44
2. <u>Waga i wzrost</u>	44
a. <u>Waga dorosłych</u>	44
b. <u>Wzrost dorosłych</u>	46
c. <u>Wzrost i waga dzieci</u>	46
3. <u>Główne problemy zdrowotne</u>	47
a. <u>Choroby i dolegliwości przewlekłe w całej populacji</u>	47
b. <u>Choroby przewlekłe w populacji w wieku 15 lat i więcej</u>	48
c. <u>Choroby przewlekłe dzieci w wieku do 14 lat</u>	50
4. <u>Wypadki</u>	50
5. <u>Samopoczucie psychofizyczne osób w wieku 15 lat i więcej</u>	51
a. <u>Odczuwanie bólu fizycznego</u>	51
b. <u>Zdrowie psychiczne - depresja</u>	52
6. <u>Styl życia</u>	52
a. <u>Spożycie owoców i warzyw</u>	52
b. <u>Aktywność fizyczna</u>	54
c. <u>Palenie tytoniu</u>	61
7. <u>Warunki zamieszkania</u>	62
a. <u>Azbest</u>	63
b. <u>Zanieczyszczenie powietrza i wody</u>	66

<u>V. Założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w obszarze zdrowia publicznego w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia</u>	68
1. <u>Wprowadzenie</u>	68
2. <u>Cele</u>	69
a. <u>Cel strategiczny</u>	69
b. <u>Cele operacyjne i zadania</u>	69
3. <u>Monitoring i ewaluacja</u>	71
a. <u>Wskaźniki monitorujące</u>	71
b. <u>Oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorujących</u>	71

I. Wstęp

Samorząd Województwa Wielkopolskiego od momentu swojego powstania wykonuje różnorodne zadania z zakresu ochrony zdrowia, opierając swoją politykę zdrowotną na potrzebach zdrowotnych regionu oraz szeregu krajowych i regionalnych uregulowaniach prawnych i dokumentach o charakterze strategicznym.

Polityka zdrowotna, szczególnie w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia, jest w swej naturze zagadnieniem długofalowym, a jej efekty będą widoczne w perspektywie kilkunastu, jeśli nie kilkudziesięciu lat.

W ostatnich latach przyjęto formułę programowania i realizacji działań z zakresu zdrowia publicznego, a w szczególności promocji i profilaktyki zdrowia w oparciu o dokument kierunkowy jakim były Wojewódzkie Programy Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla Województwa Wielkopolskiego.

Niniejszy dokument powstał w sytuacji funkcjonującej ustawy o zdrowiu publicznym, Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 oraz regionalnych map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia. Następnie został zaktualizowany o zapisy kolejnego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (przyjętego Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 roku) oraz zapisy Załącznika nr 1 do dokumentu pn.: „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (Zdrowa Przyszłość), opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia, pt.: Strategia Deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi”.

Aktualna diagnoza sytuacji demograficzno-epidemiologicznej potwierdziła utrzymywanie się takich długofalowych trendów jak starzenie się społeczeństwa przy jednoczesnym wydłużaniu się czasu życia i dominację chorób cywilizacyjnych, powiązanych nie tylko ze stylem życia, ale również warunkami i środowiskiem przyrodniczo-społecznym, w którym żyjemy. W ostatnim czasie coraz istotniejszą stała się też kwestia ochrony zdrowia psychicznego. Jeszcze bardziej uwidacznia to holistyczny wymiar zdrowia i jego wpływu na nasze życie. Z tego względu priorytetowym wyzwaniem i punktem odniesienia dla działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym promocji i profilaktyki zdrowia staje się nie tyle stan zdrowia, ale jakość życia, czyli dobrostan pozwalający na jak najlepsze funkcjonowanie człowieka zarówno jako jednostki i członka wspólnoty lokalnej. Dlatego też obecny dokument

uwzględnia również subiektywne postrzeganie stanu zdrowia przez mieszkańców Wielkopolski i problemów z tym związanych.

Sformułowane w niniejszym dokumencie założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego dają podstawę, aby projektowane w oparciu o nie działania przysłużyły się realizacji celu strategicznego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ 2016-2020) oraz Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (NPZ 2021-2025), jakim jest dla NPZ 2016-2020: wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych, a dla następującego po nim NPZ 2021-2025: zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, przy uwzględnieniu specyficznych potrzeb społeczności Wielkopolski. Jest to o tyle ważne, że cele te zapewne pozostaną już stałym wyznacznikiem na continuum działań z zakresu promocji i profilaktyki zdrowotnej.

1. Wprowadzenie

Zdrowie to jedna z najcenniejszych wartości w życiu człowieka. Jest podstawą prawidłowego funkcjonowania jednostki we wszystkich aspektach jej aktywności życiowej, a więc rozwoju fizycznego, psychicznego i społecznego.

Zdrowie jednostki jest nie tylko wartością indywidualną, ale także istotną wartością społeczną. Stąd też ogromna odpowiedzialność władz publicznych, które mają prawo i obowiązek do kreowania polityki w trosce o zdrowie społeczeństwa. Jest to jedno z najważniejszych uprawnień i odpowiedzialności władzy, niezależnie od szerokości i zakresu kompetencji.

Podjmując próbę zdefiniowania terminu polityka zdrowotna w odniesieniu do władzy publicznej, można postawić tezę, że jest to troska administracji rządowej i samorządowej o ekologiczne i społeczne warunki sprzyjające umacnianiu i rozwojowi zdrowia zbiorowości.

Samorządy terytorialne, jako istotne elementy władzy publicznej ponoszą odpowiedzialność za tworzenie polityki zdrowotnej na swoim terenie.

Prowadzenie określonej polityki zdrowotnej opiera się na okresowej identyfikacji potrzeb zdrowotnych mieszkańców danego regionu przy zastosowaniu profesjonalnych badań epidemiologicznych i socjomedycznych. Uzyskana w ten sposób wiedza stanowi punkt wyjścia do ustalenia priorytetów i głównych kierunków działań prowadzących do poprawy sytuacji zdrowotnej, opracowania i realizacji oraz koordynacji programów zdrowotnych realizowanych przez różne podmioty.

Powszechnie wiadomo, że zdrowie jest jednym z głównych czynników mających wpływ na rozwój gospodarczy oraz poprawę poziomu życia społeczeństwa. Znana jest także zasada, że znacznie bardziej opłacalnym i skuteczniejszym procesem w zachowaniu zdrowia jest zapobieganie niż leczenie i rehabilitacja. Dlatego też profilaktyka i promocja zdrowia powinny odgrywać znaczącą rolę w działaniach podejmowanych przez instytucje odpowiedzialne za zdrowie publiczne, do których należy również samorząd województwa.

Jednocześnie, aby ułatwić czytelnikowi podążanie za treściami przedstawionymi w tym dokumencie i ich implikacjami dla samorządu terytorialnego warto w tym miejscu odnieść się do samego pojęcia zdrowia publicznego.

Zgodnie z definicją WHO zdrowie publiczne to zorganizowany wysiłek społeczny, realizowany głównie przez wspólne działania instytucji publicznych, mający na celu polepszenie, promocję, ochronę i przywracanie zdrowia ludności. Obejmuje, między innymi, takie rodzaje działalności jak analizę sytuacji zdrowotnej, nadzór zdrowotny, promocję zdrowia, zapobieganie, zwalczanie chorób zakaźnych, ochronę środowiska i sanitację, działania przygotowawcze na wypadek katastrof i nagłych sytuacji zdrowotnych i medycynę pracy¹.

Definicja ta jasno pokazuje, iż zdrowie publiczne to zdecydowanie więcej niż tradycyjnie pojmowana ochrona zdrowia jako świadczenia opieki zdrowotnej. To troska o zdrowie jako zasób i jego wzmacnianie, a nie tylko utrzymywanie swoistego minimum pozwalającego na egzystencję, ale nie gwarantującego satysfakcjonującej jakości życia.

Z tego względu, dla osiągnięcia tak sformułowanego paradygmatu zdrowia publicznego niezbędna jest współpraca wszystkich sektorów życia publicznego i instytucji je reprezentujących, a przede wszystkim tych odpowiedzialnych za opiekę społeczną, środowisko i warunki życia oraz aktywność fizyczną. W sytuacji samorządu województwa koordynowanie tej współpracy w naturalny sposób przypisane jest do komórki zajmującej się zdrowiem, a więc w przypadku Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego – Departamentu Zdrowia, a ściślej rzecz ujmując Wydziału Zdrowia Publicznego i Przeciwdziałania Uzależnieniom.

¹ Światowa Organizacja Zdrowia: Public Health (ang.). W: Health Systems Strengthening Glossary [on-line]. tłumaczenie za pl.wikipedia.org [dostęp 2020-10-15].

2. Uwarunkowania prawne

Państwo zobowiązane jest do nakreślenia norm prawnych będących podstawą uprawnień i obowiązków podmiotów polityki zdrowotnej. Władza centralna przyjmuje również dokumenty programowe wytyczające priorytetowe kierunki polityki zdrowotnej państwa.

Wśród najważniejszych dokumentów należy wskazać Konstytucję i inne ustawy uchwalone przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej, w tym przede wszystkim ustawę o samorządzie województwa, ustawę o zdrowiu publicznym i ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, krajowe programy zdrowotne takie jak Narodowy Program Zdrowia, Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, rozporządzenia ministra zdrowia, dokumenty przyjmowane na szczeblu regionu – województwa takie jak Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2030.

Najistotniejsze są normy zawarte w Art. 68 Konstytucji RP. Pierwszoplanowe znaczenie ma tu treść ustępu 1 cyt.: *„Każdy ma prawo do ochrony zdrowia”*. W ustępie 2 stwierdza się, że cyt. : *„Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych...”*. Władze publiczne zostały także zobowiązane do zapewnienia cyt. *„szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku”*. – ustęp 3, oraz do *„...zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska”* – ustęp 4.

Sprawy zdrowia znajdują się jeszcze w dwóch innych artykułach Konstytucji RP, Art. 71 nakłada na władze publiczne obowiązek pomocy matkom, przed i po urodzeniu dziecka. Natomiast Art. 76 zobowiązuje do ochrony konsumentów, użytkowników i najemców przed działaniami zagrażającymi ich życiu i zdrowiu.

Analizując rolę władz samorządowych należy kierować się wynikającą z Art.15 Konstytucji RP zasadą decentralizacji władzy publicznej, oraz wskazaną w Art. 163 i Art. 164 zasadą domniemania kompetencji samorządu terytorialnego.

Reforma samorządowa wyraźnie wskazała, że to społeczność lokalna i wybierane w jej imieniu władze samorządowe mają być gospodarzem danego terenu – gminy, powiatu i województwa, dbającym o interes publiczny, także w zakresie zdrowia publicznego, w szczególności promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. W ten sposób

potwierdzono tezę, że dana społeczność najlepiej zna swoje potrzeby i problemy zdrowotne i wie, co zrobić, aby je zapewnić. Główne zadania samorządu terytorialnego wszystkich szczebli w zakresie ochrony zdrowia obejmują:

1. tworzenie ogólnej strategii i planowanie polityki ochrony zdrowia na danym terenie,
2. podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego,
3. podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

Zadania Samorządu Województwa z zakresu promocji i ochrony zdrowia zapisane są w ustawie z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie województwa oraz w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 czerwca 2004 roku. Dokument ten określa, że do zadań własnych samorządu województwa w zakresie opieki zdrowotnej należy w szczególności:

1. opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami;
2. opracowanie i wdrażanie programów innych niż określone w pkt 1 służących realizacji zadań w zakresie ochrony zdrowia;
3. inspirowanie i promowanie rozwiązań w zakresie wzrostu efektywności, w tym restrukturyzacji w ochronie zdrowia;
4. podejmowanie innych działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.

W 2015 r. uchwalono fundamentalny dokument dla kształtowania i realizacji polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i promocji zdrowia, jakim jest ustawa o zdrowiu publicznym, a w jego konsekwencji Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 oraz Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025. Dzięki temu upodmiotowiono zdrowie publiczne, czyniąc duży krok ku zrozumieniu specyfiki tego obszaru nauk o zdrowiu i typowych dla niego interwencji, szczególnie w sensie praktycznym. Samorząd województwa realizuje w ramach swoich kompetencji,

wynikających z innych aktów prawnych, następujące zadania z obszaru zdrowia publicznego wskazane w ustawie:

- monitorowanie i ocenę stanu zdrowia społeczeństwa, zagrożeń zdrowia oraz jakości życia związanej ze zdrowiem społeczeństwa;
- edukację zdrowotną dostosowaną do potrzeb różnych grup społeczeństwa, w szczególności dzieci, młodzieży i osób starszych;
- promocję zdrowia;
- profilaktykę chorób;
- działania w celu rozpoznawania, eliminowania lub ograniczania zagrożeń i szkód dla zdrowia fizycznego i psychicznego w środowisku zamieszkania, nauki, pracy i rekreacji;
- ograniczanie nierówności w zdrowiu wynikających z uwarunkowań społeczno-ekonomicznych;
- działania w obszarze aktywności fizycznej.

Informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku zadaniach z zakresu zdrowia publicznego jednostka samorządu terytorialnego przekazuje corocznie wojewodzie, który weryfikuje ją pod względem zgodności z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz z celami operacyjnymi i zadaniami służącymi do ich realizacji, określonymi w Narodowym Programie Zdrowia.

Kolejnym dokumentem rangi ustawy odnoszącym się do profilaktyki zdrowotnej jest ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r., która uznaje zdrowie psychiczne jako fundamentalne dobro osobiste człowieka, a ochronę praw osób z zaburzeniami psychicznymi powierza jako obowiązek państwu, w tym m.in. jednostkom samorządu terytorialnego. Władze samorządowe czyni się odpowiedzialnymi za organizowanie i prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia psychicznego i zapobiegania zaburzeniom psychicznym. Działania te mogą być realizowane poprzez rozwijanie wiedzy i umiejętności w tym zakresie, radzenia sobie ze stresem i wymaganiami środowiska oraz zwiększania kontroli nad własnym zdrowiem. Samorząd winien wspierać działania w zakresie kształtowania zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego, a także tworzenie placówek zajmujących się poradnictwem psychologicznym i pomocą psychospołeczną. W świetle dotychczasowych doświadczeń w realizacji tych zadań w oparciu o dwie edycje Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego priorytetowym staje się wprowadzenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej integrującego wsparcie społeczne jako obowiązującego w systemie ochrony zdrowia w Polsce.

Dopełnieniem wskazanych powyżej aktów prawnych są narodowe i regionalne programy na czele z Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ 2016-2020) i Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025 (NPZ 2021-2025) oraz Strategią Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2030. Na uwagę zasługują także zapisy Załącznika nr 1 do dokumentu pn.: „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” (Zdrowa Przyszłość), opracowanego przez Ministerstwo Zdrowia, pt.: Strategia Deinstytucjonalizacji: Opieka zdrowotna nad osobami starszymi”.

W NPZ 2016-2020 celem strategicznym jest wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, który winien być osiągnięty poprzez realizację 6 celów operacyjnych:

1. Poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
2. Profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
3. Profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa
4. Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
5. Promocję zdrowego i aktywnego starzenia się;
6. Poprawę zdrowia prokreacyjnego.

Do każdego z celów operacyjnych przyporządkowano szereg zadań wraz ze wskazaniem odpowiedzialnych za ich realizację.

Jednostki samorządu terytorialnego uczyniono odpowiedzialnymi za następujące zadania:

Cel 1:

Prowadzenie prozdrowotnej polityki publicznej ukierunkowanej na:

- tworzenie warunków umożliwiających kształtowanie i utrzymanie prawidłowych wzorców odżywiania i aktywności fizycznej w środowiskach nauki, pracy, służby i wypoczynku;
- określanie warunków zabudowy miast, budowy dróg i mostów w sposób sprzyjający ruchowi pieszemu, rowerowemu i aktywności fizycznej, uwzględniając potrzeby osób niepełnosprawnych;

Promowanie kultury fizycznej przez:

- zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej;
- promowanie i poprawa bezpieczeństwa ruchu pieszego i rowerowego;

Prowadzenie działań na rzecz zachowania właściwej masy ciała, w tym:

- tworzenie grup wsparcia dla osób z otyłością (dot. JST wyłonionych w drodze konkursu ogłoszonego przez MZ);

Cel 2 – ze względu na specyfikę formalno-prawną tego obszaru, jak już wielokrotnie wskazano, w przypadku alkoholu i narkotyków został on całościowo opisany w odrębnych dokumentach (Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii i Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych)

Program zwalczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych:

- upowszechnianie, wdrażanie, udoskonalanie i poszerzanie oferty programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej, zalecanych w ramach systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, które biorą pod uwagę wspólne czynniki ryzyka palenia wyrobów tytoniowych i innych zachowań ryzykownych, czynniki chroniące i wspierające prawidłowy rozwój;
- upowszechnienie informacji dotyczących zagrożeń wynikających z używania wyrobów tytoniowych i wyrobów powiązanych, w tym realizacja kampanii informacyjno-edukacyjnych;

Cel 3

Wspieranie zdrowia psychicznego:

- prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw,

zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych.

Zapobieganie zaburzeniom psychicznym:

Opracowanie i realizacja programów zapobiegania problemom zdrowia psychicznego w rodzinie i w środowisku lokalnym

- szkolenia dla różnych grup zawodowych (w tym nauczycieli, lekarzy, inspektorów sanitarnych, prokuratorów, służb mundurowych, straży miejskich) dotyczące zagrożeń oraz konsekwencji rozwojowych i zdrowotnych u dzieci i młodzieży oglądających pornografię.

Pozostałe zadania wspierające realizację celu operacyjnego:

- powołanie zespołu koordynującego działania i monitorującego realizację zadań dotyczących promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki zaburzeń psychicznych, z udziałem przedstawicieli jednostek organizacyjnych pomocy społecznej, opieki zdrowotnej oraz systemu oświaty na danym obszarze.

Cel 4

Kształtowanie środowiska sprzyjającego zdrowiu:

- prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne u osób pracujących w narażeniu na czynniki szkodliwe w miejscu i ograniczanie narażenia na czynniki szkodliwe w zakładach pracy.

Profilaktyka

- prowadzenie zintegrowanej, skojarzonej profilaktyki próchnicy zębów, w tym organizacja bezpłatnej opieki stomatologicznej (profilaktycznej i leczenia) dla dzieci i młodzieży;

Cel 5

Prowadzenie polityki senioralnej ukierunkowanej na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych, w tym:

- tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych;
- wspieranie aktywności osób starszych na poziomie lokalnym;
- podejmowanie działań niwelujących skutki ubóstwa i zapobieganie wykluczeniu społecznemu i marginalizacji osób starszych;

Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do potrzeb osób starszych:

- przygotowanie systemu opieki zdrowotnej do udzielania świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem charakterystycznej w tej grupie wiekowej wielochorobowości i niepełnosprawności, w tym opracowanie i wdrożenie zasad koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej;
- rozwijanie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych i rehabilitacyjnych dostosowanych do potrzeb osób starszych, niesamodzielnych;

W następującym po NPZ 2016-2020, kolejnym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021-2025, celem strategicznym jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu, który powinien być osiągnięty poprzez realizację 5 celów operacyjnych:

1. Profilaktykę nadwagi i otyłości,
2. profilaktykę uzależnień,
3. promocję zdrowia psychicznego,
4. zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne,
5. wyzwania demograficzne.

Do każdego z celów operacyjnych przyporządkowano szereg zadań wraz ze wskazaniem odpowiedzialnych za ich realizację. Jednostki samorządu terytorialnego uczyniono odpowiedzialnymi za następujące zadania:

Cel operacyjny 1: Profilaktyka nadwagi i otyłości.

- Promocja aktywności fizycznej – wsparcie pozalekcyjnych form aktywizacji fizycznej dzieci i młodzieży,
- Działania edukacyjne skierowane do pacjentów z cukrzycą oraz ich rodzin i opiekunów mające na celu ograniczenie powikłań cukrzycy oraz poprawę jakości i długości życia chorych,

- Szkolenia w zakresie zasad zdrowego żywienia i aktywności fizycznej dla grup zawodowych zaangażowanych w działania na rzecz walki z nadwagą i otyłością (pracodawcy, przemysł spożywczy, menedżerowie zdrowia, zawody medyczne, nauczyciele, pracownicy ochrony zdrowia, pracownicy PIS).

Cel operacyjny 2: Profilaktyka uzależnień.

- Edukacja zdrowotna i profilaktyka uzależnień (uniwersalna, selektywna, wskazująca) realizowana zgodnie z wynikami badań naukowych (w tym epidemiologicznych) oraz dobrą praktyką w dziedzinie przeciwdziałania uzależnieniom,
- Monitorowanie i badania problematyki związanej z sytuacją epidemiologiczną w zakresie używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów, używania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP, spożywania alkoholu (z uwzględnieniem monitorowania poziomu i struktury spożycia oraz dostępności alkoholu),
- Edukacja kadr (w tym szkolenia) uczestniczących w realizacji zadań z zakresu profilaktyki uzależnień,
- Poszerzanie i udoskonalanie oferty oraz wspieranie realizacji programów profilaktyki o naukowych podstawach lub o potwierdzonej skuteczności, w szczególności zalecanych w ramach Systemu rekomendacji programów profilaktycznych i promocji zdrowia psychicznego,
- Poszerzanie i podnoszenie jakości oferty pomocy psychologicznej, socjoterapeutycznej i opiekuńczo-wychowawczej dla dzieci z rodzin z problemem alkoholowym i ich rodzin,
- Zwiększenie dostępności i podniesienie jakości specjalistycznej pomocy dla osób doznających przemocy w rodzinie,
- Redukcja szkód, leczenie, rehabilitacja i reintegracja społeczna osób uzależnionych oraz ich bliskich.

