DRUK NR 288

BIURO RADY
2018 -04- 18

Projekt

UCHWAŁA Nr.....

RADY POWIATU GLIWICKIEGO

z dnia.....r.

w sprawie przyjęcia do realizacji programu polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2018-2019.

Na podstawie art.4 ust.1 pkt.2 i art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r o samorządzie powiatowym (tj. Dz.U.2017.1868 z dnia 09.10.2017 z późn. zm.) w związku z art. 8 pkt. 1 i art. 48 ust. 1,3,5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku, o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (tj. Dz.U.2017.1938 z dnia 19.10.2017 r. z późn. zm.), po uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji w Warszawie

Rada Powiatu Gliwickiego uchwala, co następuje:

§1 Przyjąć do realizacji program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2018-2019, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§2. Wykonanie uchwały powierzyć Zarządowi Powiatu Gliwickiego.

§3 Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA GLIWICKI
Waldemar Dombek

WICESTAROSTA GLIWICKI
Ewa Jurczyga

NACZELNIK
WYDZIAŁU ZDROWIA
I POMOCY SPOŁECZNEJ
mgr Agnieszka Gliklich

Ireneusz Żarlok
RADCA PRAWNY
(KR-2128)

Uzasadnienie:

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) daje możliwość jednostkom samorządu terytorialnego opracowywania, wdrażania, realizowania i finansowania programów polityki zdrowotnej.

Jednostki samorządu terytorialnego opracowując wdrażając, realizując i finansując programy polityki zdrowotnej mają obowiązek przekazania projektu programu do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTM i T) w Warszawie celem zaopiniowania.
Przedmiotowy program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego – otrzymał ocenę pozytywną (Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 44/2018 z dnia 29 marca 2018 roku.

Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny województwo śląskie, na terenie którego położony jest powiat gliwicki, w 2016 roku, znajdowało się na 5 miejscu pod względem zapadalności na boreliozę w Polsce (71,5/100 tys. mieszkańców). Z kolei według danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach, w powiecie gliwickim wskaźnik zapadalności na boreliozę wyniósł 78,35 na 100 tys. osób. Coraz więcej ujawnionych przypadków zachorowań na boreliozę i inne choroby odkleszczowe przyczyniają się do rosnącego zainteresowania badaniami.
Mieszkańcy powiatu poprzez swoich przedstawicieli w Radzie Powiatu, zgłosili potrzebę opracowania i wdrożenia niniejszego programu, który zwiększy dostępność mieszkańców do badań w kierunku boreliozy.
Biorąc powyższe pod uwagę, podjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.

WICESTAROSTA GLIWICKI
Ewa Jurczyga

NACZELNIK
WYDZIAŁU ZDROWIA
POMOCY SPOŁECZNEJ

Ireneusz Żarłok
RADCA PRAWNY
(WR-2428)

Załacznik do Uchwały
nr.....
Rady Powiatu Gliwickiego
z dnia .....

Powiat Gliwicki

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO NA LATA 2018-2019

WICESTAROSTA GLIWICKI
Ewa Jurczyga

NACZELNIK
WYDZIAŁU ZDROWIA
I POMOCY SPOŁECZNEJ
mgr Agnieszka Glitklich

Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej
Starostwa Powiatowego w Gliwicach
ul. Zygmunta Starego 17
44-100 Gliwice

Spis treści

1. Opis problemu zdrowotnego 3
   1.1 Problem zdrowotny i jego definicja 3
      Definicja 3
      Borelioza 3
      Kleszczowe zapalenie mózgu 3
      Etiologia i patogeneza chorób odkleszczowych 3
      Czynniki ryzyka 4
      Kliniczne aspekty boreliozy.....4
      Borelioza - rozpoznanie i leczenie 5
   1.2. Epidemiologia boreliozy w Polsce i Europie 5
      Sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim 6
      Sytuacja epidemiologiczna w powiecie gliwickim 8
2. Charakterystyka Powiatu Gliwickiego. 10
   2.1. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.....12
   2.2. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.....12
   2.3. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu 13
3. Cele programu 14
   3.1. Cel główny 14
   3.2. Cele szczegółowe 14
   3.3. Oczekiwane efekty 14
   3.4. Mierniki efektywności 14
4. Adresaci programu 15
   4.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe 15
   4.2. Tryb zapraszania do programu 15
5. Organizacja programu 16
   5.1. Części składowe programu i etapy organizacyjne 16
   5.1.1. Planowane interwencje 17
   5.1.2. Zasady i sposób kwalifikacji uczestników 18
   5.1.3. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu 18
   5.2. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych 18
   5.3. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość otrzymania kontynuacji świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.....19
   5.4. Bezpieczeństwo planowanych interwencji oraz kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu 19
      Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.....19
   5.5. Dowody skuteczności planowanych działań 20
      Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego 20
6. Koszty 20
   6.1. Planowane koszty całkowite 20
   6.2. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne 21

7. Monitoring i ewaluacja 22
7.1. Ocena zgłaszalności do programu 22
7.2. Ocena świadczeń w programie 22
7.3. Ocena efektywności programu 23
7.4. Ocena trwałości efektów programu 23
8. Ocena realizacji programu 23
8. Bibliografia 24
9. Załączniki
Zgoda na udział w programie 25
Ankieta oceny ekspozycji na kleszcze 26
Ankieta oceny jakości świadczeń w programie polityki zdrowotnej.....27
Sprawozdanie z programu 28

1. Opis problemu zdrowotnego

1.1. Problem zdrowotny i jego definicja

Definicja

Chorobami odkleszczowymi nazywamy choroby zakaźne przenoszone za pośrednictwem drobnych pajęczaków, zwanych kleszczami *(Ixodida).* Zamieszkują one lasy, w szczególności wilgotne lasy liściaste lub mieszane z bogatym podszytem, spotykane są również, na łąkach przyleśnych i w parkach. Głównym przenosicielem chorobotwórczych organizmów jest kleszcz pospolity *(Ixodes ricinus).* Swoją rolę epidemiologiczną odgrywa również kleszcz łąkowy (Dermacentor reticulatos).[1-3]

W Polsce najczęściej przenoszone przez kleszcze choroby to: **borelioza i kleszczowe zapalenie mózgu.**

Borelioza

Borelioza, zwana również chorobą z Lyme lub krętkowicą kleszczową jest chorobą odzwierzęcą, przenoszoną przez stawonogi. Jest to choroba infekcyjna, o przewlekłym przebiegu. Podstawowym wektorem krętków *Borrelia burgdorferi* są różne gatunki kleszczy z rodzaju *Ixodes.* Zachorowania na nią zostały opisane po raz pierwszy w połowie lat siedemdziesiątych w USA. Nazwa Lyme pochodzi od nazwy miejscowości o tej samej nazwie w stanie Connecticut w Stanach Zjednoczonych, gdzie w 1972 roku wybuch epidemii umożliwił opisanie tej choroby. Obraz kliniczny jest zróżnicowany i może wiązać się z zajęciem skóry, stawów, układu nerwowego i serca.

