

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY DŁUGOŁĘKA**

z dnia 2026 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027”.

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz.U. z 2025 r. poz. 1153 ze zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1 i art. 48a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz.U. 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Rada Gminy Długoleka uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji program polityki zdrowotnej pod nazwą „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Długoleka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Pocinspektor

Marta Jazdzyk

Kierownik Wydziału
Spraw Obywatelskich

Beata Puzdziej

RADCY PRAWNY

Marek Górnica

Uzasadnienie

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, że choroba stanowi poważny problem natury medycznej i społecznej. Mimo dużego zagrożenia atakami kleszczy oraz dostępu do wielu publikacji, zarówno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal niesatysfakcjonująca. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przeloży się na wzrost wykrywalności choroby w populacji docelowej. Realizacja opisanych w projekcie interwencji będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń już istniejących i w konsekwencji poprawi bezpieczeństwo zdrowotne populacji gminy w perspektywie długofalowej.

Oczekuje się, że zapewnienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka bezpłatnych badań diagnostycznych w kierunku boreliozy pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby, w przypadku wyników pozytywnych. Edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkańców gminy pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencje przelożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi* oraz odległych następstw wynikających z zakażenia w populacji gminy.

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy).

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Długoleka, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy, osoby wykonujące zawody wolne związane z pracą w terenie, np. rzeczoznawcy, geodeci). Należy podkreślić, że zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę.

Z uwagi na ograniczone możliwości finansowe gminy, Program obejmie około 300 uczestników. Środki na realizację Programu zostały zabezpieczone w budżecie gminy.

Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Długoleka oraz zmian cen usług w trakcie trwania programu. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

Program stanowi kontynuację „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025” oraz „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020- 2024”.

Zgodnie z art. 48aa ust. 11 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.) Wójt Gminy Długoleka poinformował o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” z rekomendacją nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (boreliozy).

W dniu 12 stycznia 2026 r. na podstawie art. 48d ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 ze zm.) do Wojewody Dolnośląskiego został przesłany wniosek o wydanie opinii o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego oraz z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia. Pozytywna opinia umożliwi staranie się o dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia.

W związku z powyższym podjęcie uchwały jest uzasadnione.

Kierownik Wydziału
Spraw Obywatelskich
Beata Paździerz



**Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy
w Gminie Długoleka na lata 2026-2027**

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461]

Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027

Okres realizacji programu

2026-2027

Autorzy programu

dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk

dr hab. n. med. Mateusz Grajek

CHILICO – Karolina Sobczyk

Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Rekomendacja

Program zgodny z Rekomendacją nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza).

Kontynuacja/trwałość programu

Program stanowi kontynuację „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na rok 2025” oraz „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024”.

Dane kontaktowe

Urząd Gminy Długoleka

ul. Robotnicza 12

55-095 Długoleka

e-mail: gmina@gmina.dlugoleka.pl

tel. 71 32 30 203 fax. 71 32 30 204

Data opracowania programu

IV kwartał 2025 r.

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	4
1. Opis problemu zdrowotnego.....	4
2. Dane epidemiologiczne.....	6
3. Opis obecnego postępowania.....	7
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	9
1. Cel główny:.....	11
2. Cele szczegółowe:.....	11
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	11
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	12
1. Populacja docelowa.....	12
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	12
3. Planowane interwencje:.....	14
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej.....	16
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	17
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	17
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów.....	17
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	17
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	19
1. Monitorowanie.....	19
2. Ewaluacja.....	20
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej.....	20
1. Koszty jednostkowe.....	20
2. Planowane koszty całkowite:.....	21
3. Źródło finansowania.....	21
Bibliografia:.....	23
Załączniki.....	25

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Borelioza z Lyme to choroba odzwierzęca występująca endemicznie w krajach klimatu umiarkowanego półkuli północnej. Do chwili obecnej opisano 18 genogatunków krętków tworzących kompleks *Borrelia burgdorferi sensu lato*, występujących u zwierząt dziko żyjących i przenoszonych przez kleszcze¹. Borelioza (inne nazwy: choroba z Lyme, krętkowica kleszczowa, łac. *Borreliosis*, ang. *Lyme disease*, *Lyme borreliosis*) jest chorobą wielonarządową i zakaźną, przenoszoną przez różne gatunki kleszcza z rodzaju *Ixodes*, w Europie nosicielem jest kleszcz *Ixodes ricinus*. Kleszcze są wektorami krętków *Borrelia*, najczęściej spotykanym gatunkiem jest *Borrelia burgdorferi*, ale możliwe jest też wywołanie choroby przez szczepy *Borrelia garinii*, *Borrelia afzelii* oraz *Borrelia spielmanii*. Patogen ten został po raz pierwszy opisany i scharakteryzowany przez W. Burgdorfer'a i A. Barbour'a w 1982 roku. Szacuje się, że bakterią zakażonych być może nawet 30% kleszczy².

Od wielu lat obserwuje się w Europie wzrost częstości występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, przede wszystkim: boreliozy, babeszjozy, anaplazmozy granulocytarnej, jak również kleszczowego zapalenia mózgu, przy czym najczęstszą chorobą odkleszczową jest borelioza. Geograficzne rozprzestrzenienie i liczebność kleszczy *Ixodes ricinus*, występujących w Europie ulega systematycznej zmianie. Najwyższą ich liczebność stwierdza się w lesie, a najniższą na otwartych łąkach i pastwiskach³. Wektorem bakterii *B. burgdorferi* są najczęściej dorosłe kleszcze, ale możliwe jest też przenoszenie zakażenia przez postać nimf, co jest o tyle groźniejsze, że nimfy z racji małych rozmiarów dużo trudniej zlokalizować na ciele. Badania Rauter i Hartunga wskazują, że zakażenie krętkami *B. burgdorferi* postaci dorosłych kleszczy *I. ricinus* w Europie jest dwa razy wyższe, niż zakażenie nimf⁴.