Uzależnienie od alkoholu:

- Wdrożenie i upowszechnianie standardów i procedur profilaktyki, diagnozy oraz terapii FASD (Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej,

- Kształcenie personelu medycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wzorów picia i podejmowania interwencji wobec pacjentów pijących alkohol ryzykownie i szkodliwie oraz na temat FASD,
- Zmniejszanie dostępności fizycznej i ekonomicznej alkoholu,
- Zwiększanie skuteczności w przestrzeganiu prawa w zakresie produkcji, dystrybucji, sprzedaży, reklamy, promocji oraz spożywania napojów alkoholowych,

Uzależnienia od zachowań (uzależnienia behawioralne):

- Upowszechnianie wiedzy dotyczącej problematyki uzależnień behawioralnych, w tym wydawanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, prowadzenie kampanii społecznych, strony i poradni internetowej oraz telefonu zaufania.

Uzależnienia od narkotyków:

- Zadania na rzecz ograniczania stosowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych i NSP.

Cel operacyjny 3: Profilaktyka zdrowia psychicznego.

- Realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej.

Zapobieganie zachowaniom samobójczym:

- Rozwijanie odpowiedzialnej polityki informacyjnej na temat zachowań samobójczych oraz czynników ryzyka i czynników chroniących z nimi związanych, w tym monitorowanie mediów, stosowanie zaleceń specjalistów (np. suicydologów, specjalistów zdrowia publicznego) w opracowywaniu materiałów informacyjnych i innych przekazów o charakterze medialnym przez instytucje publiczne oraz media publiczne,
- Ograniczanie dostępu do metod dokonywania samobójstw w celu zmniejszenia liczby zachowań samobójczych we wszystkich grupach wiekowych, w tym wspieranie inicjatyw mających na celu poprawę bezpieczeństwa w różnych obiektach, np. mostach, wiaduktach, w obszarze infrastruktury kolejowej (m.in. stacje kolejowe, przejazdy, perony) i budynkach, a także podejmowanie racjonalnych działań w obszarze dostępności leków (OTC), środków medycznych i innych toksycznych substancji chemicznych wykorzystywanych w celach samobójczych,

- Opracowanie, wdrażanie i ewaluacja programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej ukierunkowanych na zapobieganie zachowaniom samobójczym, dostosowanych do potrzeb różnych populacji,
- Zapewnienie dostępu do pomocy w kryzysie psychicznym przez dostęp do konsultacji za pośrednictwem narzędzi teleinformatycznych (w tym telefony wsparcia i zaufania, poradnie internetowe, infolinie i linie wsparcia), dostosowanej do potrzeb osób w różnym wieku,
- Rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia, pracowników oświaty, pomocy społecznej, służb mundurowych, osób duchownych i innych grup zawodowych, w zakresie wczesnego wykrywania symptomów zachowań samobójczych oraz podejmowania interwencji wobec osób przejawiających zachowania samobójcze.

Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne.

- Działania edukacyjne dotyczące wpływu środowiska życia na zdrowie,
- Podejmowanie inicjatyw na rzecz profilaktyki chorób zawodowych i związanych z pracą, w tym ze służbą żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy oraz wzmocnienie zdrowia pracujących,
- Promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień – działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych.

Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne.

- Kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego,
- Upowszechnianie rozwiązań systemowych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, w tym w opiece prekoncepcyjnej i okołoporodowej,
- Wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa związanej ze zdrowiem jakości życia osób starszych,
- Rozwój usług wspierających zdrowie i jakość życia związaną ze zdrowiem u osób starszych i ich opiekunów nieformalnych, w szczególności przez rozwój dziennych form wsparcia i pomocy psychologicznej,
- Działania na rzecz koordynacji opieki nad osobami starszymi dostępnej w ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej,

- Edukacja ukierunkowana na profilaktykę problemów zdrowotnych występujących u osób starszych, w szczególności w zakresie urazów i prewencji upadków oraz zasad unikania skutków polipragmazji,
- Edukacja opiekunów nieformalnych osób starszych na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad właściwej opieki nad tymi osobami,
- Informowanie i edukacja przedstawicieli służb publicznych i zawodów niemedycznych mających częsty kontakt z osobami starszymi na temat chorób związanych z wiekiem oraz zasad postępowania w kontakcie z tymi osobami.

Wspomniany wcześniej dokument pn.: „Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030, został przyjęty przez Radę Ministrów w drodze uchwały w dniu 27 grudnia 2021 r. i jest kontynuacją „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne”, z tą różnicą, że obejmuje cały system, a nie jedynie środki europejskie. „Zdrowa Przyszłość” zakłada wizję przyjaznego, nowoczesnego i efektywnego systemu ochrony zdrowia, który przyczyni się do poprawy dobrostanu społeczeństwa. Celem zaprezentowanych w nim działań jest zapewnienie obywatelom dostępu do wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych - równego i odpowiedniego do potrzeb zdrowotnych, poprzez przyjazny, nowoczesny i efektywny system. Oczekiwanym efektem wprowadzenia zmian wskazanych w „Zdrowej Przyszłości” jest wydłużenie trwania życia w zdrowiu i poprawa stanu zdrowia społeczeństwa – co jest spójne w części z celami strategicznymi NPZ na lata 2016-2020 i NPZ na lata 2021-2025. Omawiany dokument stanowi także dokładnie określoną strategię na rzecz deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, złożoną z dwóch części, w postaci dwóch załączników do „Zdrowej Przyszłości”. Obejmuje dwie grupy: osoby starsze oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi. Potrzeby mieszkańców Wielkopolski w zakresie zdrowia psychicznego zostały ujęte w Regionalnym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2025-2030, dlatego zasadnym jest włączenie do „Polityki Zdrowotnej” zagadnień przeznaczonych w Zdrowej Przyszłości-strategii deinstytucjonalizacji dla osób starszych. Celem głównym strategii deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w kontekście osób starszych jest poprawa jakości życia związanej ze zdrowiem ich oraz opiekunów w środowisku lokalnym, a także wsparcie w utrzymaniu niezależności osób starszych, umożliwiającej im jak najdłuższe funkcjonowanie w środowisku lokalnym. Uwzględniając specyfikę

i problematykę systemu ochrony zdrowia w Polsce, za kluczowe dla realizacji tego celu przyjęto sześć obszarów strategicznych:

I. Rozwój zasobów kadrowych;

CEL SZCZEGÓŁOWY: Podniesienie kompetencji personelu udzielającego opieki zdrowotnej osobom starszym potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w środowisku lokalnym.

II. Rozwój form opieki dziennej.

CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwijanie form dziennej opieki medycznej nad osobami starszymi, potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze szczególnym uwzględnieniem regionów oraz obszarów wiejskich, w których dostęp do świadczeń opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej jest najbardziej ograniczony.

III. Rozwój form opieki domowej.

CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych.

IV. Rozwój innowacyjnych form opieki.

CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępności usług z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych oraz innych osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

V. Wsparcie opiekunów nieformalnych.

CEL SZCZEGÓŁOWY: Rozwój wsparcia środowiskowego dla opiekunów nieformalnych osób starszych potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

VI. Koordynacja środowiskowej opieki zdrowotnej.

CEL SZCZEGÓŁOWY: Zwiększenie dostępu do kompleksowej informacji na temat istniejącego wsparcia zdrowotnego dla osób starszych i ich opiekunów.

Zadania przypisane do celów szczegółowych w tych obszarach wskazują źródła finansowania: Środki Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS), Środki Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025, Środki przewidziane na realizację krajowego planu w zakresie demencji, Budżet państwa, Budżet NFZ, Środki Pomocy technicznej Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) i Środki publiczne. Koordynatorami zadań są Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, IZ RPO (Instytucja Zarządzająca Regionalny Program

Operacyjny), a także Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) we współpracy z MZ i MEiN.

Należy również pokreślić znaczenie, dla omawianych w niniejszym dokumencie zagadnień, dwóch strategicznych dokumentów regionalnych, a mianowicie *Strategii Polityki Społecznej Województwa Wielkopolskiego do roku 2030 (projekt)* i *Strategii Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do roku 2030*.

Zauważalną zmianą w okresie obowiązywania niniejszego dokumentu może być nowa formuła Strategii polityki społecznej dla Wielkopolski do roku 2030, która na etapie projektowym została ograniczona wyłącznie do zagadnień tradycyjnie związanych ze sferą pomocy społecznej. Tym samym wzrasta znaczenie i kierunkowa rola niniejszego dokumentu w zakresie polityki zdrowotnej województwa w obszarze zdrowia publicznego. Niezależnie zapisy obu NPZ oraz Strategii Rozwoju Województwa nie budzą wątpliwości, że sfery zdrowotna i społeczna pozostają w ścisłej relacji i wspólnie odpowiadają za realizację celów polityk, w szczególności dotyczących uzależnień, niepełnosprawności, zdrowia psychicznego i seniorów.

Strategia Rozwoju Województwa Wielkopolskiego do 2030 roku wprost uzależnia osiągnięcie założonego celu strategicznego – „rozwój społeczny Wielkopolski oparty na zasobach materialnych i niematerialnych regionu” i jednego z jego celów operacyjnych – „rozwój Wielkopolski świadomy demograficznie” od kształtowania prozdrowotnego stylu życia jego mieszkańców, wspartego działaniami z zakresu profilaktyki głównych problemów w zdrowotnych populacji.

Dalsze zwiększenie dostępności profilaktyki, wczesnej diagnostyki oraz kompleksowego leczenia jest jednym z kluczowych kierunków interwencji Samorządu Województwa Wielkopolskiego. Podyktowane jest to obserwowaną pozytywną prozdrowotną zmianą stylu życia, która zderza się ze zdrowotnymi konsekwencjami rozwoju cywilizacyjnego w postaci chorób cywilizacyjnych, w tym przewlekłych. Dlatego też jako ważne wskazuje się wspieranie i promowanie różnorodnych inicjatyw mających na celu upowszechnianie zasad zdrowego stylu życia, wiedzy o zdrowiu i możliwie najskuteczniejsze wyeliminowanie czynników ryzyka zwiększających zachorowalność, w tym: palenia tytoniu, nadużywania alkoholu, nieprawidłowej diety i niskiej aktywności fizycznej. Zwraca uwagę przewartościowanie postrzegania opieki zdrowotnej nie tylko jako tradycyjnej medycyny naprawczej. Dokument wyraźnie

wskazuje, że „poprawa dostępu do opieki zdrowotnej to nie tylko programy profilaktyki, ale także wczesnego wykrywania zagrożeń niesprawnością, kompleksowe programy rehabilitacji, czy rozwój telemedycyny i teleopieki.(...) Wzmocnienia wymaga także współpraca podmiotów i instytucji zdrowotnych i opiekuńczych. Zjawiska cywilizacyjne przyczyniają się do nasilania problemów psychicznych, dlatego Samorząd Województwa będzie z jednej strony promował profilaktykę zdrowia psychicznego, z drugiej wpierał poprawę dostępu do ochrony zdrowia psychicznego. Szczególnie wrażliwą kategorią osób w tym względzie są dzieci i młodzież”.

W ramach tego strategicznego celu wskazano szereg pakietów działań niezbędnych do jego osiągnięcia. Jednym z nich jest „Realizacja programów dotyczących profilaktyki zdrowotnej”. *Projekt dotyczy wdrażania programów profilaktyki zdrowotnej przygotowywanych przez jednostki samorządu terytorialnego (programy polityki zdrowotnej) w oparciu o zdiagnozowane, istotne problemy zdrowotne mieszkańców. Programy te mogą obejmować swym zasięgiem całe województwo albo wydzielone obszary np. aglomerację poznańską. Celem programów jest poprawa kondycji zdrowotnej mieszkańców, wzrost świadomości zdrowotnej i wiedzy o zdrowiu, a w dalszej perspektywie, wydłużenie okresu aktywności zawodowej oraz zapewnienie lepszej jakości życia. Co istotne* **Strategia mocno akcentuje aspekt wielowymiarowej współpracy, która przyczynia się do tworzenia dobrej jakości dokumentów i projektów, aktywizuje, inspiruje i wspiera w osiąganiu celów.** Strategia tworzy warunki do większego angażowania się samorządów gminnych i powiatowych w realizację wspólnych projektów i we współpracę ponad granicami administracyjnymi, przez co umożliwia zaspokojenie potrzeb nawet najmniejszych społeczności lokalnych. Należy podkreślić, że w obszarze zdrowia podejście to pozostaje szczególnie aktualne.

II. Demografia

Struktura demograficzna populacji w szczególności jej rozkład według płci i wieku, w naturalny sposób odzwierciedla zagrożenia jak i potrzeby zdrowotne danej populacji zarówno aktualne jak i przewidywane. W opracowaniu poniżej przedstawiono zmiany jakie zaszły na przestrzeni lat 2011-2019, czyli od momentu opracowywania poprzedniego dokumentu.

Województwo wielkopolskie zajmujące obszar 29 826 km² leży w środkowo-zachodniej części Polski, stanowiąc wraz z województwami lubuskim

i zachodniopomorskim tzw. region północno-zachodni. Struktura administracyjna województwa wielkopolskiego w 2019 r. obejmowała 31 powiatów, 4 miasta na prawach powiatu oraz 226 gmin, z tego 19 miejskich, 94 miejsko-wiejskie i 113 wiejskich. Sieć osadniczą województwa tworzy 113 miast i 5456 miejscowości wiejskich.

Wielkopolska jest:

- **drugim** co do wielkości,
- **trzecim** pod względem liczby mieszkańców,
- **ósmym** w zakresie gęstości zaludnienia,

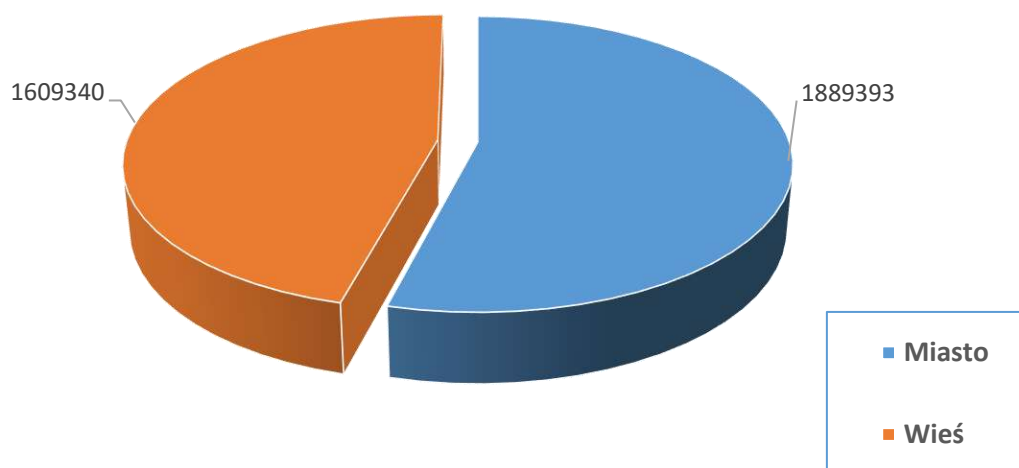
województwem w Polsce.



1. Liczba i rozmieszczenie mieszkańców

Na koniec 2019 roku zamieszkiwało w województwie wielkopolskim 3.498.733 mieszkańców, czyli 9% ludności Polski. W miastach było 1.889.393 mieszkańców, na wsi mieszkało 1.609.340 osób. **Ludność miejska stanowiła 54% ogółu mieszkańców województwa wielkopolskiego (w kraju odsetek ten był wyższy i sięgał 60%).**

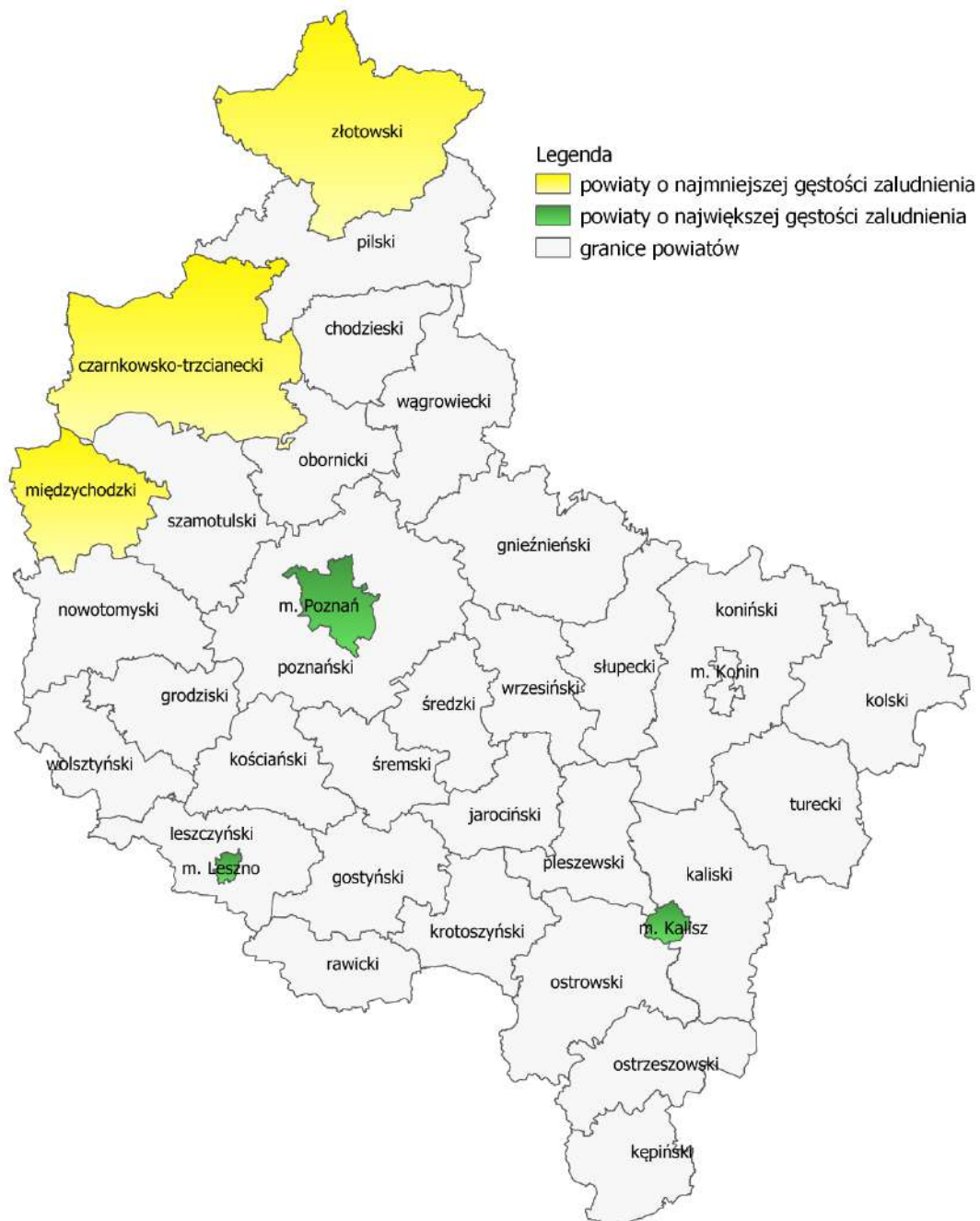
**Wykres nr 1. Ludność Wielkopolski w 2019 roku
wg miejsca zamieszkania**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

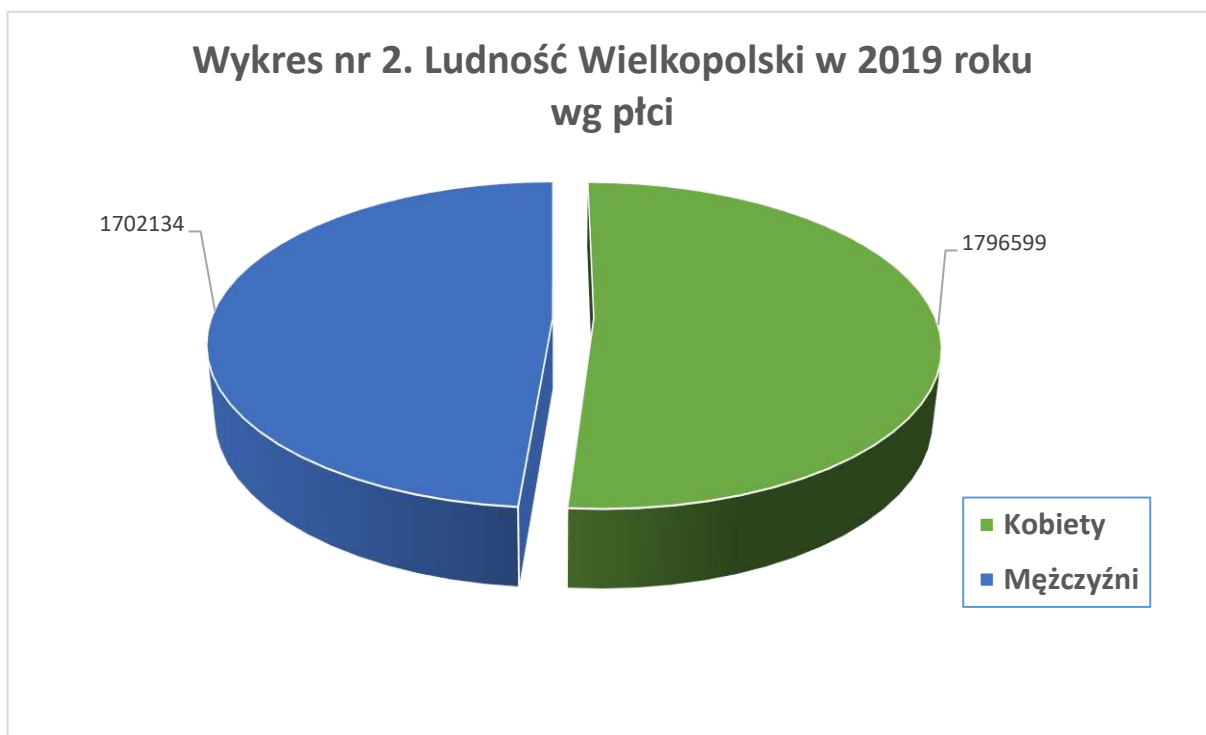
Na 1 km² powierzchni ogólnej województwa przypadało przeciętnie 117 osób, przy średniej dla Polski 123 osoby (pod względem gęstości zaludnienia Wielkopolska plasuje się na 9 pozycji). Największa gęstość zaludnienia była w miastach na prawach powiatu Poznań – 2042, Leszno – 1993, Kalisz – 1444, a najmniejsza w powiatach: złotowskim – 42, czarnkowsko-trzcianeckim – 48 i międzychodzkiem – 50 osób na 1 km².