Kleszczowe zapalenie mózgu

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM), to wirusowe zapalenie mózgu, które nazywane jest (*encephalitis ixodica*) – wirusowa choroba ośrodkowego układu nerwowego przenoszona przez kleszcze. Czynnikiem etiologicznym jest należący do rodzaju flawiwirusów wirus wnikający do organizmu człowieka w następstwie ukąszenia przez kleszcza. [2]

Etiologia i patogeneza chorób odkleszczowych

Zarówno borelioza jak i kleszczowe zapalenie mózgu, mają charakter sezonowy. Większość przypadków zachorowań zdarza się późną wiosną i pod koniec lata, ponieważ w tym okresie najczęściej ludzie przebywają w lasach i na łąkach (siedliska kleszczy) w celach rekreacyjnych lub zawodowych, a noszenie lżejszych ubrań, które nieosłanianą całego ciała, ułatwia przedostanie się kleszcza na skórę.

Pamiętać należy o cyklu rozwojowym kleszcza, który trwa dwa lata i składa się z trzech faz: larwy, nimfy i postaci dorosłej. Kleszcze przebywają wśród drzew liściastych, krzewów oraz na łąkach. Uczepione liści lub traw czekają na człowieka lub zwierzę. Kierując się ruchem i wydzielanym ciepłem żywiciela, spadają i przytwierdzają się do skóry. Za zarażenie człowieka najczęściej odpowiedzialne są nimfy, które są najbardziej agresywne. Żerują głównie wiosna i latem a szczyt zachorowania przypada na lipiec i sierpień.

Czynniki ryzyka

Przebywanie na terenach zielonych, podczas pracy lub rekreacji może być związane z narażeniem na kontakt ze stawonogami pasożytniczymi. Grupami zawodowymi najbardziej narażonymi na boreliozę i pozostałe choroby odkleszczowe są pracownicy leśnictwa, rolnictwa. Borelioza należy do chorób nowo pojawiających się lub o wzrastającej częstotliwości występowania. Zachorowalność na nie rośnie w ciągu 20 lat a jej dalszy wzrost stanowić może istotny problem epidemiologiczny. Zachorowalność na boreliozę w Polsce notuje się od roku 1996 i według Głównego Inspektora Sanitarnego oraz Państwowego Zakładu Higieny ma ona tendencje wzrostowe. Rośnie także liczba przypadków boreliozy jako choroby zawodowej, podczas gdy ogólna liczba chorób zawodowych maleje. [2,3,5]

Kliniczne aspekty boreliozy

Różnorodność objawów boreliozy oraz jej podobieństwo do innych chorób znacznie utrudniają rozpoznanie. W Europie najczęściej używa się podziału klinicznego w którym wyróżnia się następujące postacie:

A. Wczesna postać boreliozy z Lyme,
   1. *Stadium zakażenie ograniczone, które dotyczy skóry*:
      a) rumień wędrujący,
      b) chłoniak limfocytarny.

Stadium infekcji wczesnej, to infekcja rozwijająca się w ciągu 60 – 90 dni po ukłuciu kleszcza, w postaci ograniczonych zmian skórnych typu rumień wędrujący lub rzadziej chłoniak limfocytarny.

   2. *Stadium zakażenie rozsiane, w którym występują zmiany w różnych narządach, i na skórze:*
      a) rumień wędrujący mnogi (wtórny),
      b) wczesna neuroborelioza,
      c) zapalenie stawów,
      d) zapalenie mięśnia sercowego,
      e) inne zmiany narządowe.

W tym stadium dochodzi do uogólnienia infekcji, tj. dalszego rozwoju zmian skórnych oraz występowania ostrych zmian zapalnych narządów z zajęciem stawów, serca oraz ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

B. Pełna postać boreliozy z Lyme:
   1. *Stadium zakażenie przewlekłe:*
      a) późna neuroborelioza,
      b) przewlekłe zapalenie stawów,
      c) zapalenie mięśnia sercowego, inne zmiany narządowe, przewlekłe zapalenie zanikowe skóry, neurologiczne, reumatologiczne lub inne zmiany utrzymujące się przez co najmniej 12 miesięcy.

W tym stadium - stadium przewlekłej infekcji, rozpoczynającej się powyżej roku do kilku lat od zakażenia; w okresie tym występują zmiany skórne w postaci przewlekłego zanikowego zapalenia skóry, dystalnych części kończyn i destrukcyjne zmiany zapalne stawów, przewlekłe zapalenia mózgu i opon mózgowo- rdzeniowych.[2]

Borellioza – rozpoznanie i leczenie

Najbardziej typowym objawem boreliozy, są zmiany skórne w postaci pierścieniowatego rumienia wędrującego; dodatkowe objawy, takie jak świąd skóry, powiększenie węzłów chłonnych w okolicy zmiany lub objawy ogólne jak ból głowy, gorączka, bóle mięśniowo-stawowe, występują rzadko.

W przypadku wystąpienia rumienia wędrującego testy serologiczne są nieczułe w okresie około dwóch tygodni od zarażenia, dlatego rozpoznanie powinno odbywać się na podstawie obrazu klinicznego choroby. Rozpoznanie każdej postaci klinicznej boreliozy z Lyme wyjątkiem rumienia wędrującego wymaga – dwuetapowego protokołu diagnostycznego.

