

Projekt

z dnia 3 września 2020 r.
Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR/2020
RADY GMINY DŁUGOŁĘKA**

z dnia 2020 r.

w sprawie przyjęcia Programu Polityki Zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024”.

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 2020 r. poz. 713) 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. 2020 r. poz. 1398 ze zm.), po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Rada Gminy Długołęka uchwała, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się do realizacji Program Polityki Zdrowotnej na lata 2020-2024 pod nazwą „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Długołęka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

INSPEKTOR


Lidia Góral

Kierownik Wydziału
Spraw Obywatelskich


Beata Paździerz

RADCA PRAWNY


Maria Swędnot

**Załącznik do uchwały Nr/2020
Rady Gminy Długołęka
z dnia.....2020 r.**

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis
osoby zatwierdzającej program
polityki zdrowotnej do realizacji
oraz wskazanie podstawy
akceptacji, jeżeli dotyczy

[Oznaczenie²⁾ lub logotyp podmiotu opracowującego program polityki zdrowotnej]

**Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy
w Gminie Długołęka na lata 2020-2024**

Podstawa prawna: Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej
finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2019r. poz. 1373 z późn.zm.]

Długołęka, 2019

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

²⁾ Należy podać nazwę podmiotu, na obszarze działania którego będzie realizowany program polityki zdrowotnej, a w przypadku programów polityki zdrowotnej ministra wskazanie organu wraz z danymi kontaktowymi (adres podmiotu, numer telefonu, numer faksu oraz adres skrzynki elektronicznej).

1. Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długołęka na lata 2020-2024

2. Okres realizacji programu: 2020 – 2024

3. Podstawa prawna:

Art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2019r. poz. 1373 z późn.zm.]

4. Autorzy programu: dr hab. n. o zdr. Joanna Woźniak-Holecka, dr n. o zdr. Karolina Sobczyk

5. Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu realizowanego w poprzednim okresie.

6. Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Długołęka
Długołęka, ul. Robotnicza 12
55-095 Mirków
www.gmina.dlugoleka.pl
tel. 71 32 30 203 fax. 71 32 30 204

7. Data opracowania programu: październik 2019

SPIS TREŚCI

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	8
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	9
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	11
1. Cel główny:	11
2. Cele szczegółowe:	11
3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	12
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	13
1. Populacja docelowa	13
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
3. Planowane interwencje:	14
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	18
5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	19
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	20
1. Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	20
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	21
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	22
1. Monitorowanie	22
2. Ewaluacja	22
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	24
1. Koszty jednostkowe:	24
2. Koszty całkowite:	24
3. Źródła finansowania	26
Załączniki	27

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 północnej półkuli. Obecnie opisano 18 genogatunków krętków tworzących kompleks *Borrelia burgdorferi sensu lato*, występujących u zwierząt dziko żyjących i przenoszonych przez kleszcze³. 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% kleszczy⁴.

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 najmniejszą na otwartych łąkach i pastwiskach⁵. 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 nimf⁶.

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

³Pancewicz S, Borelioza z Lyme – zasady rozpoznawania i leczenia, *Pediatr Med Rodz* 2014, 10 (2): 163–173

⁴Burgdorfer 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

⁵Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

⁶Rauter 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.

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 pełzający, EM). Ma on postać zmiany skórnej, rozpoczynającej się jako plamka lub grudka i szybko powiększającej się obwodowo, stopniowo z czasem blednąc od środka⁷. 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 choroby⁸, inne mają charakter nieswoisty i mogą przypominać grypę, są to: osłabienie, bóle mięśniowe, dreszcze, gorączka, rzadziej naciek limfocytarny.

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 diagnostyczny⁹.

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 IgG¹⁰. 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 Western Blot, ze względu na wysoką swoistość, przy

⁷ Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy z Lyme, zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, <http://www.choroby-zakazne.pl/uploads/pdf/borelioza.pdf> (dostęp 08.10.2019)

⁸ Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P et al.: Erythema migrans jako patognomiczny objaw choroby z Lyme. Pol Merkur Lekarski 2013; 35: 230–232.

⁹ <http://boreliozaonline.pl/> (dostęp 08.10.2019)

¹⁰ Bakken L.L., Coyle P.K., Liegner K.B.: Diagnostik der Lyme-Borreliose — Eine Zusammenstellung. Immunol. In-vest. 1997;26(1–2):117–128

porównywalnej czułości¹¹. Umożliwia to wykluczenie osób zdrowych z wynikami fałszywie dodatnimi i wykrycie chorych z wynikami prawdziwie dodatnimi¹².

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. 70-98% 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 ustąpienia objawów w okresie 6-12 miesięcy od włączenia leczenia¹³. Gdy objawy ze strony stawów utrzymują się przez ponad 3 miesiące od włączenia antybiotykoterapii należy rozpoznać antybiotykoooporne boreliozowe zapalenie stawów, dotyczy ono ok. 10% pacjentów. U ok 5% pacjentów z boreliozą występuje tzw. zespół poboreliozowy¹⁴.

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 doksycyliny (p.o. 200 mg)¹⁵.

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 odkleszczowych¹⁶. Mimo dużego zagrożenia atakami pasożytów, dostępu do wielu publikacji, wiedza społeczeństwa na temat występowania chorób przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal niesatysfakcjonująca¹⁷.