Mapa nr 1. Rozmieszczenie powiatów o największej i najmniejszej gęstości zaludnienia na terenie województwa wielkopolskiego



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Kobiety w Wielkopolsce, podobnie jak w całym kraju, mają przewagę liczebną nad mężczyznami. W ogólnej liczbie mieszkańców w roku 2019 było 1.796.599 kobiet tj.51,4% i 1.702.134 mężczyzn tj.48,6%.



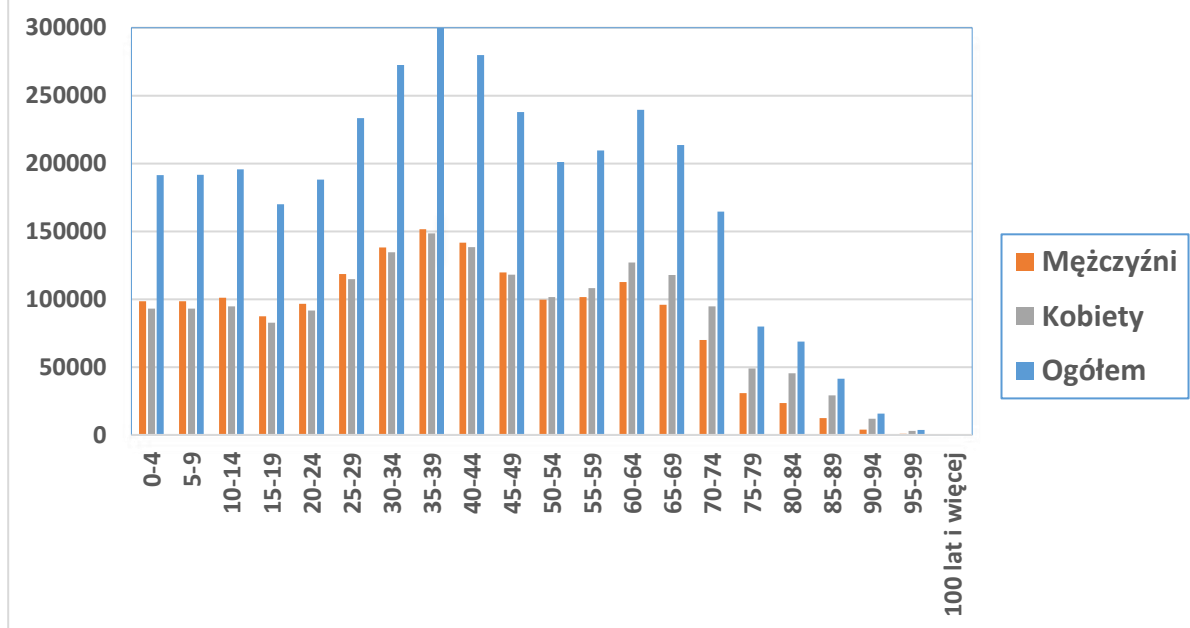
źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Udział kobiet w województwie wielkopolskim w ogólnej liczbie ludności kształtował się na poziomie 51,4 % (w kraju 51,6%), natomiast współczynnik feminizacji, czyli liczba kobiet przypadających na 100 mężczyzn, wyniósł 105,5 (w kraju 107). W miastach współczynnik ten był wyższy aniżeli na wsi (odpowiednio: 110 wobec 100,3), podobnie jak w kraju. Najwyższy współczynnik feminizacji zanotowano w miastach na prawach powiatu: Poznaniu – 114, Kaliszu – 115, w Koninie – 112, Lesznie – 109. Najbardziej wyrównane pod względem proporcji płci były powiaty leszczyński i koniński, gdzie na 100 mężczyzn przypadało odpowiednio 101 i 100,8 kobiet.

2. Struktura wieku

Badając strukturę wiekową ludności zamieszkującej **w województwie wielkopolskim stwierdza się tendencję do zmniejszania odsetka ludzi w wieku produkcyjnym (wiek młody i średni), narastania osób w wieku starszym (65 lat i więcej).** Jest to zgodne z trendem ogólnopolskim. Szczegółowe dane dotyczące rozkładu populacji wg wieku przedstawiono na wykresie poniżej.

**Wykres nr 3. Ludność wg grup wieku i płci
w Wielkopolsce w 2019 roku**

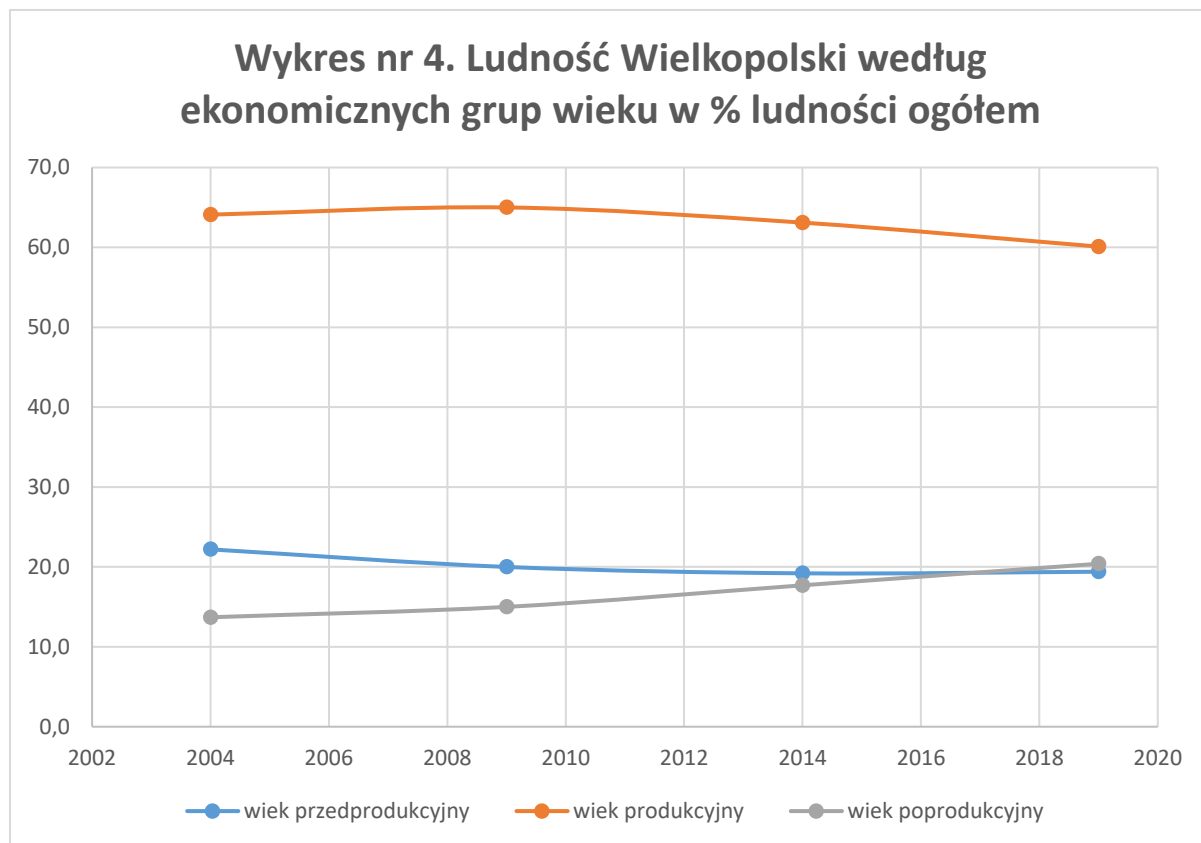


źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

W latach 2011-2019 liczebność grupy wiekowej do 25 lat zmniejszyła się o 8,7%, a jej udział w ogólnej liczbie ludności w 2019 roku wyniósł 26,8%, i był o 2,9 pkt., mniejszy niż w roku 2011. Grupa wiekowa 65 lat i więcej zwiększyła się w tym czasie o 26,9%, a jej udział wzrósł o 4,4 pkt. **Potwierdza to stale postępujący proces starzenia się mieszkańców Wielkopolski.**

W odniesieniu do ekonomicznych grup wieku, w 2019 roku w województwie wielkopolskim, udział ludności w wieku poprodukcyjnym kształtował się na poziomie 20,4%, a odsetek ludności w wieku przedprodukcyjnym na poziomie 19,4%. Ludność w wieku produkcyjnym (kobiety od 18–59 lat, mężczyźni od 18–64 lat) w 2019 r. stanowiła 60,1% całej populacji. W kraju ludność w wieku produkcyjnym w 2019 r. stanowiła 60%. W grupie ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym nieznacznie przeważali mężczyźni (odpowiednio – przedprodukcyjny: 51,4%; 48,6%, produkcyjny: 53%, 47%), natomiast w grupie ludności w wieku poprodukcyjnym większość stanowiły kobiety (odpowiednio: 66,9%; mężczyźni 33,1%). W kraju udziały te przedstawiały się następująco: w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, odpowiednio, mężczyźni 51,3% i 53,1%; kobiety 48,7% i 46,9%, natomiast w wieku poprodukcyjnym, odpowiednio, kobiety 67,1%; mężczyźni 32,9%. Zauważalny jest stały wzrost liczebności populacji mężczyzn, co świadczy o wydłużeniu czasu przeżycia.

Obciążenie demograficzne, rozumiane jako liczba ludności w wieku nieprodukcyjnym (przed- i poprodukcyjnym) przypadającej na 100 osób w wieku produkcyjnym, w 2019 r. w województwie wielkopolskim wyniosło średnio 66 osób, gdzie w kraju na 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 67 osób w wieku nieprodukcyjnym.

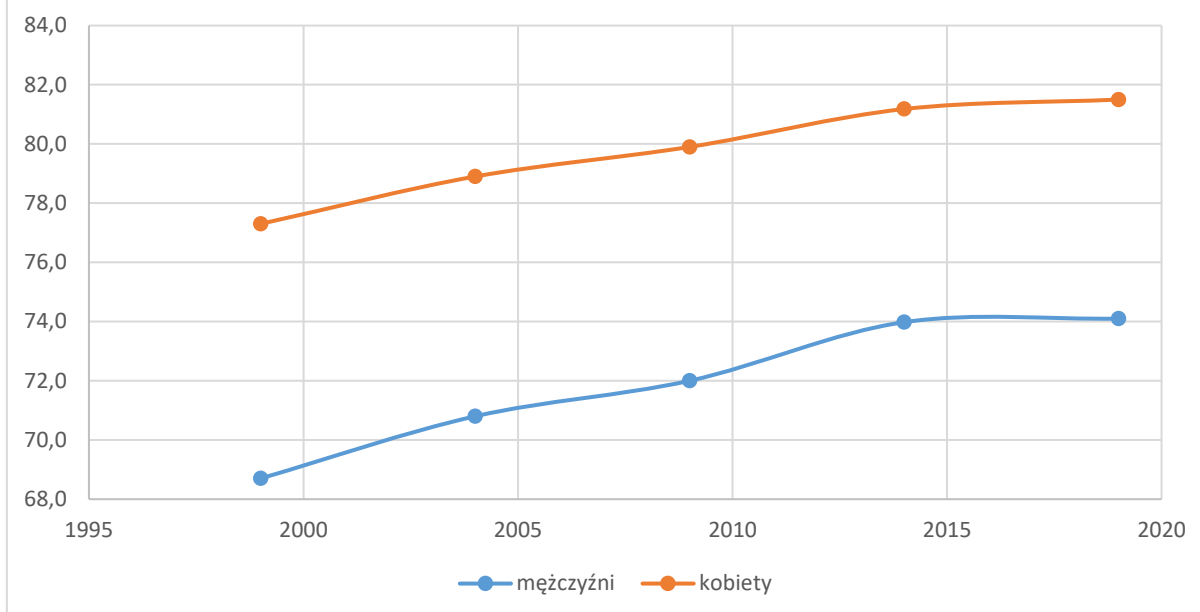


źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

W naszym województwie, podobnie jak w całym kraju obserwuje się wydłużanie długości życia (wzrost średniej wieku dla populacji), co znajduje odzwierciedlenie w standardowym wskaźniku określającym przeciętne dalsze trwanie życia.

Przeciętne dalsze trwanie życia mieszkańców Wielkopolski w grupie mężczyzn wynosiło w 2019 r. 74,1 lata (w kraju 74,1) i było wyższe o 1,4 w stosunku do 2011 r. (w kraju o 1,7). Natomiast dla kobiet były to 81,5 lata w 2019 r. (w kraju 81,8), o 0,6 lat więcej niż w 2011 r. (w kraju o 0,9). **Oznacza to stały wzrost długości życia i średniej wieku, szczególnie w grupie mężczyzn.**

Wykres nr 5. Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla osób w wieku 0 lat w Wielkopolsce



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

3. Ruch naturalny ludności

Ruch naturalny ludności, czyli między innymi takie zjawiska demograficzne, jak urodzenia, zgony i wynikający z nich przyrost naturalny mają znaczący wpływ na stan i liczebność ludności województwa. **W Wielkopolsce obserwuje się korzystną dynamikę demograficzną, wyrażającą relację liczby urodzeń do liczby zgonów, co przekłada się na przyrost liczby ludności.**

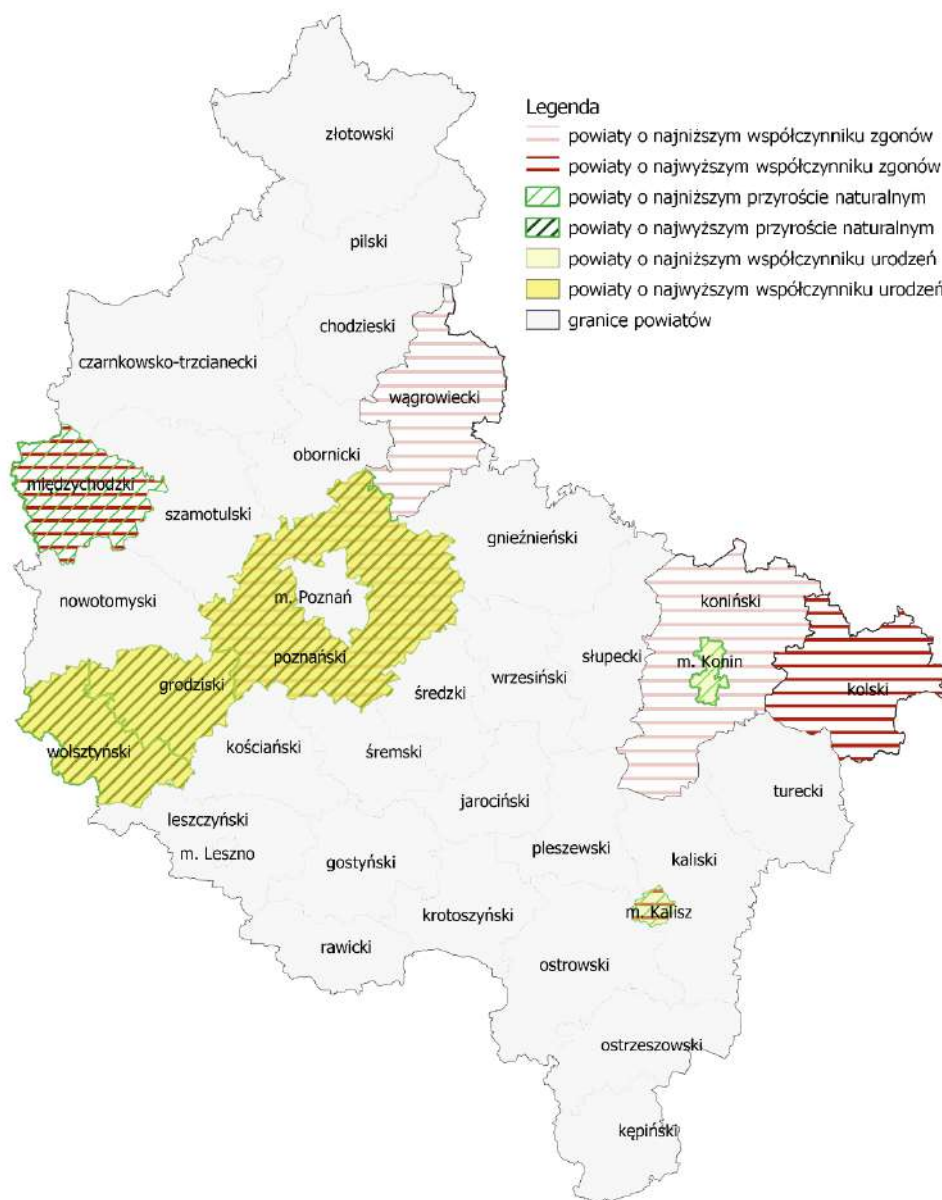
a. Urodzenia

W 2019 roku odnotowano w Wielkopolsce 37 579 urodzeń, w tym 37 459 urodzeń żywych. Współczynnik urodzeń żywych, który w 2011 r. wynosił 11,04‰, w 2019 r. zmniejszył się do 10,72‰ (w kraju odpowiednio 10,08‰ i 9,67‰). Relatywnie najwięcej urodzeń żywych w 2019 roku odnotowano w powiatach: wolsztyńskim, gdzie współczynnik wyniósł 12,87‰, poznańskim (12,71‰) i grodziskim (12,62‰), natomiast najmniej w miastach na prawach powiatu: Kaliszu (8,05‰) i Koninie (8,11‰).

Dla zapewnienia prostej zastępowalności pokoleń na 1 kobietę w wieku rozrodczym (15-49 lat) powinno przypadać dwoje dzieci. Współczynnik dzietności ogólnej kształtuje się wówczas na poziomie 2,10 – 2,15. W 2019 r. współczynnik dzietności w województwie wielkopolskim był niższy od rekomendowanego i wynosił

1,54 dzieci na jedną kobietę. Współczynnik ten był nieco wyższy na wsi (1,59) niż w miastach (1,49).

Mapa nr 2. Ruch naturalny ludności w Wielkopolsce w 2019 roku



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

b. Zgony

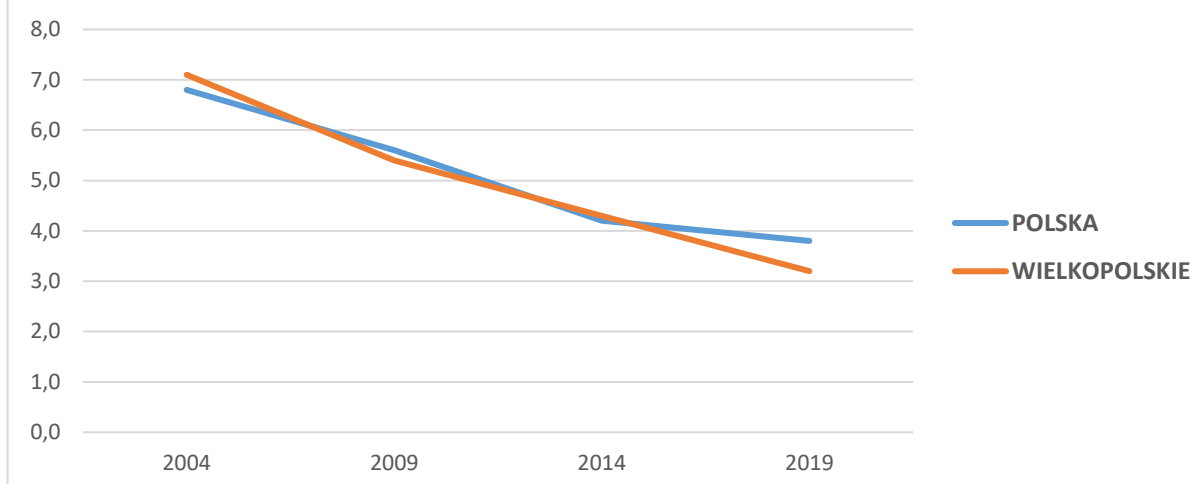
W 2019 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 34 253 zgony, tj. o 11,37% więcej niż w 2011 r. (w kraju o 9,11% więcej). Częściej notowano zgony wśród mężczyzn (52% ogólnej liczby). Współczynnik umieralności, określający liczbę zgonów na 1000 ludności, zwiększył się w naszym województwie z 8,91‰ w 2011r. do 9,80‰ w 2019 r. (w kraju odpowiednio 9,75‰ i 10,67‰). Największą liczbę zgonów rejestruje się u osób po 70 roku życia, gdy zdecydowanie wzrasta umieralność kobiet osiągając 74,1% wszystkich zgonów, w przypadku mężczyzn odsetek ten kształtuje się na poziomie 52,7%. W przedziale wiekowym 50 – 69 r. ż. wśród mężczyzn nastąpiło 38% zgonów, a wśród kobiet 20,8%.