Borelioza objawia się klinicznie w różnorodny sposób, między innymi poprzez zmiany skórne, zaburzenia w obrębie mięśni szkieletowych, objawy neurologiczne, uszkodzenia układu limfatycznego, zaburzenia kardiologiczne, stany zapalne oka, wątroby, płuc i nerek oraz objawy ogólnoustrojowe. Obraz kliniczny boreliozy manifestuje się zwykle w trzech stadiach. Stadium I rozwija się od dwóch, trzech tygodni od ukąszenia do maksymalnie 3 miesięcy i charakteryzuje się najczęściej zaczerwienieniem skóry w miejscu ukłucia, zwiększającym się obwodowo z upływem dni (rumień wędrujący, inaczej: rumień pelzający). Ma on postać zmiany skórnej, rozpoczynającej się jako plamka lub grudka i szybko powiększającej się obwodowo, stopniowo z czasem blednąc od środka⁵.

¹ Pancewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatr Med Rodz* 2014, 10 (2): 163–173.

² Burgdorfer W., Barbour A. G., Hayes S. F., Benach J. L., Grunwaldt E., Davis J. P.: Lyme disease – A tick-borne pirochetosis? *Science* 216, 1982: 1317–1319.

³ Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

⁴ Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi sensu lato* genospecies in *Ixodes ricinus* ticks in Europe: a metaanalysis. *Appl Environ Microbiol* 2005; 71: 7203–7216.

⁵ Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów

Znaczenie diagnostyczne ma rumień o średnicy większej niż 5 cm. W tym stadium chorzy mogą nie mieć żadnych innych objawów. U osób, u których wystąpił rumień, dalsza diagnostyka w kierunku boreliozy jest zbędna, gdyż jest to jedyny specyficzny objaw choroby, inne mają charakter nieswoisty i mogą przypominać grypę, są to: osłabienie, bóle mięśniowe, dreszcze, gorączka, rzadziej naciek limfocytarny⁶.

Stadium II trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy po ukąszeniu. W tym czasie mogą pojawić się zaburzenia neurologiczne, takie jak: bóle głowy, sztywność karku, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenie mózgu, porażenie nerwów obwodowych twarzy, czy zapalenie stawów. Stadium III ma charakter przewlekły i może rozwijać się latami. Charakterystyczne objawy to przewlekłe zapalenia stawów, zanikowe zapalenie skóry, bóle mięśni, stawów, zaburzenia neurologiczne obejmujące niedowłady, zaburzenia koncentracji, pamięci, a nawet zmiany osobowości. Pacjent może przechodzić tylko jeden etap choroby lub wszystkie, borelioza może też rozwijać się bezobjawowo, aż do fazy drugiej lub trzeciej. Podobieństwo objawów choroby z Lyme z zaburzeniami typowymi dla innych chorób stanowi poważny problem diagnostyczny⁷.

W sytuacji, kiedy rumień wędrujący nie został zaobserwowany lub nie pojawił się wcale, powinno się wykonać diagnostykę boreliozy w oparciu o odpowiednie testy laboratoryjne. Najbardziej przydatne są testy pośrednie, bazujące na poszukiwaniu swoistych przeciwciał w klasach IgM i IgG⁸. Traktujemy je jako testy przesiewowe, charakteryzujące się wysoką czułością, ale niską swoistością, co wiąże się z prawdopodobieństwem uzyskania wyników fałszywie dodatnich. Wszystkie osoby, u których wynik badania uzyskanego w teście przesiewowym jest dodatni, powinny mieć wykonane badanie testem potwierdzającym, najczęściej stosowany to badanie Immunoblot, ze względu na wysoką swoistość, przy porównywalnej czułości⁹. Umożliwia to wykluczenie osób zdrowych z wynikami fałszywie dodatnimi i wykrycie chorych z wynikami prawdziwie dodatnimi¹⁰. Metodą wspomagającą diagnostykę boreliozy jest diagnostyka oparta na metodach biologii molekularnej Real Time PCR¹¹.

Leczenie boreliozy z Lyme trwa przynajmniej 21 dni i opiera się na antybiotykoterapii, dobranej indywidualnie, w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji przez pacjenta. Rokowanie w przebiegu prawidłowo leczonej boreliozy jest zazwyczaj dobre. Nawet do 98% pacjentów z rumieniem wędrującym wraca do pełnego zdrowia w ciągu 12 miesięcy od włączenia antybiotykoterapii. W przypadku neuroboreliozy u 70-85% chorych dochodzi do całkowitego

i Lekarzy Chorób Zakaźnych, www.choroby-zakazne.pl.

⁶ Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomoniczny objaw choroby z Lyme. Pol Merkur Lekarski 2013; 35: 230–232.

⁷ Dane dot. boreliozy, boreliozaonline.pl.

⁸ Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. Immunol. In-vest. 1997;26(1–2):117–128.

⁹ Wojciechowska-Koszko I., Mnichowska-Polanowska M.: serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme w praktyce laboratoryjnej. Post. Mikrobiol., 2015, 54, 3, 283–290.

¹⁰ Gąsiorowski J. Diagnostyka boreliozy, Medycyna pracy, 2007, 58 (5): 439–447.

¹¹ Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach, www.wsse.katowice.pl.

ustąpienia objawów w okresie 6-12 miesięcy od włączenia leczenia¹². Gdy objawy ze strony stawów utrzymują się przez ponad 3 miesiące od włączenia antybiotykoterapii należy rozpoznać antybiotykooporne boreliozowe zapalenie stawów, dotyczy ono ok. 10% pacjentów. U ok. 5% pacjentów z boreliozą występuje tzw. zespół poboreliozowy¹³.

W przypadku boreliozy nie jest dostępna profilaktyka czynna (w formie szczepień), dlatego podstawą zapobiegania chorobie są metody profilaktyki nieswoistej, takie jak: ochrona ciała przed kleszczami podczas przebywania w rejonach ich występowania, stosowanie repelentów, ochrona zwierząt domowych oraz odpowiednio wczesne mechaniczne usuwanie kleszcza. W przypadku mnogiego pokłucia, podczas pobytu w rejonie endemicznym osoby dorosłej pochodzącej spoza tego terenu, zaleca się profilaktykę poekspozycyjną w formie jednorazowej dawki doksycykliny¹⁴.

Choroby przenoszone przez kleszcze stanowią ważny problem medyczny. Chorzy z objawami występującymi po pokłuciu przez kleszcze wymagają diagnostyki nie tylko w kierunku boreliozy, czy kleszczowego zapalenia mózgu, ale także w kierunku innych chorób odkleszczowych¹⁵. Mimo dużego zagrożenia atakami pasożytów, dostępu do wielu publikacji, wiedza społeczeństwa na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal niesatysfakcjonująca¹⁶.