Według wytycznych europejskich nowoczesna rutynowa diagnostyka laboratoryjna boreliozy powinna być dwustopniowa. W pierwszym etapie należy wykazać obecność swoistych przeciwciał IgM lub IgG(w zależności od postaci klinicznej) metodą immunoenzymatyczną. W drugim etapie u chorych z wynikami dodatnimi lub wątpliwymi należy wybrać oznaczenia techniką Western blot.[12]

Dodatni wynik badania serologicznego bez klinicznych objawów typowych dla boreliozy z Lyme nie upoważnia do rozpoznania choroby i jej leczenia. Ze względu na możliwość wystąpienia reakcji krzyżowych z antygenami innych drobnoustrojów (np. *Treponema pallidum, Ehrlichia* spp., wirusy Herpes, Epsteina –Barr) lub czynnikiem reumatoidalnym).[2]

Leczenie boreliozy opiera się na antybiotykoterapii trwającej przynajmniej 21 dni, która w zależności od postaci klinicznej choroby i tolerancji przez pacjenta obejmuje przede wszystkim: amoksycyklinę, doksycyklinę, cefuroksym, ceftriakson lub cefotaksym. Pamiętać należy, że borelioza im później zostanie wykryta tym trudniejsza do wyleczenia. W pierwszych dniach od ukąszenia przez kleszcza wystarcza zwykle trzy tygodniowa terapia antybiotykowa.[2]

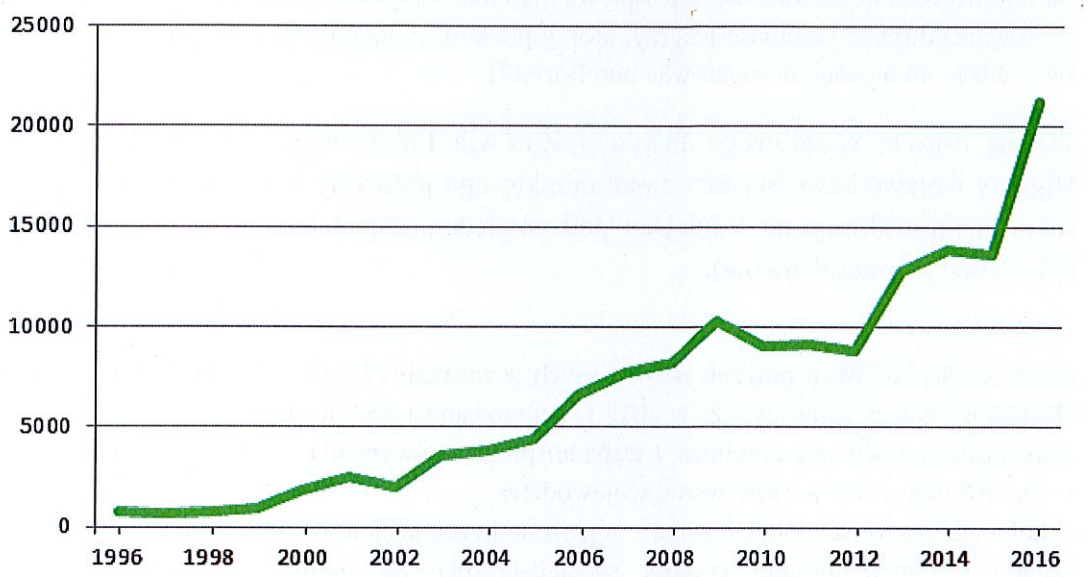
1.2. Epidemiologia boreliozy w Polsce i Europie.

W Europie od początku lat 90 znacznie wzrosła liczba rejestrowanych przypadków boreliozy z Lyme, a zachorowania odnotowuje się na coraz większym obszarze kontynentu. Rocznie w Europie rejestruje się około 85 tysięcy zachorowań na boreliozę i 3 tysiące zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu. Stosowanie różnych testów diagnostycznych i to, że nie we wszystkich krajach borelioza jest oficjalnie rejestrowana, sprawia, iż dostępne dane epidemiologiczne z poszczególnych krajów są trudne do porównania. Zachorowania na borelioze z Lyme na terenie Europy pokrywają się z zasięgiem występowania kleszczy *Ixodes ricinus* i obejmują prawie cały kontynent. Najwięcej zakażeń *B.burgdorferi* stwierdza się w Europie Środkowej i Północnej(zapadalność na boreliozę w Austrii wynosi 300 przypadków na 100 000 mieszkańców, w Słowenii – 155, w południowej Szwecji – 80, w Bułgarii -55, w Holandii – 35. [2]

Borelioza od roku 1996 podlega w Polsce obowiązkowi zgłaszania i rejestracji. W pierwszym roku zarejestrowano 751 przypadków tej choroby i od tego momentu liczba rejestrowanych zachorowań systematycznie wzrasta. W roku 2001 zanotowano ponad dwa tysiące przypadków tej choroby, w roku 2005 ponad 4 tysiące, a w roku 2009 już ponad 10 tysięcy, w roku 2015 było to już ponad 13000 a w roku 2016 ponad 21 tysięcy. Tak więc liczba zachorowań stale wzrasta.

Analizując poniższy wykres należy pamiętać, że liczba rejestrowanych przypadków boreliozy może być zaniżona, co może wynikać z problemów rozpoznania tej zoonozy.

Ponadto ze względu na specyficzne i rozciągnięte w czasie objawy wiele przypadków może być zgłaszanych ze znacznym opóźnieniem.



Ryc.1 zachorowania na boreliozę zgłoszone w latach 1996-2016. Źródło: http://www.borelioza.org/#Statystyki

Sytuacja epidemiologiczna w województwie śląskim

Analizując sytuacje epidemiologiczną w województwie śląskim należy stwierdzić, iż od roku 2007 stwierdza się stosunkowo wysoką liczbę przypadków zachorowań.

*Tabela: Liczba zachorowań na boreliozę w latach 2005- 2017**

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Liczba zachorowań	1151	1491	1766	1520	1719	1637	2278	2624	2102	3264	919

*Dane za rok 2017 do 15 czerwca 2017 (źródło: *Sytuacja epidemiologiczna boreliozy oraz kleszczowego zapalenia mózgu w województwie śląskim i w Polsce w latach 2007-2017* – opracowanie pod red. Cieślik-Tarkota R.)