Najwyższy współczynnik umieralności w 2019 r. odnotowano w powiatach: m. Kaliszu – 13,16‰, międzychodzkiem – 11,36‰, kolskim - 10,88‰, a najniższy w powiecie poznańskim – 7,47‰, konińskim – 8,74‰ i wągrowieckim – 9,09‰.

Współczynnik umieralności okołoporodowej noworodków w województwie wielkopolskim według danych za 2019 rok wyniósł 3,2 ‰ co odpowiada średnim wartościom dla krajów UE i jest nieco niższy niż średnia dla Polski tj.: 3,7 ‰. Wskaźnik ten jest szczególnie ważny, albowiem uznaje się, iż odzwierciedla on podobnie jak współczynnik zgonów niemowląt poziom opieki zdrowotnej w danym kraju/regionie.

Na przestrzeni lat 2011 – 2019 odnotowano spadek współczynnika zgonów niemowląt z 3,65‰ w 2011 r. do 3,20‰ w 2019 r. (w kraju odpowiednio 4,75‰ wobec 3,77‰). W 2019 roku najwyższy współczynnik zgonów niemowląt zanotowano w powiatach: grodziskim – 7,62‰, złotowskim – 7,39‰, leszczyńskim – 6,14‰, a najniższy w powiatach: szamotulskim – 1,03‰, kolskim – 1,24‰, jarocińskim – 1,33‰.

Wykres nr 6. Współczynnik umieralności niemowląt w Polsce i Wielkopolsce na 1000 urodzeń żywych



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Do najczęstszych przyczyn zgonów w województwie wielkopolskim należą niezmiennie choroby układu krążenia i nowotwory.

W 2018 r. choroby układu krążenia doprowadziły do 35,9% zgonów. W przeliczeniu na 10 tys. ludności przypadało 36,1 zgonów spowodowanych tą przyczyną (34,5 zgonów wśród mężczyzn i 37,7 w grupie kobiet). Wielkopolskie na tle innych województw charakteryzowało się najniższym wskaźnikiem umieralności w następstwie chorób układu krążenia, przy przeciętnym poziomie współczynnika w kraju równym 43,7 (w 2017 r. 43,5). Umieralność z powodu chorób układu krążenia jest zróżnicowana ze względu na wiek. W 2018 r. wśród osób starszych (w wieku 65 lat i więcej) choroby te stanowiły przyczynę 40,7% wszystkich zgonów, natomiast wśród osób w wieku poniżej 65 lat – 21,1%

Odsetek zgonów wskutek chorób nowotworowych w 2018 r. ukształtował się na poziomie 28,4%. Na 10 tys. ludności przypadało przeciętnie 28,6 zgonów wywołanych tą przyczyną. Wśród mężczyzn wskaźnik był wyższy i wyniósł 31,6 zgonów wobec 25,7 zgonów wśród kobiet. W kraju wskutek choroby nowotworowej zanotowano średnio 28,4 zgonów na 10 tys. ludności. W 2018 r. w choroby nowotworowe stanowiły przyczynę ponad jednej trzeciej wszystkich zgonów w grupie wieku poniżej 65 lat. W grupie osób starszych, tj. powyżej 65 roku życia zanotowano większy udział zgonów spowodowanych tą przyczyną (26,7%).

Liczba zgonów spowodowanych chorobami układu oddechowego wyniosła 2,5 tys. i było to 7,0% wszystkich zgonów. Dotyczyło to zwłaszcza mężczyzn.

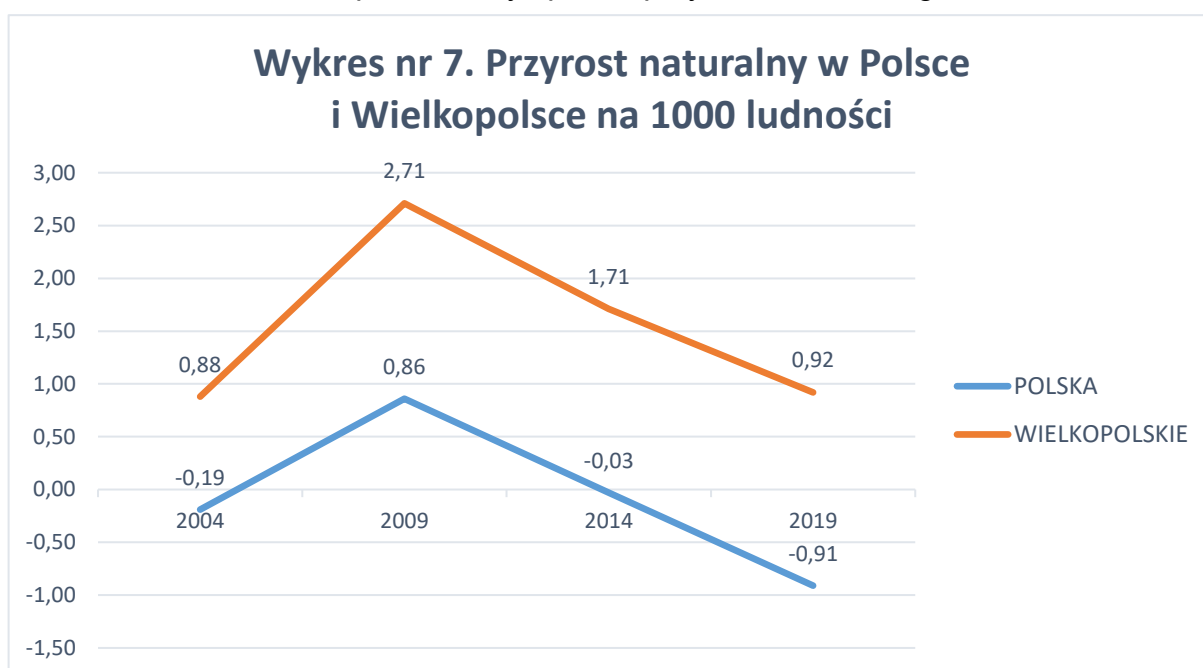
Udział chorób układu trawiennego w ogólnej liczbie zgonów wyniósł 3,5%.

W 2018 r. najczęstszymi przyczynami zgonów niemowląt były stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, tzn. powstające w trakcie trwania ciąży i w okresie pierwszych 6 dni życia noworodka (51,3% ogólnej liczby zgonów niemowląt) oraz wady rozwojowe wrodzone (44,9%).

c. Przyrost naturalny

Wskaźnik przyrostu naturalnego, tj. różnica urodzeń do liczby zgonów wykazuje w województwie wielkopolskim w okresie ostatnich lat wartości dodatnie i w 2019 roku w przeliczeniu na 1000 osób wyniósł + 0,92‰ (2,12‰ w 2011 r). Przy czym jego wartość dla mieszkańców miast wyniosła -0,31‰, a na obszarach wiejskich 2,37‰.

Najwyższy współczynnik przyrostu naturalnego zanotowano w roku 2019 w powiatach: poznańskim 5,23‰, wolsztyńskim 3,33‰, grodziskim 3,29‰, a ujemny współczynnik przyrostu naturalnego wystąpił w m. Kaliszu -5,11‰ m. Koninie - 2,37‰ i powiecie międzychodzkim -1,87‰. Na przestrzeni lat 2011-2019 można zaobserwować w Wielkopolsce stały spadek przyrostu naturalnego.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

III. Główne problemy zdrowotne

1. Występowanie

Sytuacja zdrowotna Wielkopolan jest zbieżna z głównymi trendami w tym zakresie rejestrowanymi na obszarze całej Polski jak i innych krajów UE. Na podstawie analizy danych epidemiologicznych prezentowanych na portalu internetowym Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – www.basiw.mz.gov.pl, można stwierdzić, iż **najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w Wielkopolsce są ubytki zdrowia związane z chorobami układu krążenia i nowotworami, a w następnej kolejności chorobami układu kostno-stawowego, chorobami metabolicznymi, urazami i zatruciami oraz chorobami układu oddechowego. Trend ten utrzymuje się na przestrzeni ostatnich lat.**

Ranking problemów zdrowotnych wygląda podobnie zarówno przy ich ocenie za pomocą wskaźnika DALY (z ang. Disability Adjusted Life-Years – lata życia skorygowane niesprawnością - w uproszczeniu 1 jednostka wskaźnika oznacza 1 utracony rok życia w zdrowiu) jaki i zapadalności i chorobowości. W świetle doniesień szczególnie ostatnich lat coraz większego znaczenia nabierają również schorzenia psychiatryczne oraz inne związane z uzależnieniami.

Poniżej zaprezentowano 10 głównych problemów zdrowotnych w 2019 r. w oparciu o wskaźnik DALY w różnych ujęciach, uwzględniających płeć oraz 3 kategorie chorób:

- choroby niezakaźne,
- urazy,
- choroby zakaźne, schorzenia matki i noworodka oraz zaburzenia odżywiania.

Tabela nr 1. Ranking 10 głównych problemów zdrowotnych w Wielkopolsce w 2019 r. - ogółem

Pozycja	Razem	Mężczyźni	Kobiety
1	Choroba niedokrwienna serca	Choroba niedokrwienna serca	Choroba niedokrwienna serca
2	Udar	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc	Udar
3	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc	Udar	Ból dolnego odcinka kręgosłupa
4	Ból dolnego odcinka kręgosłupa	Cukrzyca	Cukrzyca
5	Cukrzyca	Ból dolnego odcinka kręgosłupa	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc
6	Upadki	Upadki	Nowotwór złośliwy sutka
7	Nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy	Urazy w zdarzeniach drogowych	Zespoły bólu głowy
8	Urazy w zdarzeniach drogowych	Nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy	Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne
9	Zaburzenia związane z piciem alkoholu	Zaburzenia związane z piciem alkoholu	Upadki
10	Utrata słuchu związana z wiekiem i innymi przyczynami	Samookaleczenia	Nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.basiw.mz.gov.pl

Tabela nr 2. Ranking 10 głównych problemów zdrowotnych w Wielkopolsce w 2019 r. - choroby niezakaźne

Pozycja	Razem	Mężczyźni	Kobiety
1	Choroba niedokrwienna serca	Choroba niedokrwienna serca	Choroba niedokrwienna serca
2	Udar	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc	Udar
3	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc	Udar	Ból dolnego odcinka kręgosłupa
4	Ból dolnego odcinka kręgosłupa	Cukrzyca	Cukrzyca
5	Cukrzyca	Ból dolnego odcinka kręgosłupa	Nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc
6	Nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy	Nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy	Nowotwór złośliwy sutka
7	Zaburzenia związane z piciem alkoholu	Zaburzenia związane z piciem alkoholu	Zespoły bólu głowy
8	Utrata słuchu związana z wiekiem oraz innymi przyczynami	Marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby	Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne
9	Zespoły bólu głowy	Przewlekła obturacyjna choroba płuc	Nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy
10	Przewlekła obturacyjna choroba płuc	Utrata słuchu związana z wiekiem i innymi przyczynami	Utrata słuchu związana z wiekiem i innymi przyczynami

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.basiw.mz.gov.pl

**Tabela nr 3. Ranking 10 głównych problemów zdrowotnych
w Wielkopolsce w 2019 r. - urazy**

Pozycja	Razem	Mężczyźni	Kobiety
1	Upadki	Upadki	Upadki
2	Urazy w zdarzeniach drogowych	Urazy w zdarzeniach drogowych	Urazy w zdarzeniach drogowych
3	Samookaleczenia	Samookaleczenia	Narażenie na siły mechaniczne
4	Narażenie na siły mechaniczne	Narażenie na siły mechaniczne	Samookaleczenia
5	Inne urazy nieumyślne	Inne urazy nieumyślne	Inne urazy nieumyślne
6	Uraz spowodowany przez ciało obce	Uraz spowodowany przez ciało obce	Urazy termiczne, spowodowane przez ogień i substancje gorące
7	Urazy termiczne, spowodowane przez ogień i substancje gorące	Utonięcie	Przemoc interpersonalna
8	Przemoc interpersonalna	Urazy termiczne, spowodowane przez ogień i substancje gorące	Uraz spowodowany przez ciało obce
9	Utonięcie	Przemoc interpersonalna	Działania niepożądane leczenia medycznego
10	Działania niepożądane leczenia medycznego	Inne urazy komunikacyjne	Zatrucia

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.basiw.mz.gov.pl

**Tabela nr 4. Ranking 10 głównych problemów zdrowotnych
w Wielkopolsce w 2019 r. - choroby zakaźne, schorzenia matki
i noworodka**

Pozycja	Razem	Mężczyźni	Kobiety
1	Zakażenia dolnych dróg oddechowych	Zakażenia dolnych dróg oddechowych	Zakażenia dolnych dróg oddechowych
2	Schorzenia noworodków	Schorzenia noworodków	Schorzenia noworodków
3	Niedobór żelaza w diecie	Niedobór żelaza w diecie	Niedobór żelaza w diecie
4	Choroby biegunkowe	Choroby biegunkowe	Choroby biegunkowe
5	Zakażenia górnych dróg oddechowych	Zakażenia górnych dróg oddechowych	Zakażenia górnych dróg oddechowych
6	Wągrzyca	Wągrzyca	Gruźlica
7	Gruźlica	Niedożywienie białkowo-kaloryczne	Wągrzyca
8	Niedożywienie białkowo-kaloryczne	Zapalenie ucha środkowego	Niedożywienie białkowo-kaloryczne
9	Zapalenie ucha środkowego	Zakażenia przenoszone drogą płciową z wyłączeniem HIV	Zapalenie ucha środkowego
10	Inne choroby zakaźne, nieokreślone	Inne choroby zakaźne, nieokreślone	HIV/AIDS

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.basiw.mz.gov.pl

2. Umieralność

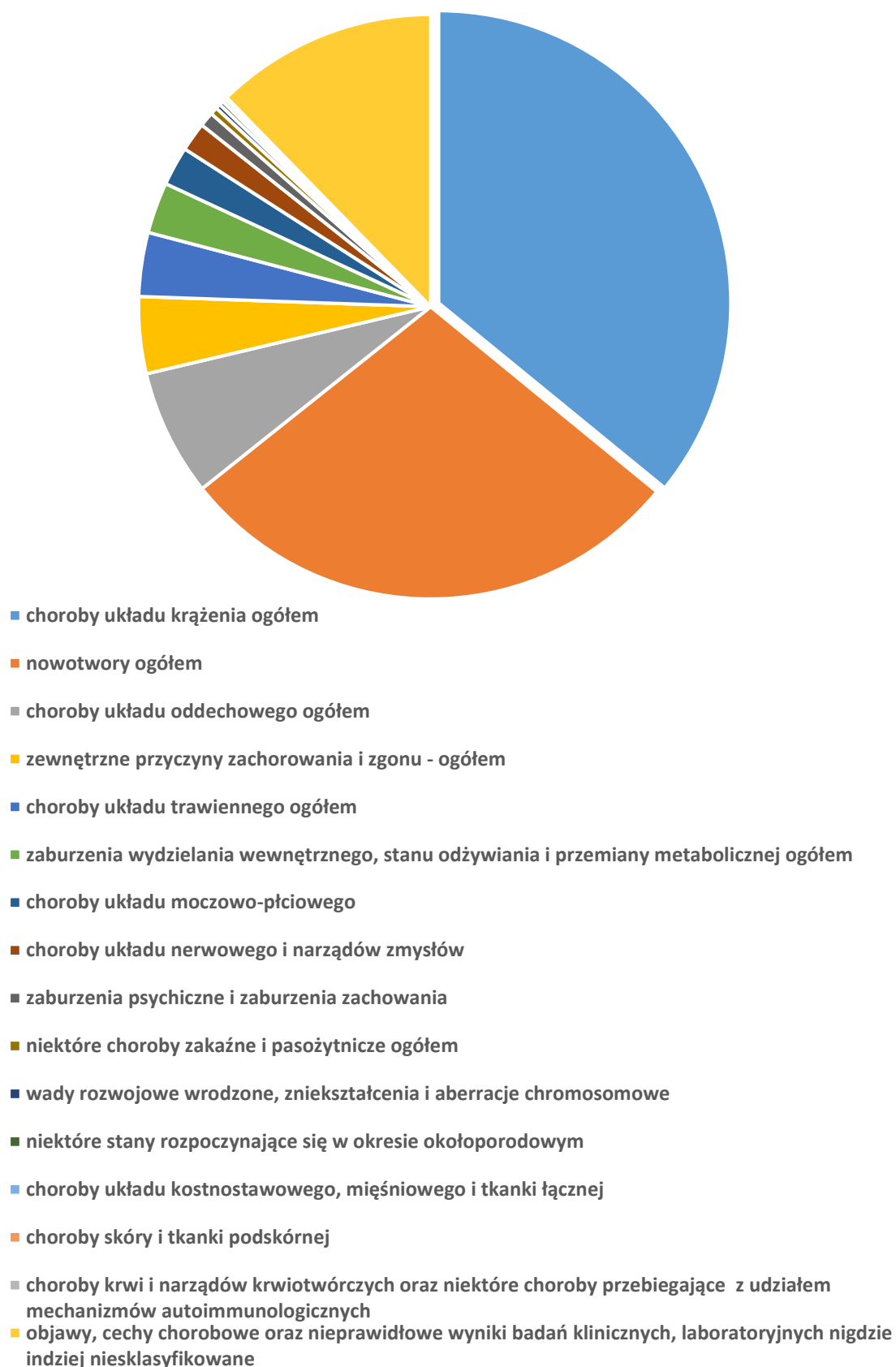
W 2018 r. wg. danych GUS w Wielkopolsce odnotowano 35 121 zgonów z następujących przyczyn (wykres nr 8):

1. choroby układu krążenia ogółem – 12 612, w tym:
 - choroba nadciśnieniowa – 299
 - choroba niedokrwienna serca – 2 320
 - choroby naczyń mózgowych – 2 672
 - miażdżyca – 1 759
2. nowotwory ogółem – 9 972, w tym:
nowotwory złośliwe ogółem – 9 469, w tym:
 - nowotwór złośliwy żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu – 1 664
 - nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca - 2 249
 - nowotwór złośliwy kobiecych piersi i szyjki macicy – 866
3. choroby układu oddechowego ogółem – 2 461, w tym:
zapalenia płuc, zapalenia oskrzeli, rozedma i astma – 1 636
4. zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu ogółem – 1 492, w tym:
wypadki i nieszczęśliwe następstwa wypadków ogółem – 1 105, w tym:
 - wypadki komunikacyjne ogółem – 352, w tym:
 - wypadki w ruchu pojazdów silnikowych – 215
 - inne zewnętrzne przyczyny urazu wypadkowego – 727
 - samobójstwo – 354
 - zabójstwo – 15
5. choroby układu trawiennego ogółem – 1 242, w tym:
choroba przewlekła wątroby i marskość wątroby – 553
6. zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej ogółem – 991, w tym:
cukrzyca – 954
7. choroby układu moczowo-płciowego – 758
8. zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 283
9. niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze ogółem – 144, w tym AIDS – 9
10. choroby układu nerwowego i narządów zmysłów – 562
11. choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 71
12. choroby skóry i tkanki podskórnej – 25

- 13. choroby krwi i narządów krwiotwórczych oraz niektóre choroby przebiegające z udziałem mechanizmów autoimmunologicznych – 12
- 14. ciąża, poród i połóg – 0
- 15. niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym – 81
- 16. wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe – 95
- 17. objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych, laboratoryjnych nigdzie indziej niesklasyfikowane – 4 320

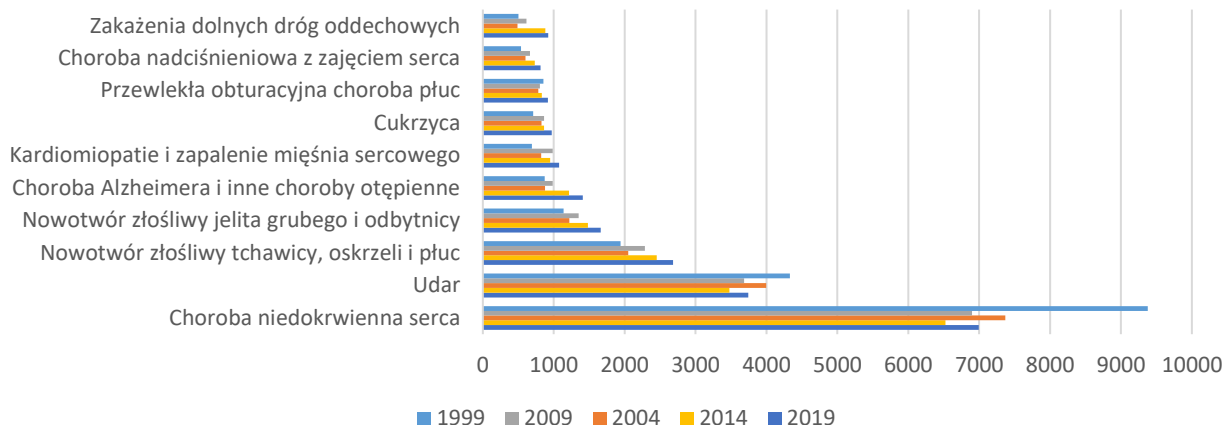
Zgony Wielkopolan z powodu 10 najważniejszych problemów zdrowotnych w 5 - letnich interwałach w latach 2009-2019 prezentuje wykres nr 9, natomiast śmiertelność w problemach zdrowotnych odpowiadających za 80% wszystkich zgonów w Wielkopolsce w latach 2017-2019 w podobnym przedziale czasowym została przedstawiona na wykresie nr 10.