¹¹Wilske B., Zoller L., Brade V., Eifert M., Gobel U., Stanek G. i wsp.: MIQ-12 Lyme-Borreliose. W: Mauch H., Luticken R. Gatermann S. [red.]. Qualitätsstandards in der mikrobiologisch-infektiologischen Diagnostik. Urban&Fischer, München Jena 2000

¹²Gąsiorowski J, Diagnostyka boreliozy, Medycyna pracy, 2007, 58 (5): 439-447

¹³Borchers AT, Keen CL, Huntley AC, Gershwin ME, Lyme disease: A rigorous review of diagnostic criteria and treatment. J Autoimmun. 2014; 57: 82–11

¹⁴Cairns V, Godwin J, Post-Lyme borreliosis syndrome: a meta-analysis of reported symptoms. Int J Epidemiol. 2005; 34: 1340–1345

¹⁵Flisiak R, Pancewicz S, Diagnostyka i leczenie Boreliozy... op. cit.

¹⁶Moniuszko 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.

¹⁷Pancewicz S, Borelioza z Lyme... op. cit.

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 grupy osób szczególnie zagrożonych zakażeniem krętkiem boreliozy należą pracownicy przemysłu leśnego oraz rolnicy i grzybiarze. 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.

Szacuje się, że rozpowszechnienie kleszczy zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* w Polsce wynosi od 6% do 15% i dotyczy w równym stopniu terenów wiejskich i miejskich¹⁸. 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.¹⁹.

W Polsce według danych Narodowego Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny liczba zachorowań na boreliozę systematycznie wzrasta – w 2012 roku zarejestrowano zapadalność 22,8/100 000, w 2013 roku zapadalność 33,12/100 000, a w roku 2016 - 55,22/100 000²⁰. W całej Polsce w roku 2016 zarejestrowano 21 200 zachorowań na boreliozę, w 2018 r. odnotowano 20 139 przypadków boreliozy^{21,22}. W województwie dolnośląskim stwierdzono ogółem 49 przypadków chorób zakaźnych lub pasożytniczych, wśród których dominowała borelioza. W roku 2018 wśród chorób zakaźnych wzrosła liczba rozpoznanych przypadków boreliozy w stosunku do roku 2017. W roku 2018 stwierdzono 44 przypadki tej choroby, podczas gdy w roku 2017 odnotowano ich łącznie 31.

¹⁸Stańczak 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.

¹⁹Rauter C, Hartung T: Prevalence of *Borrelia burgdorferi* sensu lato... op. cit.

²⁰Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego –Państwowy Zakład Higieny. www.pzh.gov.pl (dostęp 08.10.2019).

²¹Zakład Epidemiologii NIZP-PZH. Meldunki 2010-2016.

²²Raport „Stan sanitarny kraju w 2018 r.” <https://gis.gov.pl/wp-content/uploads/2019/09/SSK-2018-www-1.pdf> (dostęp 09.10.2019).

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tys. ludności wyniósł w roku 2017 74,3, a współczynnik rejestrowanej na 100 tys. ludności 427,7²³.

Współczynnik zapadalności na boreliozę w województwie dolnośląskim wynosił 29,26 na 100 tys. i był mniejszy niż w Polsce (52,41). Wzrastająca liczba potwierdzonych, zarejestrowanych przypadków może świadczyć m.in. o poprawiającej się diagnostyce tej choroby²⁴.

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 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁵, polegający na konieczności otrzymania skierowania do lekarza specjalisty, który może skierować na badania diagnostyczne w zakresie oznaczenia przeciwciał: anty-Borrelia Burgdorferi IgG, przeciwciał IgG-test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia Burgdorferi IgM, przeciwciał IgM-test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia Burgdorferi IgG/IgM, przeciwciał IgG/IgM-test potwierdzający, Borrelia afzelii-przeciwciała IgG, Borrelia afzelii-przeciwciała IgM, Borrelia-przeciwciała całkowite. Należy również pamiętać, iż leczenie boreliozy należy do świadczeń gwarantowanych tylko w zakresie leczenia szpitalnego. Prowadzenie dalszej terapii po wypisaniu ze szpitala nie jest świadczeniem gwarantowanym²⁶.

Obecnie w województwie dolnośląskim jest realizowany „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych” na lata 2018-2021, jednak świadczenia zawarte w programie dla Gminy Długołęka nie powielają się z zaplanowanymi w programie regionalnym, lecz stanowią wartość dodaną²⁷.

²³ Podsumowanie mapy potrzeb zdrowotnych dla województwa dolnośląskiego w zakresie 30 grup chorób, mpz.gov.pl.

²⁴ Stan bezpieczeństwa sanitarnego województwa dolnośląskiego w 2018 r. http://www.wsse.wroc.pl/pliki/stan_bezp_sanit2018.pdf (dostęp 08.10.2019).

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2013r. poz. 1413).

²⁶ www.mpz.mz.gov.pl (dostęp 09.10.2019)

²⁷ „Regionalny Program Zdrowotny Województwa Dolnośląskiego w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych” <http://bip.umwd.dolnyslask.pl/dokument.php?iddok=42840&str=1> (dostęp 10.10.2019).

Wśród PPZ realizowanych przez inne samorzady można wymienić m.in.:

- PPZ pn. „Badania profilaktyczne dla mieszkańców Gminy Miasta Jaworzna w kierunku rozpoznania boreliozy”;
- PPZ pn. „Program profilaktyki boreliozy w powiecie slupskim”;
- PPZ pn. „Poznaj borelioze – myslowicki program badan profilaktycznych w kierunku rozpoznania boreliozy oraz edukacji zdrowotnej z zakresu chorob odkleszczowych”.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrozenia programu

Wzrastajaca corocznie liczba zachorowan na borelioze, w obliczu braku metod profilaktyki swoistej (szczepienia) sprawia, ze choroba stanowi coraz powazniejszy problem natury medycznej i spolecznej. Mimo duzego zagrozenia atakami kleszczy, dostepu do wielu publikacji, zarowno naukowych jak i popularnonaukowych, wiedza na temat wystepowania chorob przenoszonych przez kleszcze, ich profilaktyki i leczenia jest nadal znikomym w polskim spoleczenstwie. Nalezy zatem zwiekszac dostep do diagnostyki boreliozy, co jest postepowaniem spolecznie oczekiwany i przełoży sie na wzrost wykrywalnosci choroby w populacji docelowej. Realizacja opisanych w projekcie interwencji bedzie stanowila istotne uzupehlenie swiadczen juz istniejacych i w konsekwencji poprawi bezpieczenstwo zdrowotne populacji Gminy Długoleka w perspektywie dlugofalowej.