W całej Polsce w roku 2016 zarejestrowano 21200 takich zachorowań. Wobec czego należy stwierdzić że blisko 14% z nich wystąpiło właśnie na terenie województwa śląskiego.

W 2016 roku odnotowano w województwie śląskim 3 264 przypadki zachorowań na boreliozę (o 1162 więcej niż w roku poprzednim). Zapadalność wynosiła 71,51 i była wyższa od ogólnokrajowej o 16,29 %. Na skutek zachorowania leczenia szpitalnego wymagało 356 osób, czyli 11 % ogółu chorych.[7]

Najwięcej zachorowań zarejestrowano na terenie nadzorowanym przez PPIS w Katowicach – 512 zachorowań, w Wodzisławiu Śląskim – 433 zachorowania i w Gliwicach 364 zachorowania.

Na rejestrowaną liczbę zachorowań wpływa nie tylko faktyczne narażenie na ukąszenie kleszcza, ale również duża świadomość lekarzy, którzy prowadzą diagnostykę u pacjentów, zgłaszających się z objawami mogącymi sugerować boreliozę.[7]

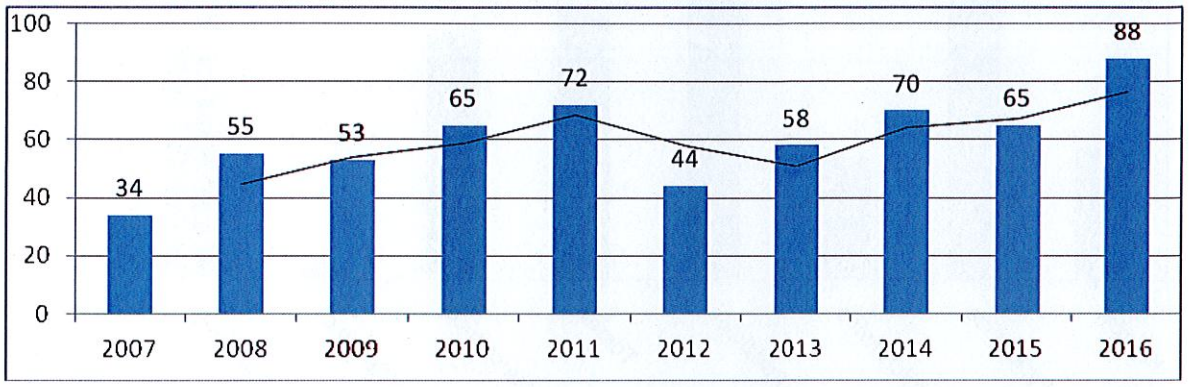
Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny województwo śląskie, na terenie którego położony jest powiat gliwicki, w 2016 roku, znajdowało się na 5 miejscu pod względem zapadalności na boreliozę w Polsce (71,5/100 tys. mieszkańców).

Odnosząc się do **„Map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych dla województwa śląskiego"**, należy zauważyć, że w 2014 r. odnotowano 1 430 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako borelioza. Liczba hospitalizacji wynosiła 31,23 na 100 tys. mieszkańców i była to 5 najwyższa wartość wśród województw.
Z kolei chorobowość ambulatoryjna – wyrażona liczbą pacjentów, którym udzielono choć jednej porady w ambulatoryjnej poradni specjalistycznej wg miejsca zamieszkania z powodu analizowanej w ww. dokumencie grupy rozpoznań w ciągu roku w przeliczeniu na 100 tys. ludności w województwie śląskim wynosił 2,9 tys. pacjentów na 100 tys. mieszkańców. Był to 3. najwyższy wynik w kraju.
W tym samy dokumencie podano, że w 2014 roku w województwie śląskim współczynnik zgłaszalności w POZ wyniósł 73,0 tys./100tys. ludności. Był, to 4 najwyższy wynik w kraju.

Na wzrost liczby zachorowań na boreliozę, a tym samym większe narażenie na kontakt z zakażonymi kleszczami mają wpływ trzy główne czynniki:
- spędzanie przez ludzi większej ilości czasu na obszarach leśnych, łąkach, terenach rekreacyjnych (podczas pracy, rekreacji, spacerów, wycieczek);
- wyższe temperatury w zimie oraz na wiosnę sprzyjające większej przeżywalności gryzoni (głównych żywicieli kleszczy) oraz powodujące wzrost biologicznej aktywności larw, nimf, co skutkuje wzrostem odsetka zarażonych kleszczy;
- coraz bardziej dostępna diagnostyka laboratoryjna, dzięki której rośnie wykrywalność zachorowań na boreliozę.

Sytuacja epidemiologiczna w powiecie gliwickim.

Powiat gliwicki zajmuje 9 miejsce pod względem lesistości na tle wszystkich 36 powiatów województwa śląskiego. W związku z czym istnieje duże prawdopodobieństwo ukąszenia przez kleszcze. Sytuację epidemiologiczną w Powiecie ilustruje poniższy rys.



Rys.3 liczba zachorowań na boreliozę w latach 2007 – 2016 na terenie Powiatu Gliwickiego (źródło: *Ocena Stanu – Sanitarno - Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego w roku 2007 – 2016).*