Wykres nr 8. Przyczyny zgonów mieszkańców Wielkopolski w 2018 r.



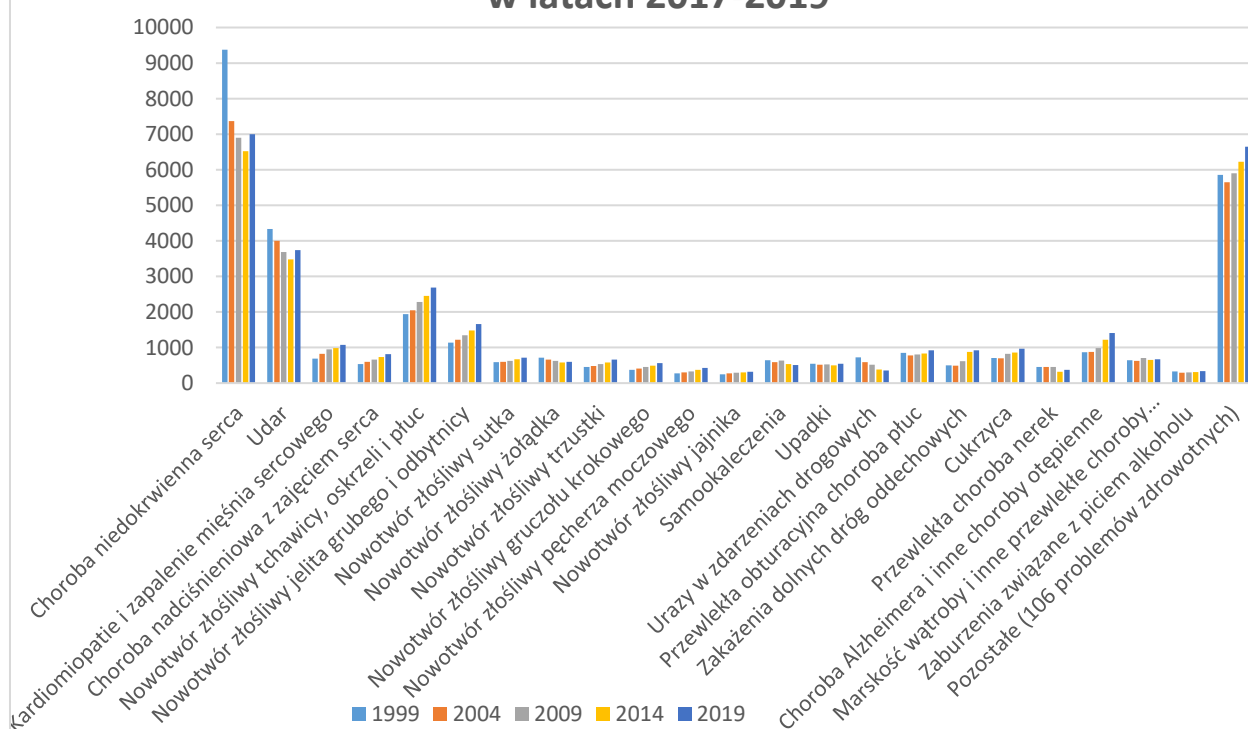
źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Wykres nr 9. Zgony mieszkańców Wielkopolski z powodu 10 głównych problemów zdrowotnych w latach 1999-2019



źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.basiw.mz.gov.pl

Wykres nr 10. Śmiertelność w latach 1999-2019 z powodu problemów zdrowotnych odpowiedzialnych za 80% zgonów mieszkańców Wielkopolski w latach 2017-2019



źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.basiw.mz.gov.pl

IV. Ocena potrzeb zdrowotnych mieszkańców Wielkopolski i czynników mających na nie wpływ

Zdrowie człowieka, jak już wskazano, to zdecydowanie szersze zagadnienie, niż tylko brak choroby.

Z tego względu, aby właściwie zaprojektować działania / politykę zdrowotną z zakresu zdrowia publicznego należy uwzględnić dane pozwalające na ocenę potrzeb zdrowotnych ludności. Są to m.in. ocena subiektywna stanu zdrowia, występowanie głównych problemów zdrowotnych, w tym chorób i dolegliwości przewlekłych, waga i wzrost, karmienie piersią, wypadki, zdrowie psychiczne.

Odrębną kwestią jest styl życia, który jak wiemy, zgodnie z teorią pól La Londa odpowiada za zdrowie człowieka w 50%.

Zgodnie z rekomendacjami WHO, do najważniejszych czynników ryzyka behawioralnego na terenie Europy, mających wpływ na łączne obciążenie chorobami zalicza się palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, dieta uboga w warzywa i owoce, mała aktywność fizyczna i zażywanie narkotyków.

Kwestia uzależnień, ze względu na swoją specyfikę i specjalne potraktowanie organizacyjno-prawne w Polsce została w niniejszym dokumencie pominięta. Więcej na ten temat można znaleźć, również z punktu widzenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego, w dokumentach: „Wojewódzki Program Przeciwdziałania Narkomanii dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2020 – 2024” i „Wojewódzki Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Województwa Wielkopolskiego na lata 2018-2020”.

W 2009 r. GUS po raz pierwszy uczestniczył w Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia (European Health Interview Survey - EHIS). Jest to badanie, powtarzane co 5 lat, którego wyniki umożliwiają poznanie sytuacji zdrowotnej mieszkańców Unii oraz jej uwarunkowań w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania. W 2014 r. badanie to stało się obowiązkowym dla wszystkich krajów UE. Niestety do chwili obecnej nie są dostępne wyniki badania z 2019 r. Dlatego też w tym dokumencie przedstawiono dane z 2014 r.²

Badanie zostało przeprowadzone w okresie wrzesień-grudzień 2014 r. Wylosowano 24 tys. mieszkań. Wywiady przeprowadzono w 12,2 tys. gospodarstw

² Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r., GUS, 2016

domowych, w których zbadano 28,8 tys. osób, mieszkających na obszarach miejskich i wiejskich całego kraju, w tym 24,2 tys. osób dorosłych w wieku 15 lat i więcej oraz 4,7 tys. w wieku 0-14 lat. Uzyskane informacje zostały uogólnione na ludność Polski zamieszkałą w gospodarstwach domowych według stanu w dniu 31 grudnia 2014 roku. Pozyskane wyniki są reprezentatywne na poziomie kraju, a wybrane informacje również na poziomie województw. Wszędzie tam, gdzie było to możliwe, zaprezentowano wyniki dla województwa wielkopolskiego.

Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS) 2014 objęło 4 obszary tematyczne:

- stan zdrowia (samoocena stanu zdrowia, choroby przewlekłe, ograniczenia w funkcjonowaniu i ich wpływ na życie codzienne, wypadki, samopoczucie psychiczne),
- opieka zdrowotna (korzystanie z opieki medycznej, stosowanie leków, profilaktyka),
- determinanty zdrowia (głównie styl życia),
- charakterystyka demograficzno-społeczna osób i gospodarstw domowych.

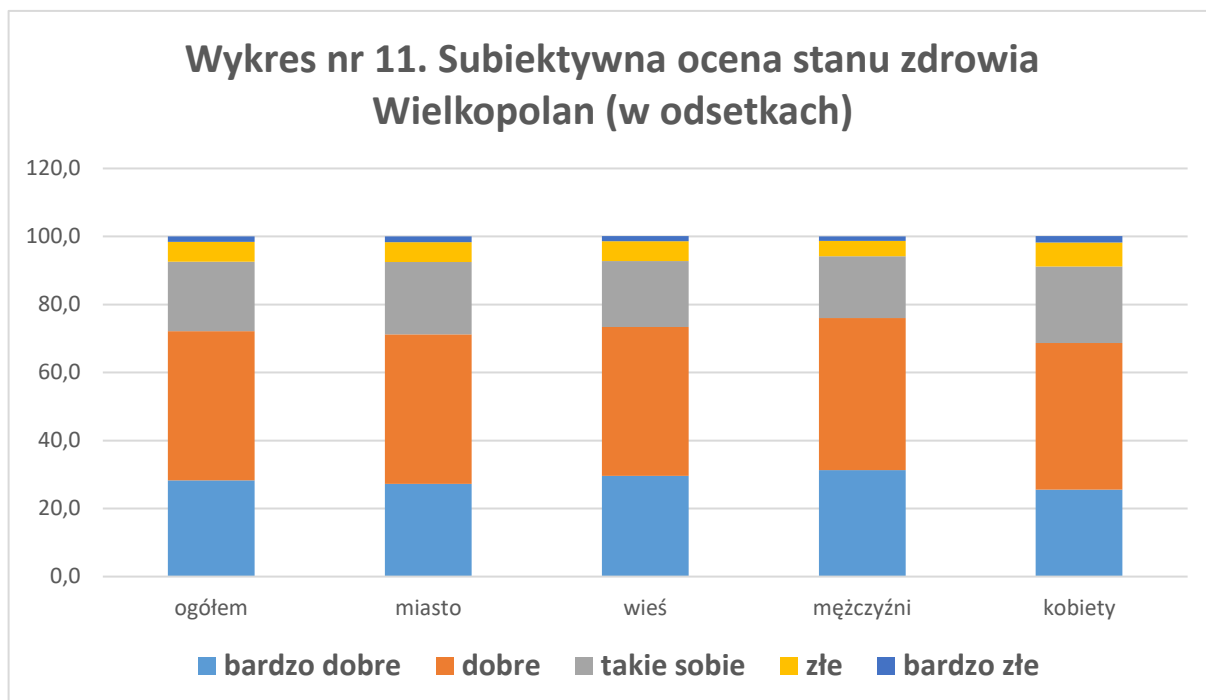
1. Subiektywna ocena stanu zdrowia

Subiektywna ocena stanu zdrowia to ważny wskaźnik postrzegania swojego dobrostanu zdrowotnego. Determinuje ją wiek, płeć i status społeczny.

a. Samoocena stanu zdrowia całej populacji

Na przestrzeni ostatnich lat ocena stanu zdrowia stale się poprawia. Prawie, co czwarty mieszkaniec Polski ocenił swoje zdrowie, jako bardzo dobre, blisko co drugi – jako dobre, co piąty – jako takie sobie i tylko co dziesiąty jako złe. Na tym tle **mieszkańcy Wielkopolski zdecydowanie najlepiej oceniali swoje zdrowie** (tylko co piąty - 7,4% jako złe i bardzo złe), podczas gdy znajdujący się na przeciwległym krańcu mieszkańcy Łódzkiego – 13,5%. Największą poprawę odnotowano wśród osób w wieku średnim (40-70 r.ż.)

Zauważalne jest zmniejszanie się różnic pomiędzy miastem i wsią. W przypadku Wielkopolski trend ten się potwierdza.



źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

b. Samoocena stanu zdrowia osób w wieku 15 lat i więcej

W tej grupie Polacy najczęściej oceniają swoje zdrowie jako dobre (44%) lub takie sobie (25%). W 2014r. rzadziej niż co ósma dorosła osoba oceniała swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe. Wraz z wiekiem wzrasta częstość ocen niższych na niekorzyść ocen wyższych. Różnica między starszą (60+) i młodszą (30+) grupą wiekową w postrzeganiu stanu zdrowia jako dobry była ponad dwukrotna. Odwrotnie wygląda sytuacja w przypadku poziomu wykształcenia, niezależnie od grupy wiekowej.

W kontekście stanu cywilnego osoby żyjące w związkach (zarówno małżeńskich jak i partnerskich) oraz w stanie wolnym (kawaler, panna) lepiej oceniały swoje zdrowie niż osoby rozwiedzione lub owdowiałe.

Pomimo stałej poprawy postrzegania swojego stanu zdrowia przez dorosłych Polaków w dalszym ciągu nie znajdują się w czołówce krajów europejskich. Co istotne, analiza tych danych wskazuje, że ocena ta pozostaje w ścisłym związku z poziomem zamożności i rozwoju ekonomicznego. Gorszy stan zdrowia niż Polacy deklarowali tylko dorośli mieszkańcy Litwy, Łotwy, Estonii, Węgier, Chorwacji i Portugalii.

W Wielkopolsce trendy dotyczące wieku i miejsca zamieszkania korespondowały z ogólnopolskimi, przy czym generalnie zdecydowanie mniej osób określało swój stan zdrowia jako zły i bardzo zły.

c. Samoocena stanu zdrowia dzieci do 14 lat

Również w przypadku dzieci do 14 r.ż., których to stan zdrowia był oceniany przez rodziców / opiekunów prawnych zanotowano poprawę. U 92% uzyskano bardzo dobre i dobre wyniki, a złe i bardzo złe u ok. 1%. **W Wielkopolsce odsetek ten wyniósł 94% ocen pozytywnych i 0,2% negatywnych.** Ogólnie lepiej oceniano stan zdrowia dziewczynek niż chłopców oraz dzieci mieszkających na wsi.

2. Waga i wzrost

a. Waga dorosłych

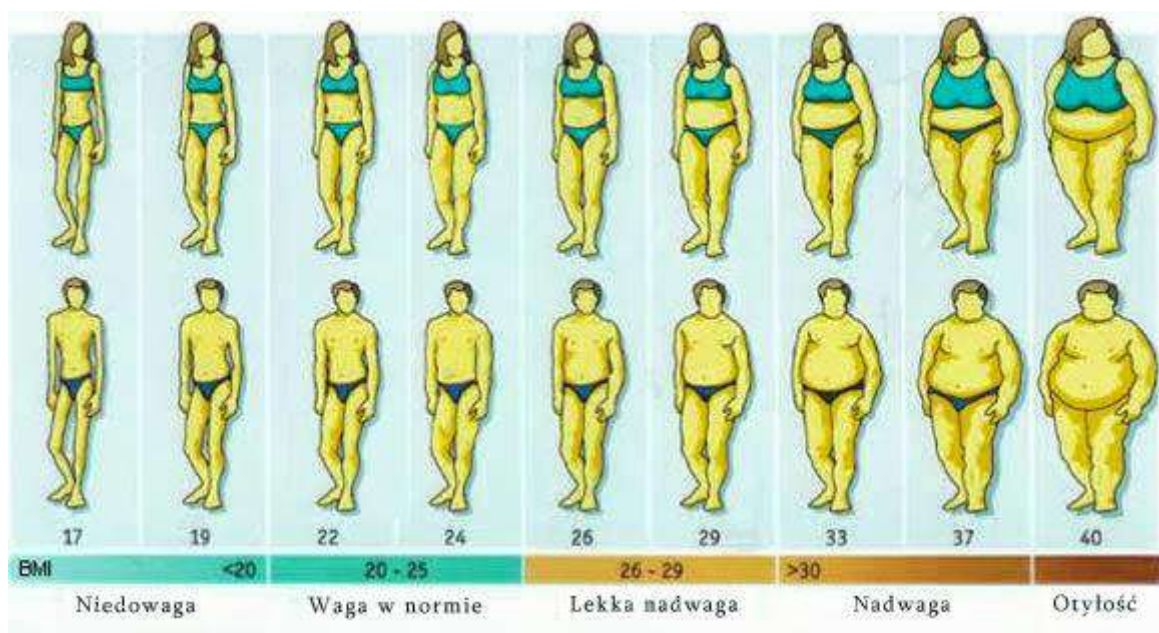
Otyłość jako choroba przewlekła spowodowana nadmierną podażą energii zawartej w pokarmach w stosunku do zapotrzebowania organizmu staje się chorobą cywilizacyjną naszych czasów. Jest ona mocno powiązana ze stylem życia człowieka, w szczególności w zakresie nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej i zamożności. W efekcie otyłość staje się jedną z głównych przyczyn dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego, kostno-stawowego, hormonalnego i wielu innych. Stopień występowania otyłości w danej populacji może świadczyć o skali i skuteczności działań z zakresu zdrowia publicznego, szczególnie tych o charakterze profilaktyki pierwotnej, nakierowanych na zmianę zachowań mieszkańców.

Ocenę otyłości umożliwia wskaźnik BMI – indeks masy ciała, którego rozkład wg WHO prezentuje tabela nr 5.

Tabela nr 5. Klasyfikacja masy ciała wg WHO

Wyszczególnienie	Wartość BMI
Poważna niedowaga	<16,00
Niedowaga	16,00-18,49
Norma niski przedział	18,50-22,99
Norma wysoki przedział	23,00-24,99
Nadwaga niski przedział	25,00-27,49
Nadwaga wysoki przedział	27,50-29,99
Otyłość	>=30,00

źródło: opracowanie własne na podstawie danych ze strony www.who.int



źródło: <https://rcz-zbaszyn.pl/backend/photos/userfiles/wskaznik-bmi.jpg>

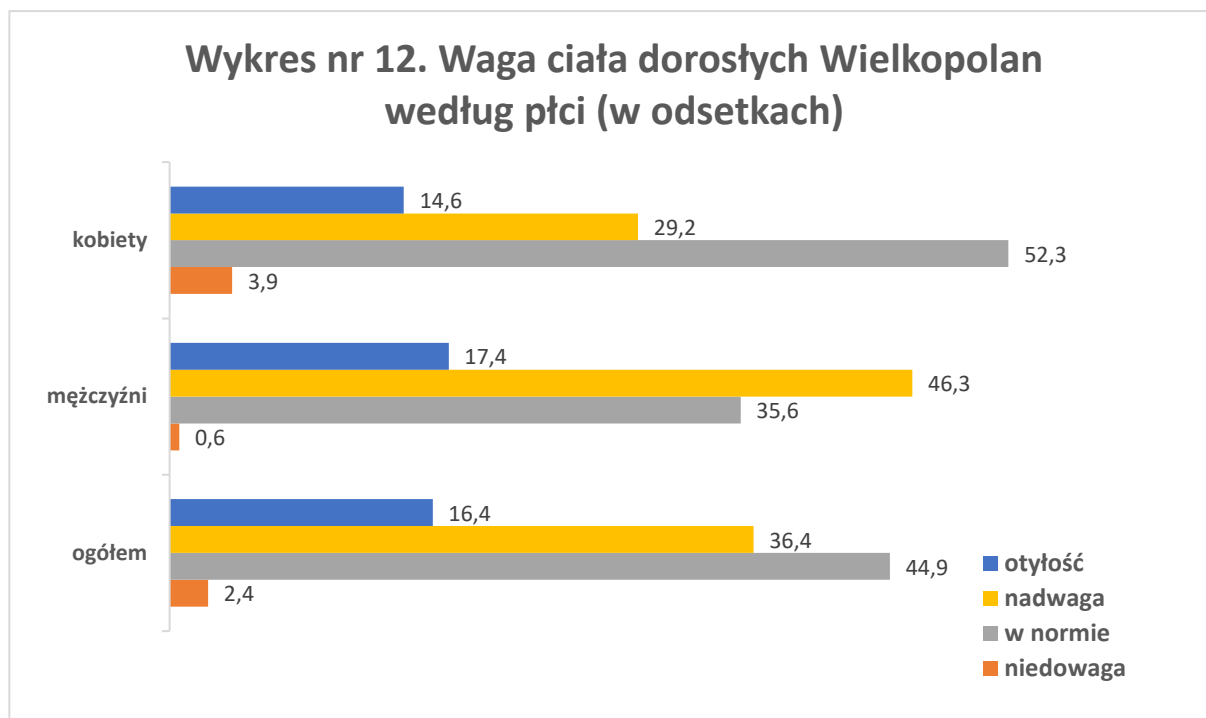
Dane prezentowane w niniejszym dokumencie, zaczerpnięte z polskiego badania EHIS z 2014 r. opierają się na wartościach deklarowanych przez uczestniczących w badaniu. Dlatego można założyć, iż w pewnym, choć niewielkim stopniu są one subiektywne. Ponadto jest wiele przesłanek świadczących o tym, że problem ten się pogłębia i staje się jednym z głównych wyzwań zdrowia publicznego w Polsce, z tego względu został wpisany jako priorytet do NPZ 2017-2021.

W 2014 r. już co druga dorosła osoba miała zbyt dużą masę ciała, a problem ten częściej występował u mężczyzn, przy czym relatywnie częściej byli to mieszkańcy wsi. Wzrost masy ciała następował głównie po 50 r.ż., u osób posiadających wykształcenie co najwyżej zasadnicze zawodowe, z długotrwałymi problemami zdrowotnymi, osób niesprawnych oraz osób oceniających swoje zdrowie poniżej oceny dobrej.