Oczekuje sie, ze zapewnienie mieszkancom z grup szczegolnego ryzyka bezplatnych badan diagnostycznych w kierunku boreliozy pozwoli na zwiekszenie wykrywalnosci zakazen oraz wdrozenie procesu terapeutycznego na wczesnym etapie choroby, w przypadku wynikow pozytywnych. Edukacja zdrowotna kierowana w ramach programu do mieszkancow gminy pozwoli na zwiekszenie ich swiadomosci zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorob odkleszczowych, czynnikow ryzyka zakazenia bakteria *Borrelia burgdorferi* oraz korzyści wynikajacych z wczesnego wykrywania boreliozy. Oczekuje sie, iz wszystkie podejmowane w programie interwencje przełożą sie w perspektywie dlugookresowej na ograniczenie liczby zakazen *Borrelia burgdorferi* w populacji gminy oraz odleglych następstw wynikajacych z zakazenia.

Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i lokalne strategie zdrowotne, ponieważ jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁸:
 - *priorytet 6: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;*
 - *priorytet 7: Tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania;*
- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2016-2020²⁹:
 - *cel operacyjny 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;*
- Priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego³⁰:
 - *priorytet 8: Diagnostyka i medycyna naprawcza.*

²⁸Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych [Dz.U. 2018 poz. 469].

²⁹Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020 [Dz.U. 2016 poz. 1492].

³⁰Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa dolnośląskiego.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny:

Zwiększenie skuteczności wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców Gminy Długołęka poprzez działania informacyjno-edukacyjne prowadzone w populacji co najmniej 1 250 dorosłych mieszkańców gminy oraz wykonywanie badań przesiewowych w populacji co najmniej 375 dorosłych mieszkańców gminy w latach 2020-2024.

2. Cele szczegółowe:

- 1) Zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę poprzez działania informacyjno-edukacyjne prowadzone w populacji co najmniej 1 250 dorosłych mieszkańców Gminy Długołęka w latach 2020-2024.
- 2) Zmniejszenie liczby powikłań zakażeń boreliozy poprzez wczesne wykrycie choroby dzięki zwiększeniu dostępności do badań przesiewowych dla co najmniej 375 dorosłych mieszkańców gminy w latach 2020-2024.
- 2) Wzrost wykrywalności boreliozy w populacji docelowej poprzez realizację co najmniej 375 badań przesiewowych w populacji docelowej w latach 2020-2024.
- 3) Poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki, czynników ryzyka oraz możliwości ograniczenia zachorowalności na boreliozę wśród co najmniej 30% mieszkańców z populacji docelowej, poprzez działania edukacyjne realizowane w latach 2020-2024.

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tab. 1. Mierniki efektywności programu polityki zdrowotnej

Lp.	Miernik efektywności	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
1.	Wzrost wykrywalności boreliozy w populacji docelowej	odsetek osób z dodatnim wynikiem testu ELISA (wd. 10%)	Dane pochodzące ze sprawozdań przekazywanych przez realizatora programu
2.	Zmniejszenie liczby powikłań zakażeń boreliozy poprzez wczesne wykrycie choroby dzięki zwiększeniu dostępności do badań przesiewowych	odsetek osób z dodatnim wynikiem testu ELISA (wd. 10%)	Dane pochodzące ze sprawozdań przekazywanych przez realizatora programu
3.	Odsetek osób, u których uzyskano poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki, czynników ryzyka oraz możliwości ograniczenia zachorowalności na boreliozę	co najmniej 30% uczestników programu	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 75% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po edukacji zdrowotnej z pre-testami przeprowadzanymi przed edukacją zdrowotną programu
4.	Liczba mieszkańców leczonych na boreliozę w przeliczeniu na 1tys. ludności	spadek o co najmniej 5%	Dane za rok 2019 (przed wdrożeniem Programu) oraz za rok 2024 (rok po zakończeniu realizacji Programu)

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

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do osób dorosłych (18+) zamieszkujących Gminę Długołęka (24 814 osób), którzy zostaną objęci działaniami informacyjnymi i edukacyjnymi na temat profilaktyki chorób odkleszczowych oraz osób z grup ryzyka, czyli leśników, rolników, osób mieszkających na terenach zadrzewionych, grzybiarzy, działkowiczów itp. (jest to subpopulacja, u której z racji pracy lub zachowań rekreacyjnych istnieje podwyższone ryzyko zakażenia) i osób wykazujących objawy boreliozy stwierdzone na podstawie ankiety (w załączniku), u których zostaną przeprowadzone badania przesiewowe w kierunku boreliozy. Ze względu na ograniczone możliwości budżetowe zdecydowano się objąć działaniami 5% populacji docelowej, tj. 1 250 mieszkańców (po ok. 250 osób w każdym roku trwania programu).