2. Dane epidemiologiczne

Borelioza występuje tam, gdzie są odpowiednie warunki dla życia kleszczy oznaczające odpowiednią wilgotność, roślinność oraz zwierzęta. Najczęstszym miejscem ich występowania są zatem lasy liściaste, zarośla przy uczęszczanych przez zwierzęta i ludzi szlakach, łąki oraz ogródki. Do grup wysokiego ryzyka chorób odkleszczowych zaliczają się osoby mieszkające i/lub pracujące na obszarach endemicznego występowania kleszczy, np. leśnych. Osoby wykonujące następujące zawody: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy oraz personel wojskowy, znajdują się w grupie szczególnie narażonej na zachorowanie. Ponadto wiele zajęć rekreacyjnych, takich jak: biegi na orientację, polowania, ogrodnictwo, również związane są z większą częstością zachorowania na boreliozę¹⁷. Na ukąszenie kleszczy jesteśmy narażeni przez cały rok, ale większość nowych przypadków boreliozy jest notowana między 1 maja a 30 listopada, a 80% przypadków występuje w czerwcu i lipcu, czyli w okresie żerowania nimf kleszczy.

¹² Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. *J Autoimmun.* 2014; 57: 82–111

¹³ Cairns V, Godwin J, Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. *Int J Epidemiol.* 2005; 34: 1340–1345

¹⁴ Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy... op. cit.

¹⁵ Moniuszko A, Dunaj J, Święciecka I et al.: Co-infections with *Borrelia* species, *Anaplasma phagocytophilum* and *Babesia* spp. in patients with tick-borne encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014. DOI: 10.1007/s10096-014-2134-7.

¹⁶ Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

¹⁷ Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza), bip.aotm.gov.pl.

Według Głównego Inspektoratu Sanitarnego przyczynami corocznego wzrostu zapadalności na boreliozę jest także większa podatność człowieka na zakażenie poprzez kontakt z kleszczami. Wzrost liczby kleszczy oraz wydłużenie okresu ich żerowania związane jest ze zmianami klimatycznymi i środowiskowymi, które doprowadziły do zwiększenia się liczby zwierząt stanowiących rezerwuary *Borrelia burgdorferi*. Jednocześnie wzrost rejestracji przypadków boreliozy należy wiązać także z poprawą efektywności diagnostyki laboratoryjnej tej choroby, jej rozpoznawania oraz poprawy sprawozdawczości przez lekarzy¹⁸. Do wzrostu zachorowań na boreliozę przyczynia się ocieplenie klimatu. Zmiany klimatyczne to wynik oddziaływania człowieka na środowisko, który wpływa m.in. na ekologię i epidemiologię chorób zakaźnych przenoszonych przez kleszcze, bowiem ocieplenie sprzyja przetrwaniu i przenoszeniu patogenów oraz ich wektorów, determinuje rozmieszczenie geograficzne gatunków kleszczy, ich gęstość, dynamikę populacji, w konsekwencji zwiększając prawdopodobieństwo zakażenia mikroorganizmami chorobotwórczymi ludzi i zwierząt¹⁹.

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich²⁰. Na terenie Europy odsetek ten wynosi średnio 13,7% (18,6% wśród osobników dorosłych i 10,1% wśród nimf). Ryzyko wystąpienia infekcji po ukąszeniu przez kleszcza na terenie endemicznym wynosi w Europie 3-12%. Szacunkowa liczba nowych zachorowań na boreliozę w ciągu roku wynosi w Europie 65 tys.²¹.

Analiza danych dotyczących rozpowszechnienia problemu boreliozy w Europie w latach 2005-2020 wskazuje, że najwyższe wskaźniki zapadalności na tę chorobę odnotowuje się w Estonii, na Litwie, w Słowenii i Szwajcarii (>100 przypadków/100 tys. ludności), następnie we Francji i Polsce (40–80/100 tys.) oraz w Finlandii i na Lotwie (20–40/100 tys.). Z kolei najniższe zapadalności odnotowuje się w Belgii, Bułgarii, Chorwacji, Anglii, na Węgrzech, w Irlandii, Norwegii, Portugalii, Rumunii, Rosji, Szkocji i Serbii (<20/100 tys.). Ogółem średnio w Europie rocznie odnotowuje się ponad 128,8 tys. przypadków boreliozy. Szacuje się, że ok. 24% Europejczyków zamieszkuje obszary o wysokiej zapadalności na boreliozę. Całkowita liczba przypadków boreliozy w Europie może być znacznie niedoszacowana, ponieważ nadzór epidemiologiczny nad boreliozą prowadzony jest jedynie w 25 z 52 krajów (48,1%)²².

¹⁸ Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza). Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2020

¹⁹ Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umieralności i chorobowości z powodu chorób klimatozależnych, a także wnioski i rekomendacje dla jednostek systemu ochrony zdrowia w zakresie adaptacji do zmian klimatu, Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2020.

²⁰ Stańczak J, Racewicz M, Kubica-Biernat B, Kruminis-Łozowska W, Dąbrowski J, et al., Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* ticks (Acari, Ixodidae) in different Polish woodlands. Ann Agric Environ Med. 1999; 6: 127–132.

²¹ Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato... op. cit.

²² Burn L, Tran TMP, Pilz A, Vyse A, Fletcher MA, Angulo FJ, Gessner BD, Moïsi JC, Jodar L, Stark JH. Incidence of Lyme Boreliosis in Europe from National Surveillance Systems (2005-2020). Vector Borne Zoonotic Dis. 2023 Apr;23(4):156-171.