W przypadku kobiet, mimo iż populacja osób otyłych i z nadwagą nie przekroczyła jeszcze 50 %, to można zaobserwować stały jej wzrost (o 1 pkt procentowy w porównaniu z 2009 r. – poprzednia edycja badania EHIS). W odróżnieniu od mężczyzn, kobiety utyły w grupie wiekowej 15-39 r.ż. Z drugiej strony większą dbałość o wagę ciała widać tylko u kobiet i to przede wszystkim w najmłodszej grupie wiekowej. U części z nich wystąpił niedobór masy ciała, co może świadczyć o relatywnie częstszym występowaniu problemów związanych z zaburzeniami odżywiania, także

w porównaniu do mężczyzn. Niedowagę miała co piąta dziewczyna w wieku 15-19 lat (co dziesiąty chłopak) i co dziesiąta dwudziestolatka (u mężczyzn sporadycznie).

W Wielkopolsce, podobnie jak w całym kraju, co druga osoba miała zbyt dużą masę ciała, a województwo pod tym względem zajmowało piąte miejsce. Pozostałe wartości również są zbieżne z trendami ogólnopolskimi.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

b. Wzrost dorosłych

W przypadku młodszych pokoleń Polaków wyraźnie widać postępującą akcelerację, osiągają oni coraz wyższy wzrost. Dotyczy to zarówno kobiet jak i mężczyzn. Statystyczna dwudziestoletnia kobieta w 2014 r. mierzyła 166 cm wzrostu i była wyższa od swojej matki o 3 cm, a od swojej babki o 5 cm. Natomiast statystyczny dwudziestoletni mężczyzna mierzył 180 cm wzrostu i był wyższy od swojego ojca o 4 cm, a od swojego dziadka o 8 cm. Jedna czwarta najwyższych mężczyzn 20-25 letnich miała co najmniej 185 cm wzrostu, a jedna czwarta najwyższych kobiet w tym wieku mierzyła co najmniej 170 cm.

c. Wzrost i waga dzieci

Wyniki badania EHIS 2014 sugerują, że średnia masa ciała dzieci, podobnie jak wzrost, we wszystkich rocznikach maleje. Z obecnej perspektywy wydaje się, że trend ten, szczególnie w przypadku wagi, ulega odwróceniu. Jest to o tyle istotne, że większość interwencji dot. kształtowania zachowań prozdrowotnych, szczególnie

tych dotyczących nawyków żywieniowych ma miejsce w tej grupie wiekowej. Najnowsze (2018 r.) wyniki badania zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11-15 lat (międzynarodowe badanie HBSC, w którym od wielu lat uczestniczy również Polska) wskazują, że nadmierna masa ciała występuje u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt (wg kryteriów WHO, 2007). Odsetki te są wyższe o kilka procent w porównaniu do wyników edycji tego badania z 2014 r. W latach 2014-2018 odsetek młodzieży z nadmierną masą ciała wzrósł z 19,9% do 21,7% przy czym silniejsze pogorszenie zaobserwowano u chłopców w porównaniu do dziewcząt, a biorąc pod uwagę wiek – u 13-latków obojga płci.³

3. Główne problemy zdrowotne

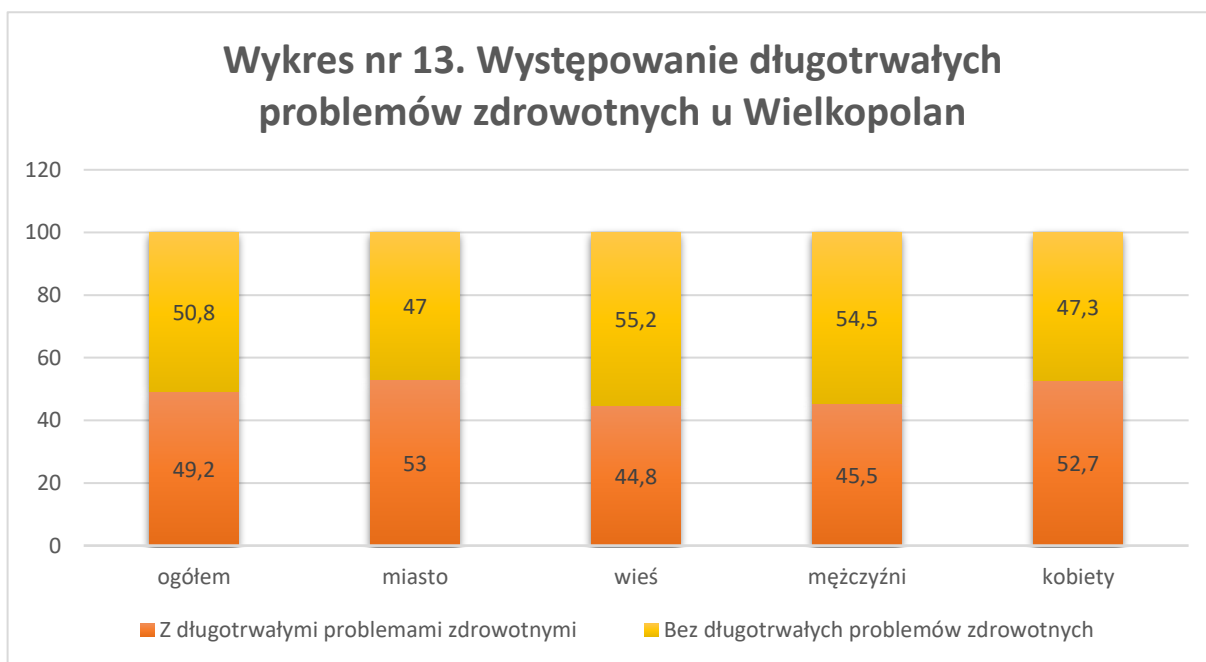
a. Choroby i dolegliwości przewlekłe w całej populacji

Próbując ocenić stan zdrowia populacji często dokonujemy tego wyłącznie przez pryzmat epidemiologii zorientowanej na jednostki chorobowe zawarte w międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 lub poszczególne dziedziny medycyny, pomijając ich wpływ na jakość życia. W efekcie ich podmiotem nie jest człowiek, a jego choroba. Przykładem tego są mapy potrzeb zdrowotnych opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, w przypadku których często zapominamy dodać, że dotyczą leczenia szpitalnego. Myślenie takie nie tylko jest pewnym uproszczeniem, ale wręcz nadużyciem, ponieważ tak rozumiane potrzeby zdrowotne de facto nie oddają w pełni potrzeb człowieka związanych z danym problemem zdrowotnym. Niezależnie od zdiagnozowanych chorób ważną kwestią są przewlekłe dolegliwości, które im towarzyszą. Co ważne, często te dolegliwości, bądź ich intensywność związane są ze stylem życia, a sama farmakoterapia nie gwarantuje ustąpienia ich przyczyny. Z drugiej strony nawet choroby przewlekłe, takie jak alergia, cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze przy zmianie zachowań żywieniowych, odpowiedniej rehabilitacji i aktywności fizycznej tracą swój wpływ na obniżenie jakości życia, znikając ze spektrum uświadomionych potrzeb zdrowotnych człowieka. Jest to typowa profilaktyka III fazy. Jest to o tyle istotne, że zazwyczaj takie oddziaływania utożsamiamy z prewencją pierwotną i klasycznie pojmowaną promocją zdrowia. Z tego względu odpowiednie potraktowanie tej kwestii pozwala na podjęcie stosownych działań, mających na celu poprawę subiektywnej oceny stanu zdrowia mieszkańców.

³ Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań HBSC, red. J. Mazur, A. Małkowska-Szcutnik, IMiDz, 2018

Występowanie chorób czy dolegliwości przewlekłych stwierdzono u blisko 54% ludności Polski. Częstość zgłaszania schorzeń przewlekłych wzrasta wraz z wiekiem. W przypadku populacji do 15 r.ż. tylko ok. 27% uskarżało się na przynajmniej 1 chorobę lub dolegliwość przewlekłą, gdy wśród dorosłych blisko 59%. Problem ten dotyczył częściej kobiet niż mężczyzn, niezależnie od miejsca zamieszkania (miasto – wieś).

W Wielkopolsce, przy zachowaniu powyższych trendów, wskaźniki te były znacząco niższe – 51% całej populacji, 22% dzieci do 15 r.ż. i 55% dorosłych. Pod tym względem województwo wielkopolskie znajdowało się na 5 pozycji wśród najrzadziej niedomagających mieszkańców.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

b. Choroby przewlekłe w populacji w wieku 15 lat i więcej

W 2014 r. blisko 54% populacji w wieku 15 lat i więcej zgłaszało, że cierpi na dolegliwości przewlekłe. Zdecydowanie częściej problem ten dotyczył kobiet (64% i 50% mężczyzn) niezależnie od grupy wiekowej. Najczęstszą dolegliwością zdrowotną osób dorosłych były bóle dolnej partii pleców, a następnie nadciśnienie tętnicze, bóle szyi lub środkowej partii pleców, choroba zwyrodnieniowa stawów, silne bóle głowy (migrena), choroba wieńcowa, alergia, choroby tarczycy i cukrzyca.

W Wielkopolsce, jak już wspomniano, problemy związane z schorzeniami i dolegliwościami przewlekłymi zgłaszało blisko 55% populacji w wieku 15 lat i więcej. W przypadku kobiet było to prawie 59%, a mężczyzn prawie 50%. Najczęstszą

dolegliwości w całej populacji prezentowały się podobnie jak w Polsce, przy czym na pierwszym miejscu było nadciśnienie tętnicze.

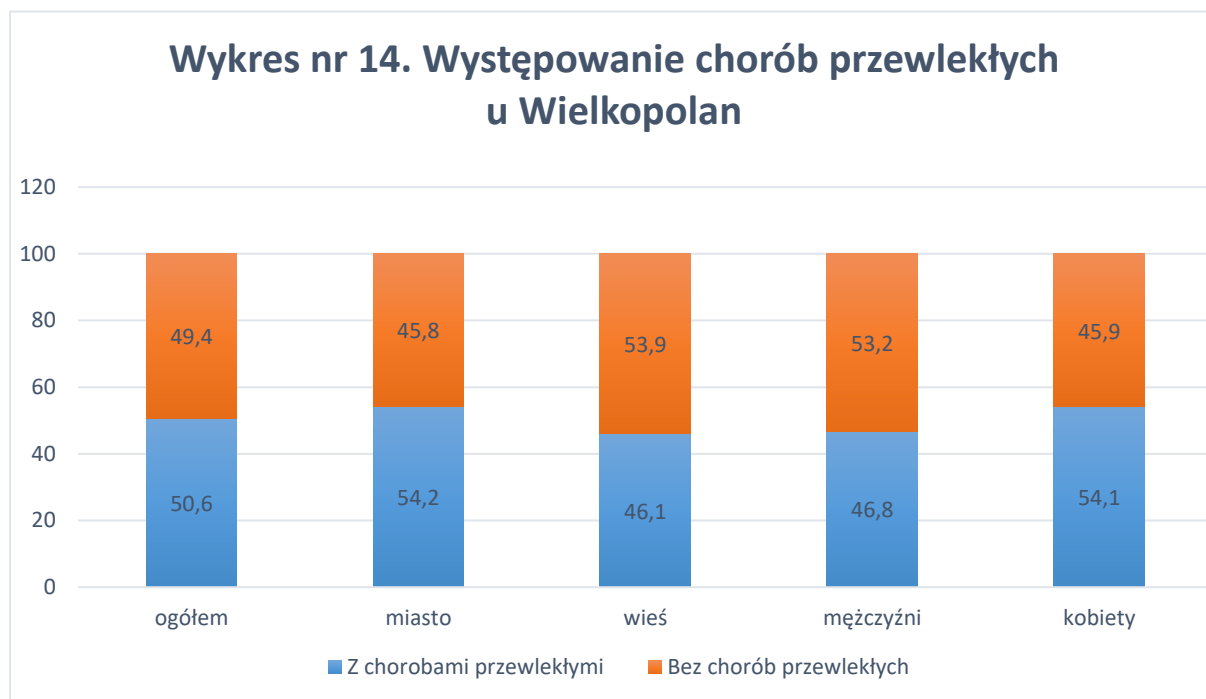
Uwzględniając płeć badanych, dorosłe kobiety częściej niż mężczyźni chorowały na nadciśnienie tętnicze i choroby stawów oraz uskarżały się na bóle pleców czy szyi, choroby tarczycy i silne bóle głowy. Natomiast mężczyźni częściej cierpieli z powodu zawału serca, udaru mózgu i ich następstw oraz marskości wątroby.

W przypadku wieku badanych, u młodych ludzi w wieku 15-29 lat najczęściej występowała astma, bóle dolnej partii pleców i silne bóle głowy (migrena), w grupie wiekowej 30-39 lat dodatkowo bóle innych partii kręgosłupa i wysokie ciśnienie krwi. U osób po 40-tym roku życia gwałtownie wzrastało występowanie nadciśnienia tętniczego, chorób zwyrodnieniowych stawów, a także depresja, wrzody żołądka i dwunastnicy, choroba tarczycy. W grupie 50+ obserwowany jest wyraźny wzrost występowania nadciśnienia tętniczego oraz bólów pleców czy szyi, a także częstsze dolegliwości z powodu bólów głowy i problemów ze stawami. Po 60 r. ż. dominują już wyraźnie choroby układu krążenia (nadciśnienie tętnicze, choroba wieńcowa, zawał serca), kłopoty ze stawami. Ponadto jako znaczący problem pojawia się cukrzyca, dolegliwości związane z funkcjonowaniem układu moczowego i prostaty, depresja i udar mózgu.

Z punktu widzenia częstości występowania schorzeń i dolegliwości przewlekłych występujących u jednej osoby dorosłej w Polsce przypadało prawie dwa schorzenia, a Wielkopolsce poniżej 1,5, co było najlepszym rezultatem w kraju.

W Wielkopolsce w populacji dorosłych dominowały następujące schorzenia i dolegliwości przewlekłe – wysokie ciśnienie krwi i bóle dolnej partii pleców (średnio co 5 osoba), bóle środkowej partii pleców, bóle szyi, karku, choroba zwyrodnieniowa (śr. co 8 osoba), choroba wieńcowa, cukrzyca, alergia, silne bóle głowy (migrena), choroby tarczycy (śr. co 15 osoba), choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, depresja, astma, zawał serca i jego konsekwencje, problemy z nerkami, nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego, przewlekłe zapalenie oskrzeli, POCHP (śr. co 30 osoba). Wśród mężczyzn dominowały wysokie ciśnienie

krwi, bóle dolnej partii pleców, choroba zwyrodnieniowa stawów, bóle środkowej partii pleców, bóle szyi, karku i cukrzyca. Kobiety najczęściej uskarżały się na bóle dolnej partii pleców, wysokie ciśnienie krwi, bóle szyi, karku, chorobę zwyrodnieniową stawów, choroby tarczycy i silne bóle głowy (migrena).



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

c. Choroby przewlekłe dzieci w wieku do 14 lat

W 2014 r. prawie 27% ogółu dzieci chorowało przewlekłe na min. 1 chorobę, częściej chorowały dzieci powyżej 4 r.ż. Główne dolegliwości to alergie (ok. 15%, w Wlkp.), choroby oka (ok. 5%) oraz astma (4%).

Chłopcy chorowali częściej niż dziewczynki, podobnie jak mieszkańcy miast niż wsi, co można zaobserwować niezależnie od grupy wiekowej. W Wielkopolsce dane te prezentują się podobnie.

4. Wypadki

Poza czynnikami, których długotrwałe oddziaływanie może wpływać na zdrowie człowieka pewną rolę w tym zakresie odgrywają również zdarzenia losowe, określane ogólnie jako wypadki. Świadomość skali tego zjawiska jak i rodzaju wypadków jest istotna, zarówno ze względu na realne możliwości ograniczenia ich występowania jak i ich skutków.

W 2014 r. co 20-ty Polak uległ wypadkowi w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Zdecydowanie częściej był to mieszkaniec miasta, mężczyzna, osoba w wieku 10-19 lat lub pow. 80 r.ż.

Najczęściej do wypadku dochodziło w domu lub jego otoczeniu, a w dalszej kolejności podczas pracy, nauki oraz w czasie wolnym. Najmniejszą grupę stanowiły osoby poszkodowane w wypadkach drogowych, choć paradoksalnie tego rodzaju zdarzenia są najczęściej kojarzone z wypadkami. Zapewne wynika to ze spektakularności i ciężkości urazów oraz wysokiej śmiertelności ofiar.

Zazwyczaj poszkodowanym w wypadkach udzielana była fachowa pomoc medyczna, w szczególności w przypadku wypadku komunikacyjnego (ponad 70%). Praktycznie co 5. osoba musiała skorzystać z pomocy medycznej w szpitalu wiążącej się z min. 1 - dniowym pobytem z noclegiem na oddziale szpitalnym.

5. Samopoczucie psychofizyczne osób w wieku 15 lat i więcej

a. Odczuwanie bólu fizycznego

Ból fizyczny jest objawem, którego każdy człowiek doznaje w trakcie swojego życia. Na poziom i czas jego odczuwania ma wpływ aktualny stan zdrowia, występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, przewlekłych chorób i dolegliwości oraz poziom sprawności i jest to sprzężenie zwrotne. Z tego względu rozróżniamy ból ostry, intensywny, najczęściej związany z urazami i sytuacjami potencjalnie niebezpiecznymi oraz ból przewlekły, towarzyszący długotrwałym stanom chorobowym. Podstawową rolą bólu jest informacja o wystąpieniu sytuacji, które mogą mieć negatywny wpływ na nasze zdrowie i konieczności ich jak najszybszej neutralizacji. Jednocześnie bardzo istotne znaczenie dla jakości życia ma ból przewlekły i jego eliminacja, szczególnie w sytuacji choroby nieuleczalnej bądź wymagającej długotrwałej terapii.

Odczuwanie bólu wzrasta wraz z wiekiem. W badaniu EHIS z 2014 r. występowanie bólu o jakimkolwiek natężeniu deklarowała więcej niż połowa osób w grupie 40-49 lat, 61% pięćdziesięciolatków, nieco więcej niż 2/3 sześćdziesięciolatków oraz ponad ¾ osób w grupie 70-79 lat. Jedynie 10% osób najstarszych deklarowało brak odczuwania bólu.

Kobiety, niezależnie od grupy wiekowej, znacznie częściej odczuwały ból fizyczny niż mężczyźni (odpowiednio 57% i 45%). Występował u nich również częściej ból silny i wyjątkowo silny (14% i 9%).

Co ważne, **87% odczuwających ból fizyczny stwierdziło, że zakłócał im wykonywanie zwykłych codziennych obowiązków i czynności.** U ponad 1/5 osób ból dość mocno i bardzo mocno wpływał na ich normalną pracę, a dla ponad ¼ - średnio.

b. Zdrowie psychiczne - depresja

Badanie EHIS w zakresie zdrowia psychicznego respondentów i jego wpływu na samopoczucie psychofizyczne, koncentrowało się na zagadnieniu depresji. **Szczególnie istotnym, stwierdzonym w badaniu zjawiskiem, było częstsze występowanie depresji u kobiet niż u mężczyzn,** a samą depresję stwierdzono w każdej grupie wieku. **Poważne objawy depresji pojawiają się zwykle u osób około 50. roku życia, a częstość ich występowania zwiększa się wraz z wiekiem badanych.** Oznacza to, że stan ten mogą wywołać istotne zmiany w życiu człowieka, szczególnie związane z pełnieniem ról życiowych (przejście na emeryturę, pogorszenie sytuacji finansowej, utrata pracy, syndrom pustego gniazda, śmierć partnera, itp.).

6. Styl życia

Styl życia, czyli szereg zachowań człowieka, które w zależności od ich efektów możemy nazwać pro- lub antyzdrowotnymi. Istotą promocji zdrowia jest upowszechnianie i wzmacnianie tych o udowodnionym pozytywnym wpływie na zdrowie i redukcja negatywnych. Sama świadomość korzyści zdrowotnych danego zachowania nie jest tożsama z jego przejawianiem. Podobnie z resztą ma się rzecz z zachowaniami szkodliwymi. Ich oddalone zazwyczaj w czasie efekty nie są wystarczającym powodem do zmiany. Już w 2002 r. WHO zidentyfikowało 10 głównych czynników ryzyka behawioralnego na terenie Europy, mających wpływ na łączne obciążenie chorobami. Do najistotniejszych z nich zaliczono: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, dietę ubogą w warzywa i owoce, małą aktywność fizyczną i zażywanie narkotyków.

a. Spożycie owoców i warzyw

Spożycie owoców i warzyw przez dzieci powyżej 6 mies. życia

W 2014 r. można było zaobserwować postępujący na przestrzeni ostatnich lat wzrost spożycia owoców i warzyw i ta tendencja niewątpliwie utrzymuje się. Wszystkie dzieci zdecydowanie częściej wybierają owoce niż warzywa, a częstość spożycia

warzyw i owoców maleje wraz z wiekiem. Codziennie jadało owoce prawie $\frac{3}{4}$ dzieci, a warzywa ponad $\frac{3}{5}$.

Dieta dzieci generalnie jest bogata w owoce. W 2014 r. 73% dzieci jadało owoce lub piło świeżo wyciskane soki owocowe min. 1 dziennie. Blisko co szóste dziecko spożywało owoce 4-6 razy w tygodniu, a co dwunaste 1 do 3 razy tygodniowo.

W przypadku warzyw dane nie prezentują się już tak dobrze. Raz dziennie i częściej konsumowało warzywa (z wyjątkiem ziemniaków) lub piło soki z nich wyciskane prawie 62% dzieci, a kilka razy w tygodniu 22%. Niepokojące jest, iż aż co 8 dziecko jadało warzywa tylko 1-3 razy w tygodniu, a 4 % jeszcze rzadziej lub nigdy.