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

1) Edukacja zdrowotna w programie jest skierowana do dorosłych mieszkańców Gminy Długołęka, którzy spełniają następujące kryteria:

a) Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat i więcej;
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Długołęka.

b. Kryteria wyłączenia:

- brak

2) Badania diagnostyczne w programie są skierowane do dorosłych mieszkańców Gminy Długołęka, którzy spełniają następujące kryteria:

a) Kryteria włączenia:

- wiek 18 lat i więcej;
- zamieszkiwanie na terenie Gminy Długołęka;
- przynależność do przynajmniej jednej z wymienionych grup podwyższonego ryzyka zachorowania na boreliozę, lub potwierdzenie występowania przynajmniej dwóch objawów boreliozy, stwierdzone w pielęgniarstwie kwalifikacyjnym;

- brak rumienia wędrującego stwierdzony w ramach wizyty kwalifikacyjnej;
- wyrażenie pisemnej zgody na udział w programie.

b. Kryteria wyłączenia:

- brak wskazań do diagnostyki stwierdzony w drugim etapie programu;
- korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ w związku ze zdiagnozowaną przed rozpoczęciem programu boreliozą.

3. Planowane interwencje:

- 1) Badania diagnostyczne - wczesne wykrywanie zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi*:
 - kwalifikacja do grupy ryzyka - wywiad pielęgniarski z zastosowaniem kwalifikującego kwestionariusza ankiety, zawierającego pytania związane z ryzykiem zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi* oraz badanie pacjentów pod kątem występowania objawów boreliozy. W przypadku stwierdzenia występowania rumienia wędrującego, wykluczenie pacjenta z programu i skierowanie go niezwłocznie do specjalisty;
 - uzyskanie zgody pacjenta na udział w programie;
 - pobranie krwi do testu ELISA (przeciwciała IgG i IgM);
 - w przypadku dodatniego bądź wątpliwie dodatniego wyniku potwierdzenie badania metodą Western Blot;
 - w przypadku dodatniego wyniku Western Blot skierowanie pacjenta do najbliższego miejsca zamieszkania Poradni Chorób Zakaźnych;
 - badanie jakości udzielonych świadczeń za pomocą ankiety satysfakcji pacjenta;
 - przekazanie wyniku uczestnikowi programu;
- 2) Prowadzenie akcji informacyjnej oraz edukacja zdrowotna adresatów programu:
 - akcja informacyjna realizowana za pomocą metod podających (ulotki/plakaty informacyjne, publikacje w lokalnych mediach o następującej tematyce: zachowanie zasad higieny, profilaktyka zakażeń, sposób postępowania w razie ukłucia kleszcza) w wybranym podmiocie leczniczym Gminy Długoleka, a także prowadzona przez realizatora w ramach współpracy z innymi podmiotami na terenie gminy;
 - edukacja zdrowotna prowadzona przez lekarza lub pielęgniarkę w formie cyklu wykładów z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 3 miesiące, realizowanych w formie wykładów 60-minutowych, w wynajętych salach posadowionych na terenie gminy. Szkolenia będą miały formę prelekcji ustnej opartej o

prezentację multimedialną - zbadanie poziomu wiedzy uczestników zostanie zrealizowane przy zastosowaniu pre-testu przed prelekcją oraz post-testu po prelekcji;

- materiały edukacyjne nakierowane zostaną na podnoszenie świadomości społecznej w zakresie boreliozy i jej potencjalnych czynników ryzyka i będą zawierały informacje na temat nieswoistych metod profilaktyki zakażeń odkleszczowych, takich jak:
 - unikanie obszarów częstego występowania kleszczy, a jeżeli nie jest to możliwe, zastosowanie odpowiednich środków ostrożności, tj. noszenie odpowiedniego ubioru (jasne kolory, długie rękawy i nogawki), stosowanie produktów odstrasżających owady (zawierających DEET, tzw. repelenty), a także impregnowanie ubrań permetryną,
 - eliminowanie siedlisk kleszczy, np. poprzez usuwanie stosów liści, lub koszenie trawy, jako dodatkowe nieswoiste metody profilaktyki zakażeń odkleszczowych,
 - przeprowadzanie dokładnego przeglądu całego ciała oraz ewentualnie wzięcie dodatkowej kąpieli/prysznicą po powrocie do domu, w przypadku przebywania na terenach bytowania kleszczy,
 - bezzwłocznie usunięcie kleszcza, jeżeli dojdzie do ukąszenia, najlepiej przy pomocy specjalnie przystosowanych kleszczyków, tuż przy powierzchni skóry, tak aby uniknąć ściskania ciała kleszcza oraz niestosowanie w tym celu substancji chemicznych.

3.1. Dowody skuteczności planowanych działań

a. Opinie ekspertów klinicznych

Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku zakażenia krętkiem *Borrelia burgdorferi* w grupach ryzyka z zastosowaniem 2-etapowego modelu diagnostycznego, rekomendują następujące organizacje zrzeszające ekspertów klinicznych:

- Światowa Organizacja Zdrowia (WHO);
- International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS);
- Amerykańska Akademia Neurologii (AAN);
- Infectious Diseases Society of America – Towarzystwo Lekarzy Chorób Zakaźnych w Stanach Zjednoczonych (IDSA);
- European Federation of Neurological Societies (EFNS);
- European Concerted Action on Lyme Borreliosis (EUCALB);

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC);
- Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ);
- Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH);
- Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej (PTDL);

b. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (PTEiLChZ) laboratoryjna diagnostyka boreliozy polega na wykryciu specyficznych przeciwciał klasy IgM oraz IgG w surowicy pacjenta. W tym celu PTEiLChZ zaleca dwuetapową strategię³¹:

- **I etap - test immunoenzymatyczny ELISA**

W pierwszym etapie należy wykonać immunoenzymatyczny test ELISA równolegle w klasie IgG oraz IgM. Testy Elisa charakteryzują się wysoką czułością (ok. 70%), ale niższą specyficznością, co oznacza, że niemal każda próbka krwi pobrana od osoby z chorobą z Lyme wykaże wynik pozytywny. Jeśli natomiast wynik testu ELISA w obu klasach jest ujemny, prawdopodobieństwo, że osoba choruje na boreliozę, jest bardzo małe i dalsze badania nie są zalecane. Jeśli wynik testu ELISA będzie fałszywie pozytywny należy bezwzględnie potwierdzić diagnozę w drugim etapie.