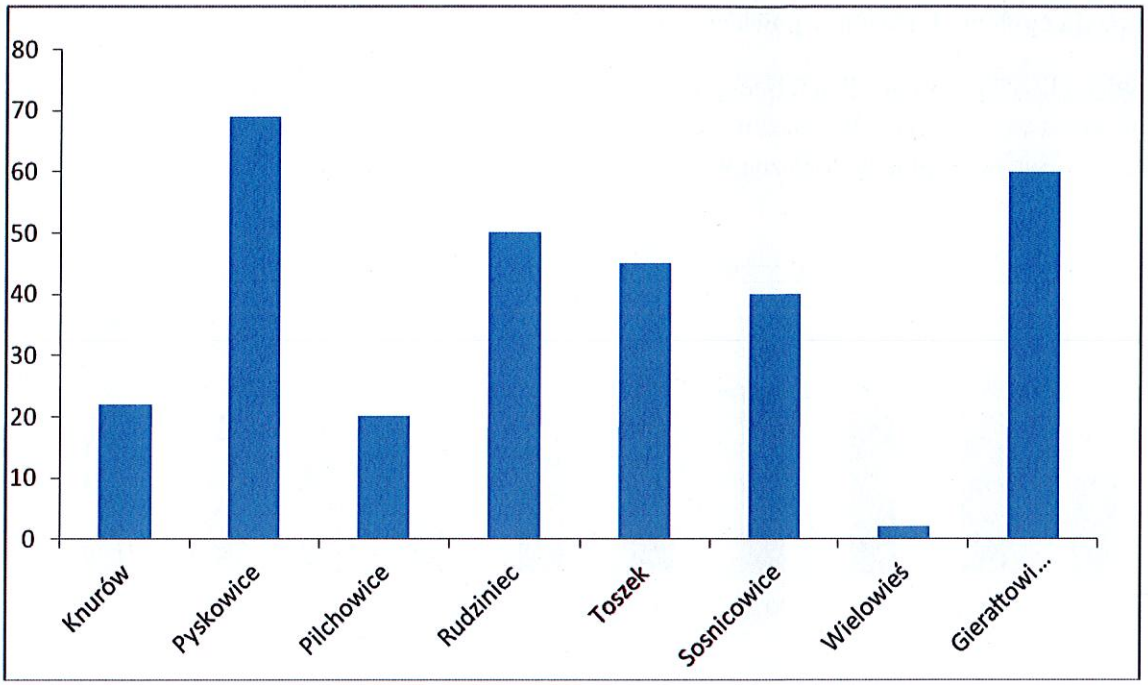
Od 2012 roku obserwujemy wzrost zachorowań w populacji mieszkańców powiatu gliwickiego. Stąd uzasadniona inicjatywa przeprowadzenia badań na pewnej wybranej grupie mieszkańców.

Według danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach, w roku 2016 w powiecie gliwickim wskaźnik zapadalności na boreliozę wyniósł 78,35 na 100 tys. osób.
Zachorowalność na boreliozę wg wskaźnika zapadalności na 100 tys. mieszkańców w latach 2007 2016 na terenie działalności Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach przedstawia poniższa tabela.

rok	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**
Powiat gliwicki	29,75	47,59	46,79	57,29	63,29	38,25	51,06	62,17	57,67	78,35
Ogółem..... PPIS Gliwice	37,69	54,29	57,59	67,35	75,35	56,38	63,63	56,62	60,7	81,54

Zgodnie z Oceną Stanu Sanitarno – Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego za rok 2015, zarejestrowano 65 zachorowań na boreliozę. W oddziałach chorób zakaźnych hospitalizowano 12 osób. Wszystkie osoby chore poddane były antybiotykoterapii. Zachorowania wystąpiły głównie u osób dorosłych, jednakże zanotowano 4 zachorowania u dzieci poniżej 15 roku życia. największa zapadalność zarejestrowano w gminie Pilchowice.[8-9]

Rok 2016 według informacji PPIS w Gliwicach przedstawiał się następująco: zarejestrowano 88 zachorowań na boreliozę z tego 5 osób hospitalizowano. Wszystkie osoby chore przeszły antybiotykoterapię. Podobnie jak rok wcześniej głównie zachorowały osoby dorosłe i starsze, jednakże zanotowano 6 zachorowania u dzieci poniżej 15 roku życia.
Największą zapadalność zarejestrowano w dwóch gminach: Pyskowice i Gierałtowice.[8-9]



Rys. 4. Zapadalność zachorowań na boreliozę w poszczególnych gminach powiatu gliwickiego w 2016 w przeliczeniu na 50 000 mieszkańców. (źródło: PPIS w Gliwicach)

Z Oceny Stanu Sanitarno – Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego za rok 2015 i 2016 wynika, że zapadalność na boreliozę jest porównywalna u kobiet jak i u mężczyzn. w 2015 zachorowało: kobiet (35); mężczyzn (30) w 2016 zachorowało: (42) mężczyzn i (46) kobiet. Z przeprowadzonych wywiadów epidemiologicznych wynika, iż częstym terenem ekspozycji jest nie tylko las ale również ogródki przydomowe, parki miejskie i alejki spacerowe. Zarówno w roku 2015 jak i 2016 najwięcej zachorowań odnotowano w śród osób po 50 roku życia, w śród rencistów i emerytów co jest związane z częstszym przebywaniem na terenach zielonych.[8-9]

2.0 Charakterystyka Powiatu Gliwickiego.

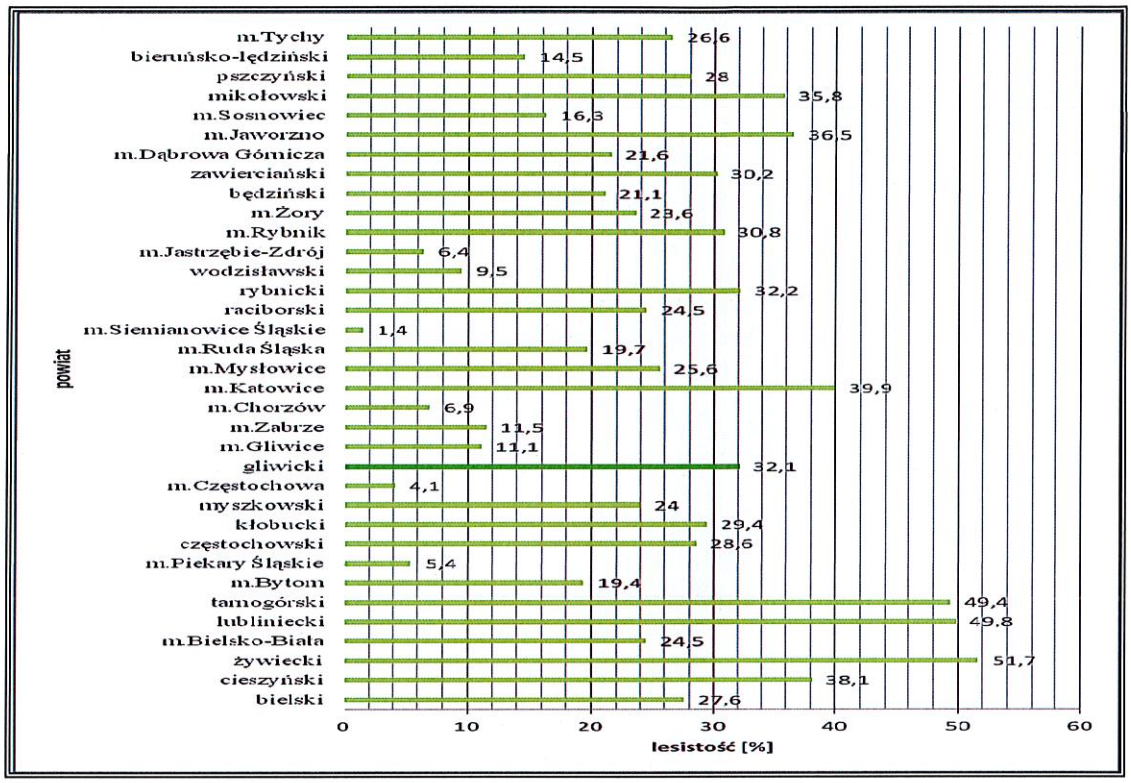
Teren Powiatu gliwickiego obejmuje obszar, który zajmuje 66 437 ha, jest podzielony na osiem gmin:
- dwie o charakterze miejskim (Knurów i Pyskowice);
- dwie miejsko – wiejskie (Śośnicowice i Toszek);
- cztery wiejskie: (Gierałtowice, Pilchowice, Rudziniec i Wielowieś)