Główny Inspektorat Sanitarny wskazuje, że liczba przypadków boreliozy w Polsce od wielu lat wykazuje trend wzrostowy. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w 2024 r. odnotowano 29 897 zachorowań na boreliozę (79,6/100 tys.), zatem o 4 612 przypadków więcej niż w roku poprzednim (67,1/100 tys.). Hospitalizacji wymagało jedynie 3,6% odnotowanych przypadków. Największa zapadalność występuje na obszarach województw: podlaskiego (zapadalność 134,2/100 tys.), małopolskiego (132,0/100 tys.) i warmińsko-mazurskiego (108,6/100 tys.). W roku 2024 w województwie dolnośląskim odnotowano 1 569 przypadków boreliozy z zapadalnością na poziomie 54,6/100 tys. i było to o 519 przypadków więcej w porównaniu do roku poprzedniego (36,4/100 tys.)²³. Z ogólnej liczby zgłoszonych przypadków zachorowań wyszczególniono w województwie dolnośląskim 47 przypadków neuroboreliozy, porównywalnie z rokiem 2023 (49 przypadków). Hospitalizowano 81 osób, w tym 47 osób z neuroboreliozą. Wiodącym kryterium klinicznym wciąż pozostaje rumień wędrujący, charakterystyczny dla fazy wczesnej. Odnotowuje się zapalenie układu kostno-stawowego, neuroboreliozę z jednoczesnym limfocytarnym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych, zapaleniem nerwów czaszkowych, zwłaszcza twarzowego oraz zapaleniem wielokorzeniowym. Analiza danych za lata 2019-2024 wskazuje na 77% wzrost zapadalności na boreliozę na terenie województwa dolnośląskiego (w roku 2019 zapadalność wynosiła 30,9/100 tys.)²⁴.

3. Opis obecnego postępowania

Ogromnym problemem, zarówno medycznym jak i społecznym, jest brak szczepionki przeciwko boreliozie. Dodatkowym utrudnieniem jest ograniczony dostęp do świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁵, polegający na konieczności otrzymania skierowania do lekarza specjalisty, który może zlecić badania diagnostyczne w zakresie oznaczenia przeciwciał. Zakres badań diagnostycznych obejmuje: *Borrelia burgdorferi* (Lyme) IgG przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG), *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgG – test potwierdzający, *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgM (anty-B.burgdorferi IgM), *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgM – test potwierdzający, *Borrelia burgdorferi* (Lyme) IgG/ IgM przeciwciała (anty-B.burgdorferi IgG/ IgM), *Borrelia burgdorferi* (Lyme) przeciwciała IgG/ IgM – test potwierdzający, *Borrelia afzelii* przeciwciała IgG, *Borrelia afzelii* przeciwciała IgM, *Borrelia* przeciwciała (całkowite).

²³ Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, stan w dniu 01.05.2025 r., www.oid.pzh.gov.pl.

²⁴ Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w latach 2019-2024, www.gov.pl/web/wsse-wroclaw.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.]

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, że choroba stanowi coraz poważniejszy problem natury medycznej i społecznej. Mimo dużego zagrożenia atakami kleszczy oraz dostępu do wielu publikacji, zarówno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal znikoma w polskim społeczeństwie. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przeloży się na wzrost wykrywalności choroby w populacji docelowej. Realizacja opisanych w projekcie interwencji będzie stanowiła istotne uzupełnienie świadczeń już istniejących i w konsekwencji poprawi bezpieczeństwo zdrowotne populacji gminy w perspektywie długofalowej.

Oczekuje się, że zapewnienie mieszkańcom z grup szczególnego ryzyka bezpłatnych badań diagnostycznych w kierunku boreliozy pozwoli na zwiększenie wykrywalności zakażeń oraz wdrożenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby, w przypadku wyników pozytywnych. Edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkańców gminy pozwoli na zwiększenie ich świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, czynników ryzyka zakażenia bakterią *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikających z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje się, iż wszystkie podejmowane w programie interwencje przelożą się w perspektywie długookresowej na ograniczenie liczby zakażeń *Borrelia burgdorferi* oraz odległych następstw wynikających z zakażenia w populacji gminy.

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe i regionalne dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.²⁶; Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025²⁷; Cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne;
3. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²⁸; rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna

²⁶ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl/web/zdrowie.

²⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁸ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]

jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;

4. Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²⁹; rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego, obszar epidemiologia i prognoza epidemiologiczna: Rekomendacja 2.4. Działania zwiększające skłonność do szczepień;
5. Wojewódzki plan transformacji dla województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026³⁰, obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

²⁹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]

³⁰ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy, wśród co najmniej 70%* uczestników działań edukacyjnych programu.

2. Cel szczegółowy:

Zmniejszenie o co najmniej 5%* w okresie trwania całego programu, liczby zachorowań na boreliozę wśród osób z terenu realizacji PPZ

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. I. Mierniki efektywności PPZ

Cel	Miernik efektywności (%)
Główny	Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki boreliozy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test.
Szczegółowy	Odsetek zachorowań na boreliozę w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu (Iloraz wszystkich zachorowań z terenu realizacji PPZ w przeciągu trwania programu w stosunku do liczby zachorowań przed wprowadzenia realizacji programu. Wynik wyrażony w procentach)

* wartości docelowe określono na podstawie doświadczeń Gminy Długoleka w realizacji PPZ oraz doświadczeń innych jednostek samorządu terytorialnego, realizujących programy polityki zdrowotnej w tym samym obszarze zdrowotnym

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

1. Populacja docelowa

Zgodnie z zapisami Rekomendacji nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r., według których na etapie tworzenia projektu PPZ możliwe jest wprowadzenie dodatkowych kryteriów włączenia i wykluczenia tak, aby działaniami objąć grupę osób ze zdiagnozowaną największą niezaspokojoną potrzebą zdrowotną, a tym samym dążyć do maksymalizacji efektu zdrowotnego uzyskiwanego przy posiadanych zasobach finansowych, zdecydowano o włączeniu do programu jedynie osób z grup ryzyka zachorowania na boreliozę. Z uwagi na ograniczone zasoby finansowe oraz wieloletnie doświadczenie w realizacji PPZ w obszarze profilaktyki boreliozy, posiadane przez jedynego potencjalnego realizatora, w ramach Programu nie zaplanowano szkoleń dla personelu medycznego.

Program będzie skierowany do dorosłych mieszkańców Gminy Długoleka, należących do grup wysokiego ryzyka zachorowania na boreliozę (osoby zamieszkujące regiony częstego występowania kleszczy, osoby wykonujące zawody narażające na kontakt z kleszczami, np.: pracownicy leśni, myśliwi, leśnicy, gajowi, rolnicy) oraz do osób, u których występują objawy boreliozy z Lyme lub z historią pokłucia. Należy podkreślić, że zgodnie z danymi NIZP-PIB³¹ cała Polska jest obszarem endemicznym boreliozy, w związku z czym wszyscy mieszkańcy gminy należą do grupy o zwiększonym ryzyku zachorowania na boreliozę. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego³² populacja osób dorosłych w gminie Długoleka liczy 33,4 tys. osób. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć świadczeniami zdrowotnymi w programie około 300 mieszkańców w całym okresie realizacji. Świadczenia w programie będą realizowane według kolejności zgłoszeń.