- **II etap - test Western Blot**

W drugim etapie należy wykorzystać test Western Blot (lub nowszej generacji testy Lineblot). W odróżnieniu od techniki ELISA, Western Blot gwarantuje przede wszystkim specyficzność. Oznacza to, że wynik dodatni badania możliwy jest do uzyskania tylko u osób, które zetknęły się z bakterią *Borrelia*, tym samym Western Blot pozwala na weryfikację wyniku testu ELISA.

Metody ELISA i Western Blot wzajemnie się uzupełniają. Nie powinno się zatem wykonywać jedynie testu Western Blot z pominięciem testu ELISA, ponieważ w ten sposób zwiększa się możliwość wystąpienia błędów diagnostycznych. Najbardziej rzetelne wyniki test daje po ok. 6 tygodniach od wtargnięcia wirusa do organizmu, i nie powinno się go przeprowadzać wcześniej ze względu na tzw. okienko serologiczne, tj. czas od momentu wnikięcia krętka, do momentu pojawienia się przeciwciał we krwi. Dlatego też, gdy występuje

³¹Pancewicz S, Garlicki A, Moniuszko-Malinowska A i wsp., Diagnostyka i leczenie chorób przenoszonych przez kleszcze. Rekomendacje polskiego towarzystwa epidemiologów i lekarzy chorób zakaźnych, Przegląd Epidemiologiczny 2015; 69: 421 - 428

podejrzanie boreliozy, a wynik badania jest ujemny, należy je powtórzyć po kilku tygodniach, istnieje bowiem możliwość, iż pierwsze badanie było wykonane właśnie w czasie okienka serologicznego. W przypadku boreliozy okno serologiczne trwa średnio 4 tygodnie, dlatego wykonanie badań w czasie krótszym niż 4 tygodnie od ukąszenia przez kleszcza stwarza ryzyko uzyskania wyniku fałszywie negatywnego. Wykonując badanie na boreliozę należy zatem pamiętać, aby nie robić tego bezpośrednio po ukłuciu kleszcza, należy odczekać minimum 4 tygodnie.

c. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej

Borelioza jest chorobą zakaźną, do zarażenia którą dochodzi najczęściej w wyniku ukąszenia kleszcza. Rozpoznanie boreliozy stawiane jest coraz częściej w przypadkach patologii dotyczących układu ruchu, układu nerwowego, zaburzeń rytmu serca oraz objawów dotyczących innych narządów i układów, co jest efektem postępów diagnostyki oraz coraz większej świadomości lekarzy i pacjentów. Problemem jest natomiast skuteczne leczenie tej choroby, gdyż standardowe podejście do terapii boreliozy, w przeważającej większości przypadków okazuje się efektywne tylko na krótki czas lub zupełnie nieskuteczne.

W zaleceniach IDSA (Infectious Diseases Society of America – Towarzystwo Lekarzy Chorób Zakaźnych w Stanach Zjednoczonych) występuje wiele wskazań dotyczących profilaktyki i leczenia boreliozy. Towarzystwo to stosuje stopniowanie wskazań od mocno zalecanych przez obojętne do niepolecanych (5 stopni) i dodatkowo: stopień ich weryfikacji (od kontrolowanych badań naukowych do niezweryfikowanego poglądu autorytetu). W zaleceniach IDSA dotyczących profilaktyki za najważniejsze uważa się unikanie ekspozycji, a jeśli to niemożliwe, stosowanie odpowiedniej odzieży, repelentów, sprawdzanie całego ciała i szybkie usuwanie kleszcza. Nie poleca się natomiast wykonywania testu serologicznego bezpośrednio po ukłuciu, a także profilaktycznego leczenia, z wyjątkiem uzasadnionych przypadków, w których stosuje się jednorazową dawkę doksycykliny. W zaleceniach IDSA zwraca się też uwagę na edukację lekarzy w zakresie rozpoznawania gatunku i stadium kleszcza. Lekarze na terenach endemicznych powinni umieć rozpoznawać i leczyć choroby odkleszczowe. Osoby pokłute przez kleszcze powinny być obserwowane przez 30 dni w celu sprawdzenia, czy nie rozwinie się u nich rumień lub choroba grypopodobna³².

³²Wormser G.P., Dattwyler R.J., Shapiro E.D., Halperin J.J., Steere A.C., Klempner M.S. i wsp.: The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. Clin. Infect. Dis. 2006;43:1089–1134

Nieco inne poglądy niż IDSA prezentuje International Lyme and Associated Diseases Society (ILADS, Międzynarodowa Organizacja ds. Boreliozy i Chorób Towarzyszących). Między wymienionymi organizacjami trwa konflikt dotyczący metod terapeutycznych stosowanych w zakażeniach *Borrelia burgdorferi*. International Lyme and Associated Diseases Society popiera dłuższe leczenie, kombinacje antybiotyków z innymi lekami i niestandardowe metody leczenia³³.