Powiat gliwicki ma **115 261** mieszkańców, z czego **51,6%** stanowią kobiety, a **48,4 %** mężczyźni. W latach 2002 -2016 liczba mieszkańców zmalała o 1,4 %. Średni wiek mieszkańców wynosi 41 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski. **63,5 %** mieszkańców powiatu gliwickiego jest w wieku produkcyjnym. Największe pod względem liczby mieszkańców jest gmina Knurów 38 859 mieszkańców a najmniej liczną w mieszkańców jest gmina Wielowieś - 5 903.
Jeżeli chodzi o powierzchnię, to charakterystyka powiatu przedstawia się następująco: największa powierzchnię posiada gmina Sośnicowice a najmniejszą gmina Gierałtowice.
(źródło:http://www.polskawliczbach.pl/powiat_gliwicki#dane-demograficzne#ixzz4sePU10BF)

Ponad 52 % ogólnej powierzchni powiatu zajmują tereny typowo rolnicze – taki charakter ma zwłaszcza środkowa i północna jego część.
Powierzchnia Lasów w Powiecie Gliwickim wynosi 21 301,2 ha, co według GUS (stan na 31.12.2012 r.) stanowi lesistość 32,1%, przy lesistości kraju 29,3 % oraz lesistości województwa śląskiego 31,8 %.

Z danych pochodzących z Wydziału Ochrony Środowiska Starostwa Powiatowego w Gliwicach wynika, że powierzchnia lasów na terenie powiatu wynosi 22 556, 6219 ha, natomiast powierzchnia gruntów leśnych oraz zadrzewionych i zakrzewionych – 22 951, 1393 (stan na dzień 31.12.2013 r.). Powiat zajmuje 9 miejsce pod względem lesistości na tle wszystkich 36 powiatów województwa śląskiego, co zaprezentowano na poniższym rys. 3.



Rys. 3. Lesistość powiatów województwa śląskiego
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS (stan na 31.12.2012 r).

Obszary leśne występują głównie w północnej i zachodniej części powiatu, czyli na terenie gmin Wielowieś, Toszek, Rudziniec, Pilchowice i Sośnicowice. Przeważają tam głównie bory sosnowe i lasy liściaste. Natomiast na pozostałym obszarze w części południowej i wschodniej, z uwagi na silną urbanizację, uwarunkowania fizjograficzne, wskaźnik lesistości jest dużo niższy (gminy Pyskowice oraz Gierałtowice). Gmina Knurów z kolei cechuje się dość wysokim wskaźnikiem lesistości, wynika to z obecności na terenie gminy Parku Krajobrazowego Cysterskie Kompozycje Rud Wielkich.

Ponad połowę tj. 52 % powierzchni powiatu zajmują tereny typowo rolnicze, z kolei 32% powierzchni stanowią lasy. Gdy do tego dodamy jeszcze łąki i pastwiska (tj. ponad 6.5 tys. ha co stanowi 10 % powierzchni), to źródło choroby staje się coraz większe.

Na terenie powiatu gliwickiego znajdują 22 ogrody działkowe (najwięcej w Knurowie i Pyskowicach). Liczba użytkowników, to 2 993 osób.

2.1. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu.

Według Rocznika Statystycznego Województwa Śląskiego, stan ludności w powiecie gliwickim na dzień 31.12.2016 rok wynosi 115 360 osób, z czego kobiety 59 473, a mężczyźni 55 887.

Zgodnie z naszymi założeniami grupę docelową programu są aktywni zawodowo mieszkańcy powiatu (ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50 roku życia).

Dla potrzeb niniejszego programu osoby aktywne zawodowo definiujemy jako ludność w wieku 15 lat i więcej uznane za pracujące lub bezrobotne (wg. def. GUS). Dolna granica wieku została arbitralnie ograniczona do 18 lat, górna zaś do 64 lat dla mężczyzn i 59 lat dla kobiet (co odpowiada definicji wieku produkcyjnego GUS).

Według danych GUS w roku 2016 w powiecie gliwickim było aktywnych zawodowo 75 754. osób. Z tego w wieku produkcyjnym było 72 582.