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

1) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie gminy Długoleka

b) Kryteria wyłączenia:

- brak

³¹ Dane NIZP-PIB, <https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>.

³² Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.

2) Wizyta kwalifikująca

a) Kryteria włączenia:

- wiek: 18 lat i więcej
- występowanie objawów boreliozy z Lyme lub historia pokłucia przez kleszcza - przynajmniej jedna odpowiedź „tak” w formularzu kwalifikacyjnym w części A (załącznik 4)
- przebywanie w regionach częstego występowania kleszczy lub wykonywanie zawodów narażających na kontakt z kleszczami - przynajmniej jedna odpowiedź „tak” w formularzu kwalifikacyjnym w części B (załącznik 4)
- zamieszkiwanie na terenie gminy Długoleka
- dobrowolna zgoda na udział w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy (pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z trwającym procesem diagnozy lub terapii boreliozy)

3) Badania diagnostyczne

a) Kryteria włączenia:

- spełnianie kryteriów włączenia do wizyty kwalifikującej
- stwierdzenie podczas wizyty kwalifikującej objawów boreliozy z Lyme, innych niż rumień wędrujący, sugerujących obecność aktywnego zakażenia krętkami *Borrelia burgdorferi* wraz z prawdopodobną historią pokłucia przez kleszcze

b) Kryteria wyłączenia:

- dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy (pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z trwającym procesem diagnozy lub terapii boreliozy)

4) Wizyta kontrolna

a) Kryteria włączenia:

- wykonane badania diagnostyczne w programie

b) Kryteria wyłączenia:

- dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu diagnostyki boreliozy (pozostawanie pod opieką poradni specjalistycznej w związku z trwającym procesem diagnozy lub terapii boreliozy)

3. Planowane interwencje

3.1. Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z Urzędem Gminy Długoleka oraz placówkami POZ, organizacjami pozarządowymi, a także z lokalnymi mediami (radio, prasa, media społecznościowe). Informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Długoleka (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora w złożonej ofercie.

3.2. Profilaktyka boreliozy

1) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie świadomości populacji ogólnej nt. profilaktyki boreliozy, poruszającej następujące tematy:
 - epidemiologia, objawy kliniczne, możliwy przebieg, postacie boreliozy, diagnostyka i metody leczenia, a także inne choroby odkleszczowe;
 - główne czynniki zwiększające ryzyko zakażenia boreliozą z Lyme, np. obszary występowania kleszczy, wykonywanie pracy zawodowej na świeżym powietrzu, ekspozycja na pokłucie przez kleszcza podczas trwania aktywności rekreacyjnej na świeżym powietrzu (turyści regionów endemicznych, uczestnicy obozów i kolonii, właściciele zwierząt domowych, osoby zajmujące się rekreacyjnie łowiectwem, wędkowaniem, zbieraniem grzybów i innych owoców runa leśnego, osoby uprawiające wycieczki rowerowe i piesze), pory roku, w której kleszcze są najbardziej aktywne (kwiecień-listopad);
 - sposoby ochrony przed kleszczami: poruszanie się wytyczonymi szlakami, stosowanie środków odstraszających owady (tzw. repelentów, zawierających DEET lub ikarydynę), stosowanie środków owadobójczych zawierających permetrynę (używanych na odzież i sprzęt rekreacyjny), stosowanie odzieży ochronnej/odpowiedniego ubioru w trakcie zajęć/pracy na świeżym powietrzu (jasne długie spodnie wsunięte w skarpety oraz jasne koszule z długimi rękawami, rękawiczki w celu zmniejszenia powierzchni skóry bez ochrony), konieczność kąpieli lub prysznica po powrocie z terenów zielonych, konieczność oględzin skóry i odzieży po powrocie z zajęć na świeżym powietrzu pod kątem obecności kleszczy, z wyszczególnieniem miejsc na ciele człowieka, w których kleszcze najczęściej przebywają (pachy, pępek, piersi, pachwiny, linia włosów oraz za uszami);

- sposoby ograniczenia przenoszenia chorób odkleszczowych w gospodarstwach domowych, takie jak: usuwanie zarośli i ściółki liściowej, koszenie trawy, usuwanie stosów liści lub drewna, tworzenie strefy buforowej zrębków lub żwiru między lasem a trawnikiem;
- sposoby postępowania w przypadku pokłucia przez kleszcza: metody bezpiecznego usuwania kleszczy, przy użyciu pęsety lub specjalnych narzędzi do ich usuwania (po prawidłowym usunięciu kleszcza, należy dokładnie oczyścić miejsce ukłucia oraz dłoń przy pomocy wody z mydłem lub środka antyseptycznego, należy zanotować datę ukłucia oraz obserwować przez cztery tygodnie ewentualne pojawiające się objawy, omówienie znaczenia szybkiego usunięcia kleszcza);
- realizowane przez personel medyczny udzielający świadczeń w ramach PPZ, przekazujący pacjentom informacje na temat programu oraz korzyści płynących z udziału w nim,
- realizowane za pomocą metod podających tj. materiałów edukacyjno-informacyjnych opracowanych w formie papierowej i/lub elektronicznej (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Długoleka, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.) na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka, objawów kleszczowego zapalenia mózgu oraz działań profilaktycznych i środków ochrony przed kleszczami,
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały edukacyjne sporządzone przez Państwową Inspekcję Sanitarną oraz Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH, Wojewódzkie i Powiatowe Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne),
- realizowane z uwzględnieniem dostosowania języka i zakresu tematycznego podejmowanych działań do odbiorców przekazu,
- realizowane w ramach indywidualnej edukacji zdrowotnej podczas wizyty kwalifikującej.