Z kolei we Francji zalecenia dotyczące objawów sugerujących boreliozę, metod laboratoryjnych stosowanych do rozpoznawania, metod leczenia i możliwej profilaktyki opracował Instytut Pasteura. Profilaktykę podzielono na pierwotną (zapobiegającą ukłuciu przez kleszcza) i wtórną (metody postępowania po ukłuciu). Jedną z metod profilaktycznych polecanych w uzasadnionych przypadkach (strefa endemiczna, wielokrotne pokłucie, długi okres przebywania kleszcza w ciele, znany, wysoki odsetek zakażonych kleszczy na danym terenie) jest podanie jednorazowej dawki doksycykliny (200 mg) lub zamiennie u osób, u których nie jest ona zalecana (kobiety ciężarne, dzieci i osoby z deficytem immunologicznym) – amoksycyliny przez 10–14 dni. Równocześnie nie jest polecana systematyczna, czyli powtarzająca się, antybiotykoterapia profilaktyczna³⁴.

Zalecenia profilaktyczno-terapeutyczne można znaleźć także na stronach internetowych European Union Concerted Action on Lyme Borreliosis (EUCALB – Europejskie Działanie w Sprawie Boreliozy). Zgodnie z nimi najlepiej chronić się przed ekspozycją na kleszcze, natomiast jeśli nie można jej uniknąć, należy używać odpowiedniej odzieży i repelentów, sprawdzać całe ciało i szybko usuwać kleszcza. Ważne jest też szybkie wszczęcie leczenia w razie stwierdzenia objawów choroby, aby zapobiec rozwojowi choroby z Lyme i jej skutkom³⁵.

4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej

Kwalifikacja do programu oraz pobór krwi do badań przesiewowych będzie realizowany w trybie ambulatoryjnym w wybranym w drodze konkursu podmiocie leczniczym, posiadającym umowę z NFZ na realizację świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. O udziale w programie będzie decydować przynależność do grupy ryzyka zachorowania na

³³International Lyme and Associated Diseases Society: Practice guidelines for the treatment of Lyme disease [dostęp dnia 7 października 2010] http://www.ilads.org/files/ILADS_Guidelines.pdf

³⁴SPILF. 16e Conférence de Consensus en thérapeutique anti-infectieuse. 13 décembre 2006. Borréliose de Lyme : démarches diagnostiques, thérapeutiques et préventives http://www.infectiologie.com/site/medias/english/Lyme_shorttext-2006.pdf

³⁵European Union Concerted Action on Lyme Borreliosis <http://meduni09.edis.at/eucalb/cms/index.php>

boreliozę, lub stwierdzenie objawów choroby, stwierdzone za pomocą kwestionariusza. Wzór ankiety kwalifikacyjnej określono w załączniku 1, natomiast wzór zgody pacjenta na badanie przesiewowe w załączniku 2.

W ramach akcji informacyjnej zostaną przekazane adresatom programu terminy wykonywania badań przesiewowych w ramach programu oraz odbioru wyników. W ramach akcji edukacyjnej na terenie gminy prowadzone będą wykłady z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych dla wszystkich dorosłych mieszkańców gminy.

5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Po wykonaniu badań skriningowych uczestnicy kończą udział w programie:

- w przypadku negatywnego (ujemnego) wyniku badania ELISA – po odebraniu wyniku;
- w przypadku pozytywnego (dodatniego) bądź wątpliwie dodatniego wyniku badania ELISA - po uzyskaniu wyniku badania metodą Western Blot.

Pacjent w każdym momencie może zdecydować o zakończeniu udziału w programie. W przypadku podjęcia takiej decyzji, pomimo odbioru informacji o wyniku dodatnim, zostaje poinformowany o wszelkich negatywnych konsekwencjach związanych z przerwaniem procesu diagnostycznego oraz postępowaniem ewentualnej choroby w przypadku nie podjęcia leczenia. Wszyscy pacjenci zostaną dodatkowo poproszeni o wypełnienie krótkiej ankiety, której wyniki będą pomocne w ewaluacji programu (załącznik 4).

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- 1) opracowanie projektu programu (IV kwartał 2019);
- 2) zaopiniowanie programu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (IV kwartał 2019);
- 3) przyjęcie Uchwały Rady Gminy w sprawie realizacji programu (I kwartał 2020 - IV kwartał 2024);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej (I kwartał 2020 - IV kwartał 2024); wyłonienie podmiotów leczniczych, spełniających kryteria kadrowe, lokalowe i infrastrukturalne przewidziane przepisami dla realizacji zadań z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej³⁶;
- 5) podpisanie umów na realizację programu (I kwartał 2020 - IV kwartał 2024);
- 6) realizacja programu (I kwartał 2020 - IV kwartał 2024);
 - akcja informacyjna (plakaty, ulotki);
 - akcja edukacyjna (edukacja zdrowotna w trakcie realizowanych w ramach programu wykładów z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych dla osób objętych działaniami edukacyjnymi);
 - wypełnienie kwestionariusza ankiety kwalifikującej, mającej na celu przypisanie ankietowanych osób do grupy ryzyka zakażeń krętkiem *Borrelia burgdorferi*;
 - pobranie krwi do testu ELISA (badania serologiczne będą obejmować obie klasy przeciwciał, tj. IgG i IgM) osobom z grupy ryzyka;
 - po otrzymaniu pozytywnego bądź wątpliwego wyniku testu przesiewowego testu ELISA wykonanie badania Western Blot;
 - w przypadku uzyskania pozytywnego wyniku badania Western Blot - skierowanie pacjenta do dalszego leczenia w Poradni Chorób Zakaźnych (poza programem).
- 7) ewaluacja (I kwartał 2025):
 - analiza efektywności działań z zakresu edukacji zdrowotnej na podstawie wyników pre-testów oraz post-testów,
 - analiza zgłaszalności na podstawie sprawozdań realizatora,
 - analiza jakości udzielanych świadczeń na podstawie wyników ankiety kierowanej do uczestników,

³⁶ Załącznik 1 i 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2015 r. (poz. 86).