2.2. Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

W Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku, w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej świadczeniami gwarantowanymi w zakresie boreliozy są następujące badania laboratoryjne:
Oznaczenie przeciwciał anty-Borrelia burgdorferi IgG, przeciwciał IgG – test potwierdzający, przeciwciał anty-Borrelia burgdorferi IgM, przeciwciał IgM – test potwierdzajacy, przeciwciał anty-Borrelia burgdorferi IgG/IgM, przeciwciał IgG/IgM – test potwierdzajacy, Borrelia afzelli przeciwciała IgG, Borrelia afzelli przeciwciała IgM, Borrelia przeciwciała całkowite.[11]

Obecnie dostępność do świadczeń diagnostycznych wiąże się z długim oczekiwaniem, gdyż stosowne badania serologiczne w kierunku boreliozy nie są wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej a brak specjalistycznej poradni chorób zakaźnych na terenie powiatu gliwickiego jest dodatkowym utrudnieniem dla naszych mieszkańców w uzyskaniu dostępu do badań finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
Powiat gliwicki dotychczas w swoich zadaniach z zakresu promocji zdrowia nie podejmował tematyki boreliozy. Według informacji posiadanych przez nas, takich działań nie podejmowały także samorządy gmin naszego powiatu.
Profilaktyka czynna (szczepienna) jest niedostępna.
Właściwe postępowanie więc polega głównie na zapobieganiu boreliozie z Lyme poprzez edukację społeczeństwa w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, która obejmuje:
- stosowanie odpowiedniej odzieży ochronnej podczas przebywania w lesie lub na jego obrzeżach przez osoby pracujące lub odpoczywające w kompleksach zielonych (np. rolnik, leśnik, zbieracze runa leśnego itp.).
- odpowiednie postępowanie po powrocie z lasu, innych terenów zielonych ;
- odpowiednie usuwanie kleszczy przyczepionych do ciała;
- stosowanie substancji odstraszających kleszcze;
- edukację zdrowotną, polegającą na przekazywaniu podstawowej wiedzy, na temat kleszczy i przenoszonych przez nie chorób;

- działanie medyczne, polegające na objęciu szczególną opieką zdrowotną pracowników leśnych, rolników.[2-3]

2.3. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wśród najczęstszych chorób odkleszczowych w Polsce wymienia się przede wszystkim boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu. Rzadziej występują takie choroby jak babeszjoza, tularemia, rikestrioza. Jednak częstotliwość zachorowań na boreliozę stale się zmienia. Wynika to z wielu czynników, jak m.in. zmian klimatycznych wpływających na zasięg bytowania wektorów licznych patogenów (tj. kleszczy twardych, kleszczy miękkich), zmiany stylu życia związanej z aktywnymi formami wypoczynku, rozwojem turystyki, czy zmienności i dużej plastyczności genomów patogenów. Choroby odkleszczowe mają charakter sezonowy i związane są ze wzrostem temperatury i aktywności kleszczy (przypada na okres od połowy kwietnia do listopada) – [12]

Według Centralnego Rejestru Chorób zawodowych, prowadzonego w Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi, borelioza jest w Polsce najczęstszą chorobą zawodową występującą w sekcji rolnictwa, leśnictwa, i łowiectwa oraz najczęstszą chorobą zakaźną. W 2009 roku zarejestrowano 664 przypadki boreliozy jako choroby zawodowej, co stanowiło ponad 20% wszystkich chorób zawodowych, podczas gdy w 1997 r., odsetek ten był znacznie niższy i wynosił 0,8% .[13]

Ryzyko zachorowania przez rolnika, na boreliozę jest równe ryzyku, jakiemu poddany jest pracownik leśnictwa. Oceniając dokładnie ryzyko występowania boreliozy wśród rolników, należy brać pod uwagę specyfikę pracy tej grupy zawodowej. Wobec tego borelioza jest orzekana jako choroba zawodowa nie tylko wśród rolników, lecz także w innych grupach zawodowych. [2]
Zagrożenie ugryzieniem kleszcza dotyczy całego powiatu gliwickiego a wysokie ryzyko zachorowania, na boreliozę dotyczy nie tylko leśnika czy rolnika, bowiem kleszcze występują nie tylko w lasach ale na łąkach, nad rzekami i jeziorami, w ogródkach przydomowych, w zaroślach, a nawet na trawnikach w miastach, miasteczkach i wsiach.

Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny województwo śląskie, na terenie którego położony jest powiat gliwicki, w 2016 roku, znajdowało się na 5 miejscu pod względem zapadalności na boreliozę w Polsce (71,5/100 tys. mieszkańców). Z kolei według danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach, w powiecie gliwickim wskaźnik zapadalności na boreliozę wyniósł 78,35 na 100 tys. osób.
Coraz więcej ujawnionych przypadków zachorowań na boreliozę i inne choroby odkleszczowe przyczyniają się do rosnącego zainteresowania badaniami.
Mieszkańcy poprzez swoich przedstawicieli w Radzie Powiatu, zgłosili potrzebę opracowania i wdrożenia niniejszego programu, który zwiększy dostępność mieszkańców naszego powiatu do badań w kierunku boreliozy.

3. Cele programu

3.1. Cel główny

Zmniejszenie zapadalności na choroby odkleszczowe – Borelioza z Lyme wśród populacji mieszkańców powiatu gliwickiego w czasie realizacji projektu.

3.2. Cele szczegółowe:

- Zwiększenie świadomości społeczności lokalnej w kwestii zagrożeń związanych z boreliozą.
- Zmniejszenie liczby powikłań zakażeń boreliozy poprzez wczesne rozpoznanie choroby dzięki diagnostyce serologicznej.
- Poprawa poziomu wiedzy mieszkańców powiatu gliwickiego nt. wczesnego wykrywania i diagnozowania chorób odkleszczowych - boreliozy z Lyme.

3.3. Oczekiwane efekty

- Liczba osób uczestników, którzy wezmą udział w programie.
- Zwiększenie wykrywalności boreliozy wśród mieszkańców powiatu gliwickiego.
- Zwiększenie świadomości mieszkańców powiatu na temat chorób odkleszczowych – borelioza z Lyme
- Określenie czynników zwiększających ryzyko zachorowania na boreliozę.
- Uzyskanie wysokiej frekwencji osób kwalifikujących się do programu.
- Zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę poprzez prowadzenie działań zwiększających zarówno świadomość jak i wiedzę nt. możliwości zagrożeń (ekspozycja na kleszcze)

3.4. Mierniki efektywności

- Liczba nowych rozpoznań boreliozy.
- Liczba powikłań boreliozy.
- Analiza wyników ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu wiedzy uczestników części edukacyjnej pod kątem wiedzy, świadomości i oczekiwań z zakresu realizowanego programu
- Liczba dodatnich wyników przeprowadzona testem ELISA
- Liczba dodatnich wyników przeprowadzona testem Westrn blot

Sprawozdanie zawierające wartości osiągnięte w powyższych miernikach będzie składane corocznie przez beneficjenta do Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej. Szczegółowe warunki do przekazania powyższych informacji zostaną szczegółowo o kreślone w stosownej umowie zawartej z realizatorem projektu.