W Wielkopolsce prawie 58% dzieci jadło owoce min. 1 dziennie, co daje 12 miejsce w kraju. Za to rzadziej niż raz w tygodniu tylko 3%, co daje 6 miejsce. W przypadku warzyw dane te prezentowały się odpowiednio – 52% (15 miejsce w kraju) oraz 2,5% (11 miejsce).

Spożycie owoców i warzyw przez dorosłych

Osoby dorosłe zdecydowanie rzadziej niż dzieci spożywają warzywa i owoce. Owoce codziennie jadało tylko 59% dorosłych, z czego $\frac{2}{3}$ to osoby między 60-79 r.ż. Relatywnie rzadko owoce konsumowały osoby sędziwe. Co 15 osoba w wieku 80 lat i więcej jadała owoce rzadziej niż jeden raz w tygodniu lub wcale.

Co najmniej raz dziennie spożywało warzywa (za wyjątkiem ziemniaków) około 57% dorosłych. Osoby sędziwe jadały warzywa, podobnie jak owoce, najrzadziej.



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

Praktycznie co druga osoba 80 - letnia lub starsza jadła codziennie posiłek zawierający warzywa, a częściej niż co czwarta deklarowała, że jada warzywa rzadziej niż 4 razy w tygodniu bądź wcale.

W miastach codzienne spożycie zarówno owoców jak i warzyw było wyższe niż na wsi. W przypadku mężczyzn spożycie to było na poziomie 47%, a kobiet 52%.

Ponadto poziom zamożności gospodarstw domowych może determinować częstość konsumpcji warzyw czy owoców. Osoby ubogie znacznie rzadziej jadły owoce lub warzywa niż osoby zamożne. W gospodarstwach najuboższych co czwarta osoba spożywała owoce lub warzywa co najwyżej 3 razy w tygodniu, bądź rzadziej, natomiast w gospodarstwach zamożnych tylko co siódma.

W Wielkopolsce prawie 55% dorosłych spożywało min. raz dziennie owoce, co dawało 11 miejsce w kraju. Natomiast rzadziej niż raz w tygodniu ponad 3% (15 miejsce w kraju). W przypadku warzyw dane te wyglądały odpowiednio – prawie 50% (13 miejsce w Polsce) oraz 1,2% (16 miejsce).



źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS

b. Aktywność fizyczna

Poziom aktywności fizycznej mieszkańców jest jednym z istotnych wskaźników odpowiedzialności za własne zdrowie, jak również ogólnej sprawności organizmu,

a więc traktowania przez nich zdrowia jako zasobu. Według zaleceń WHO niezbędna, minimalna dawka aktywności fizycznej to:

- dla dzieci i młodzieży szkolnej:

60 minut lub dłużej umiarkowanej lub intensywnej aktywności fizycznej codziennie z uwzględnieniem atrakcyjnych jej form, dostosowanych do wieku, w celu rozwoju zdolności motorycznych;

- dla zdrowej osoby dorosłej (18–65 lat):

30 minut umiarkowanej aktywności fizycznej przez 5 dni w tygodniu
lub

20 minut bardzo intensywnej aktywności fizycznej przez 3 dni w tygodniu; takiej, która uwzględnia 2 lub 3 razy w tygodniu ćwiczenia zwiększające siłę mięśni i wytrzymałość;

- dla osób powyżej 65. roku życia:

powinno się dążyć do osiągnięcia tych samych celów co zdrowe osoby dorosłe, zadbać o wysiłek siłowy i aktywność poprawiającą koordynację ruchową.

Jednocześnie we wszystkich grupach wiekowych zaleca się zminimalizowanie do max. 2 godzin dziennie czas spędzany w pozycji siedzącej (przed ekranem TV, komputerem itp.).

Aktywność fizyczna może być również odzwierciedleniem dostępu do infrastruktury rekreacyjno-sportowej, szczególnie poza dużymi aglomeracjami.

Aktywność fizyczna uczniów

W przypadku aktywności fizycznej uczniów brano pod uwagę uprawianie sportu i innych aktywności ruchowych poza lekcjami w-f w formie zorganizowanej bądź samodzielnej rekreacji.

W pierwszej kolejności warto zwrócić uwagę, że w 2014 r. w zajęciach w-f brało udział ogółem 98% uczniów. Wśród zwolnionych przeważali chłopcy, a odsetek niećwiczących wzrastał wraz z wiekiem.

Prawie 90% dzieci wykazywało jakąkolwiek aktywność fizyczną poza lekcjami w-f. Tutaj również przeważali, choć nieznacznie, chłopcy. Regularnie poświęcało na to czas 49% dzieci, a często 26%. Jednocześnie, **częściej niż co dziesiąte dziecko w wieku 6 – 14 lat w ogóle nie przejawiało innej aktywności fizycznej poza obowiązkowymi zajęciami w szkole.**

Biorąc pod uwagę wiek i płeć dziecka, można zauważyć, że najdłużej aktywni tygodniowo byli 13 letni chłopcy (5,4 godziny), a wśród dziewczynek – czternastolatki (4,6 godz.). Najrzadziej aktywne fizycznie były ośmio- i dwunastoletnie dziewczynki (3,9 godz.) i siedmioletni chłopcy (4,1 godz.). Dzieci bardzo aktywne, uprawiające sport lub rekreację regularnie bądź dość często poświęcały przeciętnie na to odpowiednio nawet 4,9 i 4,8 godziny w tygodniu.

Aktywność fizyczna dorosłych

W przypadku osób dorosłych aktywność fizyczna w badaniu EIH 2014 r. obejmowała również aktywność zawodową oraz związaną z codziennym przemieszczaniem się do pracy.

Aktywność fizyczna związana z głównym zajęciem wykonywanym w życiu codziennym.

47% dorosłych Polaków wykonywało codzienne zajęcie głównie na siedząco lub stojąco, 40% robiło to w ruchu, przy czym był to umiarkowany wysiłek fizyczny, a dla ok. 10% praca wiązała się ze znacznym wysiłkiem fizycznym i była określana jako ciężka.

Co 40-ta osoba dorosła zadeklarowała, że nie ma żadnych obowiązków codziennych. Byli to przede wszystkim najstarsi seniorzy, osoby o złym stanie zdrowia oraz niesprawni.

Mieszkańcy wsi (co szósta osoba) wykonywali znacznie częściej ciężką pracę fizyczną od mieszkańców miast (co trzynasta). **Ponadto ponad połowa mieszkańców miast wykonywała swoje codzienne obowiązki siedząc lub stojąc, na wsi była to co trzecia osoba.**

Naturalnie znaczne obciążenie fizyczne związane z codziennymi obowiązkami dotyczyło mężczyzn, osób o niskim poziomie wykształcenia. Co piąta osoba z wykształceniem zasadniczym zawodowym ciężko pracowała, a tylko co dziesiąta z wykształceniem średnim.

Aktywność fizyczna związana z docieraniem i powrotem z różnych miejsc w okresie jesiennym – pieszo i na rowerze.

Prawie 85% dorosłych docierało pieszo do różnych miejsc (praca, szkoła, zakupy, itp.), a średni czas poświęcony na to wyniósł ok. 35 minut dziennie. Poruszanie się pieszo było charakterystyczne dla mieszkańców miast (tylko co ósmy dorosły nie

chodził pieszo, a w przypadku wsi – co piąty). Tego rodzaju aktywność ulega ograniczeniu z wiekiem. Jako główny powód takiego stanu podawane były ograniczenia związane z niezbyt dobrym stanem zdrowia. Blisko co trzecia osoba niesprawna nie docierała do różnych miejsc pieszo, podobnie jak co czwarta siedemdziesięcioletnia i ponad 40% najstarszych seniorów. W przypadku tych grup przemieszczający się pieszo robili to raczej krótko, max. 23 min. dziennie, a nawet krócej).

W badaniu **zaobserwowano wzrost popularności przemieszczania się na rowerze**. Tendencja ta zdecydowanie się utrzymuje, czego przejawem jest upowszechnienie tzw. rowerów miejskich.

Im mniej zurbanizowane jest miejsce zamieszkania tym znacznie częściej jego mieszkańcy wykorzystują rower jako środek transportu i trochę dłużej nim jeżdżą.

Jesienią 2014 r. rowerem podróżowało ponad 7,7 mln osób dorosłych, z czego co piąta osoba mieszkająca w mieście i częściej niż co trzecia osoba mieszkająca na wsi. Średni czas jazdy wynosił mniej niż 40 minut tygodniowo. Docieranie do różnych miejsc przy pomocy roweru było najbardziej popularne wśród mężczyzn oraz osób najmłodszych. Blisko co trzeci mężczyzna poświęcał na to 45 minut tygodniowo, natomiast w grupie wiekowej 14-19 lat było to ponad 45% osób, które robiły to przez średnio 65 minut w tygodniu.

Aktywność fizyczna związana z uprawianiem sportu, fitness, ćwiczeniami na siłowni lub innej formy rekreacji w okresie jesiennym.

W okresie jesiennym, **częściej niż co piąta osoba dorosła w ramach swojego czasu wolnego uprawiała sport, fitness lub inną rekreację fizyczną**. Średni czas ćwiczeń wyniósł 36 minut tygodniowo. Były to przede wszystkim osoby młode do 39 r. ż., mieszkańcy miast, nieznacznie częściej mężczyźni. **Mieszkaniec miasta praktycznie 2 razy częściej i 2 razy dłużej uprawiał sport niż mieszkaniec wsi. Aktywność związana z uprawianiem sportu i czas na nią poświęcany malały z wiekiem**. W grupie wiekowej 15-19 r.ż. co druga osoba poświęcała prawie 78 min. tygodniowo, 20-29 r.ż. – co trzecia śr. 62 min, 30-39 r.ż. co czwarta ze śr. czasem 48 min. Natomiast w przypadku osób w wieku 50-69 lat była to już tylko co ósma osoba.

Specyficzną formą aktywności fizycznej, której popularność nieustannie wzrasta, są ćwiczenia wzmacniające mięśnie (oporowe lub siłowe), które wymagają

specjalistycznego sprzętu, wykonywane na tzw. siłowniach. W badaniu z 2014 r. dodatkowo uwzględniono również to zagadnienie.

Ponad 2,2 mln dorosłych wykonywało tego rodzaju ćwiczenia. Byli to głównie mieszkańcy miast, mężczyźni, osoby do 40 r.ż., z wykształceniem wyższym oraz uczniowie szkół ponadgimnazjalnych.

Obecnie coraz więcej samorządów lokalnych organizuje bezpłatne siłownie na wolnym powietrzu oraz asystę trenerów osiedlowych. Pozwala to sądzić, że liczba korzystających z tej formy aktywności rośnie.

Poziom aktywności fizycznej dorosłych mieszkańców Polski

W badaniu EHIS 2014 przyjęto, że poziom aktywności fizycznej Polaków będzie oceniany wyłącznie na podstawie czasu przeznaczonego na dotarcie do różnych miejsc na rowerze oraz uprawiania sportów, itp.

W efekcie, można zauważyć, że **poziom aktywności fizycznej zależy przede wszystkim od wieku osoby i spada, szczególnie szybko po ukończeniu 29 r.ż.** Już wśród trzydziestolatków częściej niż co druga osoba nie przejawiała takiej aktywności nawet przez 10 minut tygodniowo.

Niezależnie od wieku, tylko 40% ogółu populacji osób dorosłych przejawiało taką aktywność. Prawie co szósty dorosły poświęcał na jazdę na rowerze lub zajęcia sportowe od 1 do 1,5 godziny tygodniowo, blisko co 16 osoba – mniej niż godzinę i tylko co szósta co najmniej 150 minut tygodniowo, czyli zgodnie z zaleceniami WHO.

Zupełny brak aktywności fizycznej deklarowały głównie kobiety – 62% ogółu kobiet w stosunku do 55% mężczyzn. Z kolei do grupy aktywnych fizycznie można zaliczyć tylko co siódmą kobietę i co piątego mężczyznę. Co ciekawe, brak aktywności fizycznej obserwowany był również wśród osób cieszących się dobrym stanem zdrowia (subiektywna bardzo dobra lub dobra ocena, bez długotrwałych problemów zdrowotnych lub niechorujący przewlekłe). Nieznacznie częściej niż co druga osoba zaliczała się do tej grupy, co oznacza, że w ciągu tygodnia nie poświęciła nawet 10 minut na jazdę na rowerze lub na ćwiczenia wymagające tylko umiarkowanego wysiłku fizycznego.

Z drugiej strony osoby mocno aktywne fizycznie to osoby młode, do 40 r.ż. Wspomnianą wyżej normę aktywności fizycznej wg WHO spełniała częściej niż co trzecia osoba w wieku 15-19 lat, co czwarta dwudziestoletnia i co piąta

trzydziestoletnia. W grupach wiekowych 40-49 i 50-59 do tej grupy zaliczało się 12 - 15% osób. Względnie wysoka aktywność fizyczną przejawiali mieszkańcy miast, osoby z wykształceniem wyższym oraz uczniowie szkół średnich oraz osoby pochodzące z gospodarstw zamożnych.

Powyższe dane pozwalają na stwierdzenie, że **subiektywnie oceniany jako dobry stan zdrowia w opinii wielu osób jest usprawiedliwieniem dla niepodejmowania aktywności fizycznej, jak również sama aktywność fizyczna nie jest utożsamiana jako warunek konieczny dla wzmacniania i utrzymania dobrego stanu zdrowia.**

Jednocześnie warto zwrócić uwagę, że sama aktywność fizyczna związana z wykonywaniem codziennego głównego zajęcia lub pracy zawodowej nie jest wystarczająca dla zapewnienia ogólnego rozwoju sprawności fizycznej, ze względu na jej z reguły jednostronny charakter i wymaga uzupełnienia. Dodatkowo, z przeprowadzonych badań wynika, że **osoby, których praca wymagała niewielkiego wysiłku (siedząca lub stojąca) znacznie rzadziej są aktywne fizycznie poza nią**, szczególnie w formie jazdy na rowerze czy przemieszczania się na piechotę. Natomiast odwrotną sytuację można zaobserwować w przypadku aktywności fizycznej o charakterze rekreacyjnym, uprawiania sportu, itp.

Oglądanie telewizji oraz korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 2 - 14 lat

Oglądanie telewizji, w formie programu oferowanego przez stacje telewizyjne lub platformy streamingowe staje się coraz popularniejszą formą spędzania czasu wolnego Polaków. Telewizor, dzięki tzw. funkcji Smart, staje się również odbiornikiem treści oferowanych przez Internet.

Negatywny wpływ telewizji na zdrowie człowieka wynika z nadmiaru bodźców i niedostatecznej stymulacji mózgu, a także z jakości emitowanych przekazów medialnych. Nowoczesne telewizory odświeżają obraz z częstotliwością 120 kHz na sekundę, czego nie jest w stanie uchwycić ludzkie oko. Mimo to impulsy te odnotowuje nasz mózg, co negatywnie wpływa na jego funkcjonowanie. Konsekwencje spędzania zbyt dużej ilości czasu na oglądaniu telewizji mogą być bardzo dotkliwe, zwłaszcza w przypadku dzieci, u których kształtuje się układ neurologiczny.

W 2015 r. na łamach czasopisma "Jama Psychiatri", wydawanego przez Amerykańskie Towarzystwo Medyczne, opublikowano badania na temat tego, jak

telewizja wpływa na nasze zdrowie⁴. Badania te trwały aż ćwierć wieku, w którego trakcie naukowcy śledzili nawyki grupy ponad 3000 osób. Po upływie 25 lat na badanych osobach przeprowadzili trzy rodzaje testów sprawności intelektualnej. Zdecydowanie najslabiej wypadły osoby, które przez 25 lat oglądały telewizję co najmniej przez trzy godziny dziennie. Znacznie lepiej poradzili sobie badani, którzy rezygnowali z telewizji na rzecz innych rozrywek jak np. książka czy teatr. **Naukowcy z Amerykańskiego Towarzystwa Medycznego doszli do wniosku, że telewizja wpływa negatywnie na mózg, jednakże nie zdołali dojść do bezpośrednich przyczyn takiego stanu. Prawdopodobnie to właśnie forma stymulacji mózgu jest niewystarczająca.**

Negatywne skutki oglądania telewizji to:

- Brak odpowiedniej ilości ruchu, co nieuchronnie prowadzi do zaburzeń rozwoju ciała: problemów z równowagą, nadmiernymi kilogramami i wad kręgosłupa.
- Problemy ze wzrokiem, najczęściej w postaci krótkowzroczności, co ma związek z dwuwymiarowym ekranem telewizora.
- Nadpobudliwość, problemy z pamięcią i koncentracją, które związane są z nadmierną ilością emitowanych bodźców w krótkim czasie. Mózg dziecka nie jest w stanie nadążyć za prezentowanymi przekazami: obrazowymi, słuchowymi i dźwiękowymi.
- Pauperyzacja języka, co związane jest przede wszystkim z jakością prezentowanych materiałów telewizyjnych, które w większości przypadków na pierwszym miejscu stawiają na obraz.
- Brak wyobraźni, co wynika również z nadmiaru bodźców i braku odpowiedniej stymulacji obszaru mózgu odpowiedzialnego za kreatywność.
- Trudności z odróżnianiem świata prezentowanego w telewizji od świata rzeczywistego.
- Lenistwo umysłowe, co wynika z braku odpowiedniej stymulacji mózgu.
- Problemy z nauką, co ma bezpośredni związek z problemami z pamięcią i koncentracją.

⁴ Effect of Early Adult Patterns of Physical Activity and Television Viewing on Midlife Cognitive Function
Tina D. Hoang, MSPH; Jared Reis, PhD; Na Zhu, MD, MPH; David R. Jacobs Jr, PhD; Lenore J. Launer, PhD;
Rachel A. Whitmer, PhD; Stephen Sidney, MD; Kristine Yaffe, MD, JAMA Psychiatry January 2016 Volume 73,
Number 1

- Problemy z empatią, uniewrażliwienie się na krzywdę innych ludzi, co wynika z upowszechnienia przekazów medialnych o krzywdzie ludzkiej. Może się to przerodzić nawet w postawę cyniczną.
- Zaburzenia kompulsywno-obsesyjne, co wynika z potrzeby dostarczania coraz większych wrażeń i niskiej samooceny.

źródło: <https://stronazdrowia.pl/wplyw-telewizji-na-zdrowie-jak-ogladanie-telewizji-wplywa-na-nasz-mozg/ar/c14-13676544>

W badaniu EHIS 2014 wykazano, że dzieci spędzały przed telewizorem, korzystały z komputera lub elektronicznych urządzeń mobilnych średnio 2,2 godz. dziennie. Już 2-latki robiły to przez śr. 1,5 godziny dziennie. Najwięcej czasu, bo około 3 godziny przeznaczały na to dzieci 14-letnie.

Ze względu na dzienny czas oglądania największą grupę stanowiły osoby poświęcające na to 2 godziny (34%), dalej 1 godz. (25%), 3 godz. (ok.19%), 4 godz. (8%), 5 godz. i więcej (5%). W grupie spędzającej najwięcej czasu dominowały trzylatki, dzieci 11-letnie i starsze. Praktycznie nie zaobserwowano różnic pomiędzy płciami (2,2 godz. dziennie – chłopcy, 2,1 godz. – dziewczynki).

Warto podkreślić, że zaledwie 0,5% dzieci, zgodnie z deklaracją rodziców, w ogóle nie oglądało telewizji i nie korzystało z komputera, itp. i były to przede wszystkim 2 - latkowie.

c. Palenie tytoniu

Dane w tym rozdziale zaprezentowano dodatkowo z uwzględnieniem raportu Kantar dla GIS z 2019 r⁵. Palenie tytoniu w Polsce staje się coraz mniej popularne. W 2014 r. odsetek palących wynosił 26%, a w 2019 r. już tylko 22%. W przypadku mężczyzn było to odpowiednio 32,5% i 26%, a kobiet 20,3% i 19%.

Tytoń paliła codziennie częściej niż co piąta dorosła osoba. W przypadku kobiet największy odsetek palących był w grupie wiekowej 30-39 lat (26%), a mężczyzn – 40 - 49 lat (34%). Miejsce zamieszkania w małym stopniu decyduje o częstotliwości palenia według płci, chociaż w przypadku kobiet zauważalna jest liczebnie grupa mieszkanek miast z liczbą ludności 20-100 tys. i 100-500 tys. W tej populacji różnice

⁵ „Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu”, Kantar dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego, 2019

między płciami również są niewielkie i wynoszą ok. 4%. Dowodzi to anachronizmu kojarzenia papierosa z mężczyzną.

Prawie 74% ludności Polski zadeklarowało, że tytoniu nie pali. Co ciekawe, aż 32% tej grupy stanowili tzw. dawni palacze, czyli osoby, które w przeszłości paliły codziennie. Według badania Kantar dla GIS w 2019 r. liczby te wynosiły odpowiednio 78% i 11%, co może oznaczać, że **coraz więcej osób świadomie nigdy w życiu nie sięga po papierosy.**

Zdecydowana większość palaczy paliła papierosy przemysłowe lub samodzielnie wykonane. Stosunkowo rzadko była palona fajka, cygara czy inne specyficzne produkty jak fajka wodna, cygaretki czy też papierosy elektroniczne – tylko 3% palaczy. Wbrew pozorom w 2019 r. nie zanotowano wzrostu w tej grupie produktów, a **odsetek palących papierosy elektroniczne wśród ogółu palaczy to tylko 1%.** Najczęściej wskazywanym powodem palenia e-papierosów jest moda na palenie e-papierosów (28%). **Rzadziej powodem palenia e-papierosów jest dbałość o zdrowie** – tą odpowiedź wskazało 17% zapytanych. Oszczędność pieniędzy skłonił do sięgnięcia po e-papierosy 14% badanych, a 13% chciało w ten sposób rzucić palenie. 12% korzysta z tego rodzaju używek w miejscach, gdzie obowiązuje zakaz palenia. Co piąty zapytany (22%) wskazywał inny powód korzystania z e-papierosów, np. ciekawość.