- analiza efektywności prowadzonych działań na podstawie oceny wskazanych mierników efektywności;
- 8) przygotowanie raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (I kwartał 2025).

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

Koordynatorem programu będzie Gmina Długołęka. W programie realizatorem 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 2011r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2018 poz. 160 z późn. zm.];
- spełnianie wymogów lokalowych, sprzętowych i kadrowych, wynikających z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r., poz.736);
- aktualna umowa z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
- 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;
- zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych w programie wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym: zatrudnionych lekarzy POZ i pielęgniarki POZ;
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu prowadzona na podstawie sprawozdań realizatora w półrocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia –30 czerwca, 1 lipca - 31 grudnia), corocznych okresach sprawozdawczych (1 stycznia – 31 grudnia) oraz całościowo po zakończeniu programu (załącznik 3):

- liczba osób zakwalifikowanych do programu;
- liczba osób niezakwalifikowanych do programu;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania;
- analiza liczby osób uczestniczących w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej prowadzona corocznie oraz całościowo po zakończeniu programu;
- analiza liczby osób, które zgłosiły się do programu celem diagnostyki;
- analiza liczby osób zakwalifikowanych do programu celem diagnostyki;
- analiza liczby wykonanych badań przesiewowych;
- odsetek osób, u których stwierdzono występowanie boreliozy.

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji pacjenta (załącznik 4);
- bieżąca analiza pisemnych uwag przekazywanych przez uczestników do koordynatora programu.

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu – coroczna oraz końcowa prowadzona poprzez analizę:

- odsetka populacji z wynikiem dodatnim na obecność przeciwciał IgG i IgM;
- porównawczą wyników post-testów oraz pre-testów dotyczących wiedzy przekazywanej podczas wykładów w ramach edukacji zdrowotnej mieszkańców;
- porównawczą liczby mieszkańców leczonych na boreliozę w przeliczeniu na 1tys. ludności w roku 2019 (przed wdrożeniem Programu) oraz 2024 (rok po zakończeniu realizacji Programu);
- identyfikację ewentualnych czynników zakłócających przebieg programu.

Należy zaznaczyć, że zasadnicza ewaluacja programu będzie opierać się, jak wspomniano powyżej, na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu ze stanem po ich wprowadzeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe:

- a. **10zł** – koszt jednostkowy pielęgniarskiego wywiadu kwalifikującego;
- b. **70zł** – koszt jednostkowy pobrania materiału do badań wraz z wykonaniem testu immunoenzymatycznego ELISA (IgG+IgM);
- c. **220zł** - koszt jednostkowy pobrania materiału do badań wraz z wykonaniem testu Western Blot
- d. **3 000zł** – koszt akcji informacyjno-edukacyjnej;
- e. **1 000zł** – koszt monitoringu i ewaluacji.

2. Koszty całkowite:

Tab. 2. Koszty całkowite w poszczególnych latach (w złotych).

Lp.	Rok realizacji	2020	2021	2022	2023	2024
1	Szacunkowa liczba przeprowadzonych wywiadów kwalifikujących	250	250	250	250	250
2	Szacunkowa liczba osób niezakwalifikowanych (70% z poz. 1)	175	175	175	175	175
3	Koszt cząstkowy za interwencje u osób niezakwalifikowanych (10zł x poz. 2)	1 750	1 750	1 750	1 750	1 750
4	Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do testu ELISA (30% z poz. 1)*	75	75	75	75	75
5	Koszt cząstkowy za interwencje u osób zakwalifikowanych do testu ELISA (70zł x poz. 4)	5 250	5 250	5 250	5 250	5 250
6	Szacunkowa liczba osób zakwalifikowanych do testu Western Blot (5% z poz. 1)*	12	12	12	12	12
7	Koszt cząstkowy za interwencje u osób zakwalifikowanych do testu Western Blot (220zł x poz. 6)	2 640	2 640	2 640	2 640	2 640
8	Koszt akcji informacyjno-edukacyjnej	3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
9	Koszt monitoringu i ewaluacji	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
10	Koszt całkowity (poz. 3 + poz. 5 + poz. 7 + poz. 8 + poz. 9)	13 640	13 640	13 640	13 640	13 640

*wartość szacowana na podstawie danych epidemiologicznych oraz doświadczeń innych jednostek samorządowych przeprowadzających podobne programy

Tab. 3. Koszty całkowite w poszczególnych latach jako suma kosztów poszczególnych interwencji (w złotych).

Rok realizacji	Akcja informacyjno-edukacyjna* oraz monitoring i ewaluacja	Procedury kwalifikujące uczestników	Badania przesiewowe**	Koszt całkowity
2020	4 000	1 750	7 890	13 640

Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024

2021	4 000	1 750	7 890	13 640
2022	4 000	1 750	7 890	13 640
2023	4 000	1 750	7 890	13 640
2024	4 000	1 750	7 890	13 640
Suma	20 000	8 750	39 450	68 200

* koszt wykładów z zakresu edukacji zdrowotnej, druku ulotek/plakatów informacyjnych

** koszt pobrania materiału do badań i wykonania testów diagnostycznych

3. Źródła finansowania

Program finansowany z budżetu Gminy Długołęka. Gmina będzie starała się o dofinansowanie 40% kosztów działań realizowanych w programie w latach 2020-2024 przez Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn.zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9]. W przypadku braku uzyskania finansowania Gmina zapewni ciągłość finansowania działań realizowanych w programie.