2) Wizyta kwalifikująca

- uwzględniająca wywiad obejmujący ocenę ryzyka narażenia na kontakt z kleszczami, historię pokłucia przez kleszcze oraz występujące objawy,
- zakładająca zakończenie udziału w programie osób, u których wykluczone zostanie podejrzenie choroby,
- zakładająca zastosowanie antybiotykoterapii zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w przypadku osób, u których stwierdzone zostanie podejrzenie boreliozy z Lyme we wczesnym stadium na podstawie występowania rumienia wędrującego (konieczne jest poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia),

- zakładająca skierowanie pacjenta na badania diagnostyczne w przypadku występowania innych niż rumień wędrujący objawów boreliozy,
- obejmująca indywidualną edukację zdrowotną w zakresie czynników ryzyka, przebiegu oraz profilaktyki boreliozy wraz z badaniem poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez realizatora pre-testu przed edukacją oraz post-testu po edukacji, uwzględniającego min. 5 pytań zamkniętych (wzór testu – załącznik 5).

3) Badania diagnostyczne

- obejmujące test ELISA w klasie IgM i w klasie IgG oraz test potwierdzający techniką Immunoblot.

4) Wizyta kontrolna

- uwzględniająca przekazanie pacjentowi wyniku badania,
- w przypadku wyniku pozytywnego - obejmująca poinformowanie pacjenta na temat dalszego postępowania (np. rozpoczęcia antybiotykoterapii i skierowania do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia) oraz przekazanie/udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, w tym boreliozy,
- w przypadku wyniku negatywnego - obejmująca przekazanie/udostępnienie pacjentowi materiałów edukacyjnych w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, w tym boreliozy.

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania świadczeń w programie pacjentowi należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika (załącznik 3).

3.3. Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji naukowych, a także zgodne z oceną technologii medycznej Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zawartą w Rekomendacji nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza)³³.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

³³ Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji... op. cit.

środków publicznych. Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone będą na terenie gminy, zgodnie z założeniami opisanymi w punkcie dot. planowanych interwencji. Wizyty kwalifikujące, badania diagnostyczne i wizyty kontrolne w programie będą realizowane w trybie ambulatoryjnym. W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane pacjentom terminy kwalifikacji do udziału w programie, terminy pobierania materiału do badań diagnostycznych oraz odbioru ich wyników. Program realizowany będzie przez wykwalifikowany personel. W trakcie trwania programu pacjentom zostaną zapewnione warunki komfortu psychicznego.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób spoza grup ryzyka, ich udział w programie kończy się wraz z zakończeniem działań edukacyjnych;
- w przypadku osób, które w trakcie wizyty kwalifikującej nie zostaną zakwalifikowane do badania diagnostycznego, ich udział w programie kończy się na tym etapie a uczestnik otrzymuje materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy;
- w przypadku osób, u których w trakcie wizyty kwalifikującej zostanie zdiagnozowana borelioza na podstawie obecności rumienia wędrującego, ich udział kończy się na tym etapie, a uczestnik otrzymuje zalecenia dotyczące antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia;
- w przypadku osób, z pozytywnym wynikiem dwuetapowej diagnostyki serologicznej udział kończy się po wizycie kontrolnej podczas której uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy, zalecenia dotyczące antybiotykoterapii oraz skierowanie do lekarza udzielającego świadczeń w ramach NFZ w celu monitorowania efektów leczenia;
- w przypadku osób, z negatywnym wynikiem dwuetapowej diagnostyki serologicznej udział kończy się po wizycie kontrolnej podczas której uczestnik otrzyma materiały edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych w tym boreliozy;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025)

- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia zgodności programu polityki zdrowotnej z właściwą rekomendacją (IV kwartał 2025)
- 3) uchwalenie programu przez organ uchwalodawczy (I kwartał 2026)
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej - wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026)
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026)
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2027)
 - realizacja działań informacyjnych
 - realizacja działań edukacyjnych
 - realizacja wizyt kwalifikujących
 - realizacja badań diagnostycznych
 - realizacja wizyt kontrolnych
 - bieżące monitorowanie realizacji PPZ
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2027)
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2027)
- 9) przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do AOTMiT, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2028)

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

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Długoleka. Realizatorem w programie będzie wyłoniony w drodze konkursu ofert podmiot leczniczy, spełniający następujące wymagania formalne:

- wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2025 poz. 450 z późn. zm.),
- zapewnienie wybrania lub przygotowania materiałów do działań edukacyjnych przez lekarza, pielęgniarkę, asystenta medycznego, edukatora zdrowotnego lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, posiadającego doświadczenie przeprowadzenia działań edukacyjnych dot. chorób odkleszczowych,
- zapewnienie realizacji wizyty kwalifikującej i kontrolnej przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce boreliozy,
- posiadanie w swojej strukturze laboratorium analitycznego lub gwarantowanego dostępu do laboratorium z możliwością wykonania badań stosownych do prowadzonych w ramach programu działań, spełniających pod względem warunków i wyposażenia wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa,

- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

W przypadku wymagań dotyczących sprzętu oraz ośrodków, w których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, należy stosować obowiązujące przepisy prawa, w tym dotyczące zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki lokalowe adekwatne do planowanych działań. Podmiot realizujący interwencje w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi raporty okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Realizator będzie zobowiązany do zapewnienia dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (t. j. Dz.U. z 2022 r. poz. 2240), z uwzględnieniem minimalnych wymagań, o których mowa w art. 6 ww. ustawy w zakresie dostępności lokali, obsługi osób ze szczególnymi potrzebami, a także informacji i komunikacji z mieszkańcami gminy. Ponadto, realizator będzie zobowiązany także do przygotowania wszelkich materiałów edukacyjnych i promocyjnych zgodnie z ustawą z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (t. j. Dz. U. 2023 poz. 1440) i zapewnienia dostępności cyfrowej wszelkich materiałów informacyjnych powstałych podczas realizacji umowy, zgodnie z wytycznymi, o których mowa w zasadach WCAG 2.1 i ww. ustawie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej
- liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjnym
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikującej
- liczba osób, które wzięły udział w badaniach diagnostycznych
- liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w podziale na liczbę osób, u których przeprowadzono test ELISA, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny) oraz liczbę osób, u których po teście ELISA przeprowadzono test Immunoblot, wraz z wynikiem tego testu (dodatni, ujemny, niejednoznaczny).

- liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem przyczyn
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału

2) Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie

- końcowa analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników programu (załącznik 3)
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu na podstawie następujących mierników:

- odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki boreliozy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test
- odsetek osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego, podczas wizyty kwalifikującej
- odsetek osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme
- odsetek zachorowań na boreliozę w populacji osób z terenu realizacji PPZ w okresie trwania całego programu w stosunku do stanu sprzed wprowadzenia realizacji programu

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

Koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ przedstawione w projekcie są szacunkowe. Faktyczne koszty wynikają będą z ofert złożonych przez podmioty lecznicze, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej.

Tab. II. Szacunkowe koszty jednostkowe interwencji wchodzących w skład PPZ

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
1. Wizyta kwalifikująca	95,00
2. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	130,00
3. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Immunoblot)	190,00
4. Wizyta kontrolna	80,00

Wizyty kwalifikujące oraz testy diagnostyczne w programie, w związku z ograniczeniami

finansowymi, obejmą ok. 300 osób. Należy zaznaczyć, że na potrzeby zaplanowania programu i oszacowania budżetu założono, bazując na ograniczonych danych epidemiologicznych oraz doświadczeniu z realizacji poprzednich edycji PPZ, że konieczność wykonania podstawowych testów diagnostycznych dotyczyła będzie wszystkich pacjentów, natomiast testów potwierdzających – ok. 35% pacjentów.

2. Planowane koszty całkowite:

Tab. III. Szacunkowe koszty całkowite programu w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Wizyta kwalifikująca	300	osoba	95,00	28 500,00
2. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	300	osoba	130,00	39 000,00
3. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Immunoblot)	106	osoba	190,00	20 140,00
4. Wizyta kontrolna	106	osoba	80,00	8 480,00
Koszty Programu				96 120,00

Tab. IV. Szacunkowe koszty programu w latach 2026-2027 w podziale na poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Wizyta kwalifikująca	150	osoba	95,00	14 250,00
2. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	150	osoba	130,00	19 500,00
3. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Immunoblot)	53	osoba	190,00	10 070,00
4. Wizyta kontrolna	53	osoba	80,00	4 240,00
Całkowite koszty programu w roku 2026				48 060,00
1. Wizyta kwalifikująca	150	osoba	95,00	14 250,00
2. Pobranie materiału do badania oraz testy diagnostyczne (test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG)	150	osoba	130,00	19 500,00
3. Pobranie materiału do badania oraz testy potwierdzające (techniką Immunoblot)	53	osoba	190,00	10 070,00
4. Wizyta kontrolna	53	osoba	80,00	4 240,00
Całkowite koszty programu w roku 2027				48 060,00
Całkowite koszty programu w latach 2026-2027				96 120,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu i przeprowadzenie ewaluacji, których koszty zostaną poniesione poza programem, w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Długoleka. Realizator będzie zobowiązany do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych nieodpłatnie – w ramach całkowitego wynagrodzenia za realizację programu. Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 96 120,00 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Długoleka oraz zmian cen usług w trakcie trwania programu. Mając powyższe na

uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródło finansowania.

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Długoleka. Urząd Gminy Długoleka będzie starał się o dofinansowanie realizacji PPZ przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego.

Bibliografia:

1. Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. *Immunol. In-vest.* 1997;26(1–2):117–128.
2. Bank danych lokalnych, bdl.stat.gov.pl.
3. Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. *J Autoimmun.* 2014; 57: 82–11
4. Burgdorfer W.; Barbour A. G.; Hayes S. F.; Benach J. L.; Grunwaldt E.; Davis J. P.: Lyme disease —A tick-borne pirochetosis? *Science* 216, 1982: 1317–1319.
5. Burn L, Tran TMP, Pilz A, Vyse A, Fletcher MA, Angulo FJ, Gessner BD, Mošič JC, Jodar L, Stark JH. Incidence of Lyme Borreliosis in Europe from National Surveillance Systems (2005-2020). *Vector Borne Zoonotic Dis.* 2023 Apr;23(4):156-171.
6. Cairns V, Godwin J, Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. *Int J Epidemiol.* 2005; 34: 1340–1345
7. Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2024 roku, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny, wstępne dane, stan w dniu 01.05.2025 r., wwwold.pzh.gov.pl.
8. Dane dot. boreliozy, boreliozaonline.pl.
9. Dane NIZP-PIB, <https://epibaza.pzh.gov.pl/story/borelioza-z-lyme-informacje-ogolne>.
10. Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, www.choroby-zakazne.pl.
11. Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, *Medycyna pracy*, 2007, 58 (5): 439-447.
12. Moniuszko A, Dunaj J, Święcicka I et al.: Co-infections with *Borrelia* species, *Anaplasma phagocytophilum* and *Babesia* spp. in patients with tick-borne encephalitis. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2014. DOI: 10.1007/s10096-014-2134-7.
13. Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomoniczny objaw choroby z Lyme. *Pol Merkur Lekarski* 2013; 35: 230–232.
14. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69]
15. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42]
16. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Dolnośląskiego na lata 2022-2026.
17. Ocena stanu bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w latach 2019-2024, www.gov.pl/web/wsse-wroclaw.
18. Pancewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatr Med Rodz* 2014, 10 (2): 163–173.
19. Profilaktyka chorób odkleszczowych (borelioza), Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Wydział Oceny Technologii Medycznych, Warszawa 2020.
20. Raport końcowy zawierający trendy i prognozy umieralności i chorobowości z powodu chorób klimatozależnych, a także wnioski i rekomendacje dla jednostek systemu ochrony zdrowia w zakresie adaptacji do zmian klimatu, Zadanie realizowane ze środków Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, finansowane przez Ministra Zdrowia, Warszawa 2020.
21. Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato genospecies in *Ixodes ricinus* ticks in Europe: a metaanalysis. *Appl Environ Microbiol* 2005; 71: 7203–7216.
22. Rekomendacja nr 43/2025 z dnia 1 października 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki chorób odkleszczowych (borelioza), bip.aotm.gov.pl.
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 z późn. zm.]

24. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
25. Stańczak J, Racewicz M, Kubica-Biernat B, Kruminis-Lozowska W, Dabrowski J. et al., Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* ticks (Acari, Ixodidae) in different Polish woodlands. *Ann Agric Environ Med.* 1999; 6: 127–132.
26. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r., www.gov.pl/web/zdrowie.
27. Wojciechowska-Koszko I., Mnichowska-Polanowska M., serologiczna diagnostyka boreliozy z Lyme w praktyce laboratoryjnej, *Post. Mikrobiol.*, 2015, 54, 3, 283–290.
28. Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Katowicach, www.wsse.katowice.pl.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

1. Dane osoby kierowanej do Programu

Nazwisko	
Imię	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Tel. kontaktowy	

2. Zgoda na udział w programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
(data i podpis uczestnika programu)

3. Wizyta kwalifikująca

(Data wizyty (dd/mm/rrrr):)

Działanie	Informacja dla celów monitoringu/ewaluacji
1. Diagnoza boreliozy z Lyme na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego	tak nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	tak nie
3. Kwalifikacja do badań diagnostycznych	tak nie
4. Edukacja zdrowotna pacjenta	Wynik pre-testu: Wynik post-testu: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (min. 75% poprawnych odpowiedzi): tak nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Badania diagnostyczne

Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Wynik dodatni/ujemny/niejednoznaczny
1. Test ELISA w klasie IgM oraz w klasie IgG		
2. Test potwierdzający techniką Immunoblot		

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

5. Wizyta kontrolna

(Data wizyty (dd/mm/rrrr):)

Działanie	Informacja dla celów ewaluacji
1. Diagnoza boreliozy z Lyme	tak nie
2. Zalecenie antybiotykoterapii	tak nie
3. Skierowane na dalszą diagnostykę lub leczenie poza programem	tak nie

.....

(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

6. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od... do...)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Krótki opis działań podjętych w ramach akcji informacyjno-edukacyjnej	
Monitoring	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
Liczba osób, które zostały poddane działaniom edukacyjnym	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie kwalifikującej	
Liczba osób, które wzięły udział w badaniach diagnostycznych	
Liczba osób poddanych badaniom serologicznym w kierunku boreliozy z Lyme, w tym:	
- liczba osób, u których przeprowadzono test ELISA, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
- liczba osób, u których przeprowadzono test Immunoblot, w tym:	
- liczba wyników dodatnich	
- liczba wyników ujemnych	
- liczba wyników niejednoznacznych	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie kontrolnej	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Wyniki ankiety satysfakcji*	
Ewaluacja	
Odsetek i liczba uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki boreliozy, względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, które wypełniły pre-test.	
Odsetek i liczba osób, u których doszło do zdiagnozowania boreliozy na podstawie występowania objawu w postaci rumienia wędrującego, podczas wizyty kwalifikującej	
Odsetek i liczba osób z pozytywnym wynikiem badania serologicznego w kierunku boreliozy z Lyme	

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym

....., dnia

(miejscowość)

(data)

.....
(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta – uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

1. Czy udział w programie spełnił Pana/i oczekiwania?

(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/i przydatność zdobytych w programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki boreliozy?

(5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/i jakość usług otrzymanych w ramach programu?

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/Pani program od strony organizacyjnej?

(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

--

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Kwestionariusz ankiety kwalifikującej do uczestnictwa w „Programie profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

Płeć (K/M)		Data przeprowadzenia wywiadu kwalifikującego / / (dzień/miesiąc/rok)
Wiek		
Nr badania		

	TAK	NIE
Część A		
Czy ma pan/Pani następujące objawy:		
• Gorączka		
• Bóle kostno-stawowe		
• Zawroty głowy		
• Podwójne widzenie		
• Bóle głowy		
• Wymioty, nudności		
• Sztywność stawów		
• Problemy z koncentracją		
• Sztywność karku		
• Problemy z zebraniem myśli, wysławianiem się		
• Zaburzenia nastroju		
Czy pamięta Pan/Pani ukąszenie kleszcza?		
LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI		
Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na pytania w części A w co najmniej jednym miejscu odpowiedziały TAK		
Część B		
Czy przebywa Pan/Pani często na otwartej przestrzeni?		
Czy ma Pan/Pani zwierzę domowe przebywające często poza domem (pies, kot, królik)?		
Czy wykonuje Pan/Pani jeden z podanych poniżej zawodów lub czy ma Pan/Pani jedno z podanych poniżej hobby:		
• leśnik		
• rolnik		
• myśliwy		
• działkowicz		
• grzybiarz		
• inne wymagający pracy w terenie zadrzewionym lub zakrzewionym, jakie?		
LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI		
Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na pytania w części B w co najmniej jednym miejscu odpowiedziały TAK		

Kwalifikacja do uczestnictwa w wizycie kwalifikującej	Pieczęć placówki	Podpis pielęgniarki
TAK/NIE*		

* niewłaściwe skreślić

Test wiedzy (pre-test i post-test) dla uczestnika PPZ „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2026-2027” (wzór)

1. Borelioza jest chorobą zakaźną wywoływaną przez:

- a. Wirusa z rodziny Flaviviridae
- b. Bakterie z rodzaju Borrelia
- c. Pasożyty z rodzaju Ixodes
- d. Grzyby z rodzaju Candida

2. Główną drogą zakażenia boreliozą jest:

- a. Pokłucie przez zakażonego kleszcza
- b. Kontakt z osobą chorą
- c. Spożycie zakażonej żywności
- d. Ukąszenie przez komara

3. Charakterystycznym, wczesnym objawem boreliozy jest:

- a. Wysoka gorączka i dreszcze
- b. Rumień wędrujący w miejscu ukłucia
- c. Obrzęk węzłów chłonnych szyi
- d. Ból gardła i kaszel

4. Po zauważeniu kleszcza wczepionego w skórę należy:

- a. Poczekać, aż sam odpadnie
- b. Usunąć go pęsetą i zdezynfekować miejsce ukłucia
- c. Posmarować tłuszczem i alkoholem
- d. Przykleić plaster i pozostawić na 24 godziny

5. W jaki sposób można zmniejszyć ryzyko zakażenia boreliozą podczas przebywania w lesie lub na łące?

- a. Nosząc jasne ubranie z długimi rękawami i nogawkami
- b. Stosując repelenty zawierające DEET lub ikarydynę
- c. Oglądając ciało po powrocie z terenu zielonego
- d. Wszystkie powyższe