Najliczniej w 2014 r. paliły osoby pięćdziesięcioletnie, z wykształceniem zasadniczym zawodowym i rozwiedzione. Nałóg ten występował znacznie częściej wśród osób ubogich, szczególnie w grupie mężczyzn.

W Wielkopolsce w 2014 r. paliło prawie 26% populacji (12 miejsce w kraju), w przypadku mężczyzn było to 31% (trzynaste miejsce w kraju) a kobiet prawie 21% (jedenaste miejsce w kraju).

Codziennie paliło 22% populacji województwa, a okazjonalnie prawie 4%, lokowało to Wielkopolskę odpowiednio na trzynastym i piątym miejscu w kraju. W przypadku mężczyzn było to odpowiednio prawie 27% (trzynaste miejsce w kraju) i ponad 4% (trzecie miejsce w kraju), a kobiet ponad 17% (szóste miejsce w kraju) i ponad 3% (szóste miejsce w kraju). Oznacza to, że **Wielkopolanki palą codziennie zdecydowanie częściej niż mieszkanki większości województw.**

7. Warunki zamieszkania

Zgodnie z danymi przedstawionymi w opracowaniu Wielkopolskiego Urzędu Statystycznego pt. „Warunki życia ludności w województwie wielkopolskim w 2018 r.”

jak w skazano w syntezie wyników poprawiają się warunki mieszkaniowe ludności województwa wielkopolskiego (rośnie liczba mieszkań, większa jest także przeciętna powierzchnia użytkowa przypadająca na osobę, zmniejsza się zaludnienie mieszkań i coraz lepsze jest ich wyposażenie w podstawowe instalacje), jednak potrzeby w tym zakresie są nadal znaczne. **Mimo że pod względem liczby nowo budowanych mieszkań, także w relacji do liczby mieszkańców (5,7 mieszkań na 1000 ludności wobec 4,8 w kraju), Wielkopolskie plasuje się w czołówce województw, to wskaźnik odnoszący wielkość zasobów mieszkaniowych do liczby ludności od lat lokuje ten region na przedostatnim miejscu w kraju przed Podkarpackiem.**

a. Azbest

Szkodliwe właściwości azbestu dla zdrowia ludzkiego zostały rozpoznane dopiero na początku ubiegłego stulecia. Pierwsze podejrzenia patologów, że minerał ten może być szkodliwy pochodzą z lat 1900 – 1906 i zostały odnotowane we Francji i Anglii. Skutki zdrowotne obserwowane u osób narażonych na pył azbestu są wynikają z wnikania (wdychania) do układu oddechowego włókien azbestu zawieszonych w powietrzu. Azbest wnika do organizmu głównie przez drogi oddechowe, w niewielkim stopniu przez skórę. Na występowanie i typ zmian patologicznych wpływa rodzaj azbestu, rozmiary włókien i ich stężenie w powietrzu oraz czas narażenia i rodzaj ekspozycji. Szczególne znaczenie ma średnica włókien. Włókna cienkie, o średnicy poniżej 3 μm , przenoszone są łatwiej i docierają do końcowych odcinków dróg oddechowych, podczas gdy włókna grube, o średnicy powyżej 5 μm , zatrzymują się w górnych odcinkach dróg oddechowych. Skręcone włókna chryzotylu o dużej średnicy, mają tendencję do zatrzymywania się wyżej, w porównaniu z igłowymi włóknami azbestów amfibolowych, z łatwością przenikających do obwodowych części płuc. Największe zagrożenie dla organizmu ludzkiego stanowią włókna respirabilne, to znaczy takie, które mogą występować w trwałej postaci w powietrzu i przedostawać się z wdychanym powietrzem do pęcherzyków płucnych. Są one dłuższe od 5 μm , mają grubość mniejszą od 3 μm , a stosunek długości włókna do jego grubości nie jest mniejszy niż 3:1. Jednak należy wszystkie typy azbestu traktować jako powodujące takie samo ryzyko raka płuca. Pojawianie się patologii będących następstwem ekspozycji na pył azbestu jest zależne od rodzaju ekspozycji. W narażeniu na pył azbestu wyróżnia się ekspozycję zawodową, parazawodową i środowiskową. Różnią się one w sposób istotny wielkością stężeń włókien, ich rozmiarami, długością trwania narażenia, a co za tym idzie skutkami dla zdrowia i wielkością ryzyka wystąpienia określonych nowotworów złośliwych.

Ekspozycja zawodowa jest związana z pracą w warunkach narażenia na pył azbestu. Występuje przede wszystkim w kopalniach azbestu i kopalniach innych surowców mineralnych zawierających domieszki azbestu oraz w zakładach produkujących i stosujących wyroby azbestowe. Również prace w warsztatach samochodowych na stanowiskach wymiany szczęk hamulcowych i tarcz sprzęgłowych, prace na stanowiskach wykrawania i wymiany uszczelki z tektury azbestowej lub azbestogumy stanowią źródło narażenia zawodowego na pyły azbestu. Poważne zagrożenie zdrowia może się także wiązać z pracami polegającymi na usuwaniu wyrobów i materiałów zawierających azbest, nagromadzonych w budynkach przemysłowych i użyteczności publicznej oraz unieszkodliwianiu powstających przy tym odpadów niebezpiecznych.

Ekspozycja parazawodowa dotyczy mieszkańców terenów sąsiadujących z kopalniami i zakładami przetwarzającymi azbest oraz rodzin pracowników tych zakładów. Włókna azbestowe przenoszone są z pyłem azbestowym na ubraniach, butach i we włosach.

Ekspozycja środowiskowa związana jest z występowaniem azbestu w powietrzu atmosferycznym, wodzie pitnej i artykułach spożywczych. Krótkookresowe narażenie na działanie azbestu może prowadzić do zaburzeń oddechowych, bólów w klatce piersiowej oraz podrażnienia skóry i błon śluzowych. Z kolei chroniczna ekspozycja na włókna azbestowe może być przyczyną takich chorób układu oddechowego jak:

- Pylica azbestowa (azbestoza) – jest śródmiąższowym patologicznym zwłóknieniem tkanki płucnej, charakteryzującym się występowaniem tzw. ciałek azbestowych lub włókien azbestowych. Proces zwłóknienia jest procesem przewlekłym, który jest kontynuowany nawet po ustaniu narażenia. Schorzenie to obserwowane jest tylko w warunkach narażenia zawodowego, przy stężeniach włókien azbestu przekraczających wartości dopuszczalne, a jej okres rozwoju może trwać nawet 30 -40 lat.
- Zmiany opłucnowe – spowodowane pyłem azbestu mogą występować pod postacią blaszek, zgrubień i odczynów wysiękowych. Łagodne zmiany opłucnowe nie mają większego znaczenia klinicznego. Zgrubienia opłucnej zwykle towarzyszą procesom zwłóknienia sąsiadującej tkanki płucnej. Kliniczny przebieg jest często bezobjawowy lub występują łagodne objawy pod postacią duszności, hiperwentylacji. Okres utajenia (latencja) wynosi zwykle 15-30 lat.

- Rak płuc - jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wywołanym na ogół w warunkach narażenia zawodowego przez wszystkie rodzaje azbestu. Ryzyko raka płuca jest jednak bardzo zróżnicowane i zależy przede wszystkim od rodzaju azbestu, charakterystyki wymiarowej włókien, stężenia włókien, okresu narażenia i nawyku palenia tytoniu. Okres latencji raka płuca w populacjach narażonych zawodowo określa się liczbą lat od pierwszej ekspozycji na pył azbestu do zgonu spowodowanego nowotworem. Okres ten nie został dotąd dla raka płuca precyzyjnie określony. Pojedyncze nowotwory związane z narażeniem na azbest zaobserwować można już po 10-14 latach od pierwszego narażenia. Przyjmuje się, że największe ryzyko zgonu występuje w okresie 20-35 lat od pierwszej ekspozycji.

- Międzybłoniak opłucnej jest nowotworem złośliwym występującym niezmiernie rzadko w populacji nie narażonej na pył azbestu. Międzybłoniak może się rozwinąć w warunkach ekspozycji zawodowej, parazawodowej i środowiskowej, a ryzyko jego rozwoju zależy od rodzaju azbestu i przede wszystkim od czasu jaki upłynął od pierwszego narażenia. Pierwszy przypadek międzybłoniaka opłucnej uznanego za chorobę zawodową stwierdzony został w Polsce w 1976 roku. Nowotwory te charakteryzują się wysoką śmiertelnością oraz krótką przeżywalnością wynoszącą około półtora roku od momentu wystąpienia najczęstszych objawów klinicznych w postaci trudności w oddychaniu, bólów w klatce piersiowej, kaszlu, wysięku w jamie opłucnej. Nie istnieje bezpieczna granica stężenia włókien we wdychanym powietrzu, przy zachowaniu której nie występuje międzybłoniak opłucnej, jednakże uważa się, że znaczne ryzyko występuje przy masywnych narażeniach. Przy ekspozycji środowiskowej międzybłoniak opłucnej jest brany pod uwagę jako główny jej skutek.⁶

Według Bazy Azbestowej prowadzonej przez Ministerstwo Rozwoju w województwie wielkopolskim zostało zinwentaryzowanych 786 810 417 kg wyrobów azbestowych (stan na 04.08.2020 r.). W posiadaniu osób fizycznych wyrobów azbestowych jest 665 814 956 kg. Do tej pory unieszkodliwiono 97 502 475 kg azbestu i wyrobów zawierających azbest.

⁶ Aktualizacja „Programu usuwania azbestu i wyrobów zawierających azbest dla województwa wielkopolskiego”, załącznik do Uchwały Nr XXXVII/889/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 23 października 2017 roku

b. Zanieczyszczenie powietrza i wody

Pod względem emisji pyłów i gazów, a także ilości ścieków odprowadzanych bezpośrednio do wód powierzchniowych lub do ziemi Wielkopolskie znajduje się w niechlubnej czołówce krajowej. Osiągnięciem w działaniach prowadzonych na rzecz ochrony środowiska jest natomiast wysoki stopień redukcji pyłów i niemal całkowite oczyszczanie ścieków tego wymagających.

W 2018 r. zakłady uznane za szczególnie uciążliwe dla czystości powietrza w województwie wielkopolskim wyemitowały 2,1 tys. ton zanieczyszczeń pyłowych, pochodzących głównie ze spalania paliw (68,2%). W porównaniu z poprzednim rokiem emisja pyłów zmniejszyła się niemal o połowę (46,7%), przy średnim spadku w kraju o 10,5%. Wyemitowane tu zanieczyszczenia stanowiły 6,6% krajowej emisji pyłów (przed rokiem 11,1%). Redukcję wyemitowanych pyłów udało się uzyskać na poziomie 99,7%.

W 2018 r. na obszarze woj. wielkopolskiego do wód powierzchniowych lub do ziemi odprowadzono łącznie 1256,2 hm³ ścieków przemysłowych i komunalnych, co w skali kraju stanowiło 15,3%. Z ogółu ścieków wytworzonych w 2018 r. w województwie wielkopolskim oczyszczenia wymagało 213,1 hm³, w tym 118,7 hm³ ścieków komunalnych. Zadanie to zrealizowano w 99,8% (w kraju w 95,1%).

Osobnym problemem ochrony środowiska, którego znaczenie dla zdrowia i życia populacji zostało w ostatnich latach dostrzeżone jest zjawisko smogu, czyli zjawiska atmosferycznego powstającego w wyniku wymieszania się powietrza z dymem i spalinami obserwowane w formie mgły. Problem ten jest niezwykle istotny z punktu widzenia zdrowia publicznego, gdyż głównym źródłem pyłów tworzących smog jest działalność pozaprzemysłowa człowieka. Z tego względu jest on związany przede wszystkim z obszarami miejskimi. Ponadto na zjawisko to ma wpływ również rodzaj opału i rozwiązania w zakresie technologii ogrzewania stosowane w gospodarstwach domowych. Wchodzące w skład smogu związki chemiczne są czynnikami alergizującymi i mogą wywołać astmę oraz jej napady, mogą przyczynić się do wywołania niewydolności oddechowej, chorób układu krwionośnego i serca, obniżenia odporności całego organizmu czy pojawienia się chorób nowotworowych. Mieszkańcy Wielkopolski narażeni są na podwyższone stężenia rakotwórczego B(a)P (benzo(a)pirenu) – 2,4 mln osób, pyłu drobnocząsteczkowego PM₁₀ i PM_{2,5} oddziałującego negatywnie na układ oddechowy człowieka – 1,4 mln osób. **Samorząd Województwa Wielkopolskiego w 2017 r. przyjął pakiet tzw. „uchwał antysmogowych”, w sprawie wprowadzenia, na obszarze województwa**

wielkopolskiego ograniczeń lub zakazów w zakresie eksploatacji instalacji, w których następuje spalanie paliw **oraz rozpoczął działania edukacyjne adresowane do mieszkańców, mające na celu zwiększenie świadomości w zakresie wagi problemu i sposobów jego ograniczania.**

V. Założenia polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w obszarze zdrowia publicznego w kontekście profilaktyki i promocji zdrowia

1. Wprowadzenie

Prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej wymaga posiadania aktualnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację. Określenie stanu zdrowia społeczeństwa to przede wszystkim ocena rozmiaru problemów zdrowotnych, ich trendów i stopnia zróżnicowania pomiędzy różnymi grupami ludności oraz identyfikacja obszarów o priorytetowym znaczeniu dla zdrowia publicznego. Założenia przyjęte dla opracowywanych i realizowanych programów profilaktycznych i innych działań o charakterze promocji zdrowia powinny być zbieżne z kierunkami wytyczonymi w najważniejszych dokumentach zdrowotnych państwa i regionu.

Dla właściwej realizacji zadań dających optymalne szanse Wielkopolanom na wzmacnianie ich potencjału zdrowotnego i satysfakcjonującą jakość życia należy kierować się zasadą należącą do kanonu zdrowia publicznego, która określa, że: „należy osiągać maksymalny efekt zdrowotny za minimalną cenę, przy zachowanym poziomie jakości”. Zadania te powinny mieć charakter długofalowy, uwzględniający kontekst społeczno-kulturowy, potrzeby zdrowotne i oczekiwania mieszkańców oraz wszystkie sfery życia oddziałujące na nie.

Niniejsze opracowanie wytycza kierunki polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego w obszarze zdrowia publicznego, profilaktyki i promocji zdrowia na lata 2021 – 2030 i będzie stanowiło podstawę do przygotowywania propozycji realizacji i finansowania programów polityki zdrowotnej i innych inicjatyw podejmowanych w tym zakresie.

Dokument ten będzie podlegał monitoringowi i zarówno końcowej, jak i okresowej, w cyklu rocznym, analizie i ewaluacji w odniesieniu do celów i mierników, przede wszystkim w oparciu o programy polityki zdrowotnej przyjęte do realizacji i inne działania z zakresu zdrowia publicznego raportowane Wojewodzie w trybie ustawy o zdrowiu publicznym oraz dane statystyczne GUS, NIZP-PZH.

2. Cele

a. Cel strategiczny

Celem strategicznym polityki zdrowotnej Samorządu Województwa Wielkopolskiego jest :

„Poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców województwa wielkopolskiego oraz zmniejszanie nierówności w zdrowiu”.

b. Cele operacyjne i zadania

Osiągnięcie celu strategicznego będzie możliwe dzięki 4 celom operacyjnym i przypisanym im zadaniom.

Cel 1. Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa.

Zadania:

- Opracowanie/realizowanie programów edukacyjnych służących osiągnięciu przez mieszkańców województwa większej świadomości zagrożeń i źródeł prowadzących do utraty zdrowia i ograniczenia sprawności – np. organizowanie konferencji, warsztatów tematycznych na temat ochrony zdrowia i innych form edukacyjnych.
- Promocja/wspieranie/realizacja projektów służących zdrowemu stylowi życia, przeciwdziałających uzależnieniom i biernym formom spędzania czasu wolnego.

Cel 2. Wczesne wykrywanie i ograniczanie skutków najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

Zadania:

- Opracowanie/realizacja programów promocji zdrowia i profilaktyki najczęściej występujących chorób, mających na celu zapobieganie ich wystąpieniu i minimalizowanie następstw, w szczególności w formie programów polityki zdrowotnej, niefinansowanych z innych źródeł publicznych (priorytet: choroby cywilizacyjne oraz zaburzenia psychiczne).
- Monitorowanie/Aktualizowanie/Ewaluacja programów polityki zdrowotnej.
- Podejmowanie adekwatnych do poziomu kompetencyjnego i zgodnych z aktualną wiedzą medyczną działań w obszarze zdrowia publicznego w sytuacjach o charakterze kryzysowym, stanowiących zagrożenie dla zdrowia

mieszkańców Wielkopolski, np. związanych ze stanem epidemii, klęski żywiołowej bądź katastrofy, mających na celu ich eliminację i/lub ograniczenie skutków.

Cel 3. Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji.

Zadania:

- Opracowywanie/wdrażanie programów promocji zdrowia, edukacji i profilaktyki zdrowotnej służących wzmacnianiu potencjału oraz zdolności jednostek i społeczności do samoopieki i samopomocy w zakresie głównych problemów zdrowotnych oraz racjonalnego korzystania z systemu opieki zdrowotnej, szczególnie tam gdzie jest to utrudnione.

Cel 4. Aktywizowanie podmiotów zewnętrznych, w tym jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia.

Zadania:

- Współpraca z jak najszerszym gronem instytucji odpowiedzialnych formalnie i merytorycznie za problemy zdrowia mieszkańców Wielkopolski.
- Budowa/rozwijanie zintegrowanej infrastruktury instytucjonalnej, wspomagającej przygotowywanie i wdrożenie programów promocji zdrowia, profilaktyki zdrowotnej i szeroko rozumianej ochrony zdrowia – realizowanie programów służących edukacji zdrowotnej oraz generowaniu zachowań prozdrowotnych i generalnie prowadzeniu zdrowego stylu życia.
- Tworzenie infrastruktury prawno-instytucjonalnej, organizacyjno-finansowej, dydaktycznej i badawczej służącej promocji zdrowia, profilaktyce zdrowotnej oraz rozwiązywaniu problemów zdrowotnych jednostek i zbiorowości, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy oraz zaleceniami organizacji i struktur międzynarodowych zajmujących się zdrowiem.

3. Monitoring i ewaluacja

Polityka województwa wielkopolskiego w obszarze zdrowia publicznego, w szczególności promocji i profilaktyki zdrowia powinna być zbieżna z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 i następnie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025. Dlatego też referencyjnie należy traktować metodologię ewaluacji i oceny realizacji obu NPZ.

a. Wskaźniki monitorujące

Lp.	WSKAŹNIK	ŹRÓDŁO
1	Ludność według płci i wieku	GUS
2	Ludność według wykształcenia	GUS
3	Ludność według grup zawodowych	GUS
4	Liczba bezrobotnych	GUS
5	Prognozy demograficzne	GUS
6	Oczekiwana długość życia	GUS
7	Oczekiwana długość życia w zdrowiu: lata zdrowego życia (HLY)	GUS, NIZP-PZH
8	Samoocena stanu zdrowia	GUS, NIZP-PZH
9	Ryzyko przedwczesnego zgonu z powodu NCD	NIZP-PZH, GUS
10	Ostry zawał serca (AMI) - umieralność	NIZP-PZH, GUS
11	Umieralność z powodu udaru mózgu	NIZP-PZH, GUS
12	Zapadalność i umieralność z powodu nowotworów złośliwych	NIZP-PZH, GUS
13	Zapadalność i umieralność z powodu astmy	NIZP-PZH, GUS
14	Zapadalność i umieralność z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	NIZP-PZH, GUS

b. Oczekiwane wartości najistotniejszych wskaźników monitorujących

- 1) oczekiwana długość życia - w perspektywie 2030 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej krajowej (GUS);
- 2) oczekiwana długość życia w zdrowiu - w perspektywie 2030 r. co najmniej dorównanie dynamiki przyrostu do średniej krajowej (GUS);
- 3) wskaźnik dobrej samooceny stanu zdrowia - kontynuacja trendu rosnącego (wg metodologii ujętej w publikacji GUS "Jakość życia w Polsce" wydawanej od 2014 r. oraz na podstawie wyników badania HBSC);

- 4) wskaźnik złej samooceny stanu zdrowia - kontynuacja trendu malejącego (wg metodologii ujętej w publikacji GUS "Jakość życia w Polsce" wydawanej od 2014 r.);
- 5) wskaźnik umieralności ogółem według płci, wykształcenia, miejsca zamieszkania (w tym miasta poniżej 5 tys., podział na miasto i wieś) - zmniejszenie różnicy pomiędzy wskaźnikiem umieralności w miejscowościach poniżej 5 tys. mieszkańców (GUS).