Załączniki

Załącznik 1

Kwestionariusz ankiety kwalifikującej do uczestnictwa w „Programie profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024” (wzór)

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

	TAK	NIE
Czy kiedykolwiek wykryto u Pana/ Pani boreliozę?		
Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na powyższe pytanie odpowiedziały NIE		
Czy ma pan/Pani następujące objawy:		
• Gorączka		
• Bóle kostno-stawowe		
• Zawroty głowy		
• Podwójne widzenie		
• Bóle głowy		
• Wymioty, nudności		
• Sztymność stawów		
• Problemy z koncentracją		
• Sztymność karku		
• Problemy z zebraniem myśli, wysławianiem się		
• Zaburzenia nastroju		
LICZBA UZYSKANYCH ODPOWIEDZI		
Uwaga: Do udziału w programie kwalifikują się osoby, które na powyższe pytanie w co najmniej dwóch miejscach odpowiedziały TAK		
Czy pamięta Pan/Pani ukąszenie kleszcza?		
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 co najmniej jedno z powyższych pytań odpowiedziały TAK		

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

Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024

--	--	--

* niewłaściwe skreślić

Załącznik 2

Karta uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024” (wzór)

Część A

I. Dane uczestnika programu

Nazwisko		Data urodzenia
Imię	 / /
Nr PESEL*		(dzień/miesiąc/rok)

II. Zgoda na pobranie materiału do badań oraz przeprowadzenie testu diagnostycznego ELISA

Zostałam/em poinformowana/y o znaczeniu pozytywnego testu i korzyściach oraz konsekwencjach wykrycia zakażenia. Informacja przekazana mi przez pielęgniarkę była dla mnie w pełni jasna i zrozumiała. W trakcie rozmowy z miałam/em możliwość zadawania pytań dotyczących proponowanego postępowania. Oświadczam, że zapoznałam/em się z powyższym tekstem i **wyrażam zgodę na pobranie materiału do badań oraz przeprowadzenie testu diagnostycznego ELISA**

.....

(data i podpis pacjenta)

Część B

III. Potwierdzenie pobrania materiału do badań i przekazania do laboratorium

Data pobrania materiału	Podpis pielęgniarki	Data przekazania materiału do laboratorium	Podpis pielęgniarki

IV. Potwierdzenie wykonania testu diagnostycznego i odbioru wyniku

Data wykonania testu ELISA	Podpis pielęgniarki	Data odbioru wyniku testu ELISA	Podpis pacjenta

V. Potwierdzenie wykonania testu diagnostycznego Western Blot i odbioru wyniku (tylko w przypadku wątpliwego wyniku ELISA).

Data wykonania testu Western Blot	Podpis pielęgniarki	Data odbioru wyniku testu Western Blot	Podpis pacjenta

VI. Potwierdzenie rezygnacji z udziału w programie w trakcie jego trwania

Przyczyna rezygnacji	Podpis pacjenta

**lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL*

Załącznik 3

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024” (wzór)

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach uczestników przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy od do	Adresat Gmina Długoleka
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

I. Interwencje z zakresu edukacji zdrowotnej

Liczba wykonanych interwencji wśród mieszkańców	Liczba osób uczestniczących w interwencjach

II. Działania diagnostyczne

Liczba wykonanych kwalifikacyjnych wywiadów pielęgniarskich	Liczba osób poddanych testom ELISA	Liczba osób z wynikiem dodatnim	Liczba osób poddanych testom Western Blot	Liczba osób z wynikiem dodatnim Western Blot	Liczba wykonanych wizyt lekarskich	Liczba osób które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie jego trwania	Liczba osób które zostały wykluczone

....., dnia

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik 4

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długoleka na lata 2020-2024” (wzór)

I. Ocena sposobu umówienia terminu badania

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
szybkość załatwienia formalności podczas rejestracji?					
uprzejmość osób rejestrujących?					
dostępność rejestracji telefonicznej?					

II. Ocena opieki pielęgniarskiej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość pielęgniarki?					
poszanowanie prywatności podczas pobierania materiału do badania?					
staranność i dokładność wykonywania badania?					

III. Ocena warunków panujących w przychodni

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
czystość w poczekalni?					
wyposażenie w poczekalni (krzesła itp.)?					
dostęp i czystość w toaletach?					
wyposażenie gabinetu?					

IV. Ocena edukacji zdrowotnej

Jak Pan(i) ocenia:	Bardzo dobrze	Dobrze	Przeciętnie	Źle	Bardzo źle
uprzejmość i życzliwość edukatora?					
przygotowanie merytoryczne edukatora?					
atrakcyjność i przydatność materiałów edukacyjnych?					

V. Dodatkowe uwagi/opinie:

UZASADNIENIE

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 2020 r. poz. 713) 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. z 2020 r. poz. 1398) oraz po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, Rada Gminy Długotęka przyjmuje do realizacji Program Polityki Zdrowotnej na lata 2020-2024 pod nazwą „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Gminie Długotęka na lata 2020-2024”.

Wzrastająca corocznie liczba zachorowań na boreliozę sprawia, że choroba stanowi coraz poważniejszy problem natury medycznej i społecznej. Należy zatem zwiększać dostęp do diagnostyki boreliozy, co jest postępowaniem społecznie oczekiwanym i przeloży się na wzrost wykrywalności choroby w populacji docelowej.

Program będzie skierowany do osób dorosłych (18+) zamieszkujących Gminę Długotęka. Osoby te zostaną objęte działaniami informacyjnymi i edukacyjnymi na temat profilaktyki chorób odkleszczowych oraz osób z grup ryzyka, czyli leśników, rolników, osób mieszkających na terenach zadrzewionych, grzybiarzy, działkowiczów itp. Badaniami przesiewowymi w kierunku boreliozy zostaną objęte te osoby wykazujące objawy boreliozy stwierdzone na podstawie ankiety.

Środki na realizację Programu zostaną zabezpieczone w budżecie gminy.