4. Adresaci programu

4.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe.

Działaniami edukacyjnymi zostanie objętych grupa aktywnych zawodowo osób w wieku produkcyjnym (18-64 lata dla mężczyzn oraz 18-59 lat dla kobiet). Zgodnie z danymi przedstawionymi w punkcie 2.1. „Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu" w 2016 roku liczyła 72,6 tys. osób.

Doświadczenia i informacje z innych podobnych programów realizowanych przez inne podmioty wskazują, iż zainteresowanie działaniami edukacyjnymi może wykazać około 55 % osób ze wskazanej populacji docelowej. W związku z powyższym zakładamy, że będzie to grupa około 40 tys. osób aktywnych zawodowo w wieku produkcyjnym, z terenu powiatu gliwickiego.

Screening oraz badania diagnostyczne będą skierowane do populacji mieszkańców powiatu gliwickiego w wieku 50 – 64 lat wśród mężczyzn oraz 50-59 lat wśród kobiet. Na podstawie danych GUS za rok 2016 wielkość tej grupy można oszacować na 20,4 tys. osób. Będzie to nasza grupa docelowa.

Wywiadem oraz badaniem diagnostycznym chcielibyśmy objąć jak największą liczbę osób. Jednak skromne środki finansowe jakimi dysponuje nasz samorząd wyznaczają nam pewne granice. Tak więc badania diagnostyczne obejmą grupę około 180 osób z populacji docelowej wskazanej do objęcia tym typem interwencji.

4.2 Tryb zapraszania do programu.

Założeniem programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. Po wyborze Realizatora programu przeprowadzona zostanie szeroka kampania informacyjna skierowana do mieszkańców zachęcająca aktywnie do udziału w programie. Osoby aktywne zawodowo zostaną poinformowane o programie polityki zdrowotnej poprzez zakłady pracy, urzędy pracy itp.
Sugeruje się zastosować następujące metody:

- przesłanie informacji drogą mailową (do poradni lekarza rodzinnego, powiatowych urzędów pracy, placówek medycyny pracy;
- umieszczenie informacji o programie na stronach internetowych beneficjentów;
- zamieszczenie komunikatów na stronie www.powiat.gliwicki.pl jak również na łamach Wiadomości Powiatu Gliwickiego (miesięcznik).
- przesłanie informacji o programie oraz materiałów promocyjnych do organizacji/instytucji: bezpośrednio do zakładów pracy, powiatowego urzędu pracy, ośrodków pomocy społecznej (OPS), powiatowego centrum pomocy rodzinie (PCPR), organizacji pozarządowych (np. Uniwersytet Trzeciego Wieku), organizacji zrzeszających działkowiczów.
- przesłanie informacji o programie do parafii celem poinformowania mieszkańców o programie w ramach ogłoszeń duszpasterskich;
- planujemy przekazanie informacji o programie w ramach wydarzeń sportowych, rekreacyjnych czy kulturalnych realizowanych przez nasz samorząd.

Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie będzie zależał od tego, jakie narzędzie zaproponuje beneficjent w swoim projekcie.

5. Organizacja programu

Projekty złożone przez beneficjentów będą realizowane zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu w zakresie realizacji zadania, które zostaną określone przez Zarząd Powiatu Gliwickiego.

5.1. Części składowe programu i etapy działania organizacyjne

Etap pierwszy: akcja informacyjno – edukacyjna prowadzona sposobem / metodą opisaną w pk.4.2 i w pkt. 5.1.1 *(planowane interwencje).* Mieszkańcy powiatu (potencjalni uczestnicy programu) zostaną poinformowani o zagrożeniach i niebezpieczeństwie dla zdrowia jakie niesie ze sobą zachorowanie na choroby odkleszczowe (boreliozę). Dodatkowym narzędziem będzie opracowanie przez Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej broszury/ ulotki zawierających podstawowe informacje z tematyki objętej projektem o charakterze praktycznym tj. (rys postępowania w przypadku ugryzienia przez kleszcza jak również informacje dot. szeroko pojętej profilaktyki).
W ulotce zostanie zamieszczona informacja o miejscach uzyskania ewentualnej pomocy medycznej w tym informacje teleadresowe nt. realizatora niniejszego projektu. Ponadto w gazecie powiatowej „Wiadomości Powiatu Gliwickiego" zamieścimy cykl artykułów (trzy artykuły w trzech kolejnych wydaniach w rok 2018) na temat profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze.

Etap drugi: Rekrutacja osób do programu. Po uzyskaniu zgody AOTM iT do programu będą zapraszane osoby z grupy docelowej tj. aktywni zawodowo mieszkańcy powiatu ze szczególnym uwzględnieniem osób po 50 roku życia w tym renciści i emeryci. Planujemy zacieśnienie współpracy w zakresie realizacji etapu pierwszego i drugiego poprzez:
- nawiązanie współpracy z kościołem (parafie działające na terenie powiatu),
- Uniwersytetem Trzeciego Wieku, z Ośrodkiem Doradztwa Rolniczego, Lasami Państwowymi, pracownikami zieleni miejskiej oraz z posiadaczami ogródków działkowych zrzeszonych w ramach stowarzyszeń (RODz).

Podstawowym kryterium formalnym dla uczestników programu będzie wyrażenie zgody uczestnika na udział w projekcie oraz uczestnik projektu będzie musiał potwierdzić fakt zamieszkiwania na terenie powiatu gliwickiego (na podstawie dokumentu tożsamości).

Trzeci etap: kwalifikacja uczestników do badania odbędzie się za pośrednictwem ankiety oceny ekspozycji na kleszcze, stanowiącej załącznik do programu wraz z wyrażeniem zgody na udział w programie i przeprowadzenie badania diagnostycznego. Wśród osób, które na podstawie ankiety zostaną uznane za grupę szczególnego ryzyka, zostanie pobrana próbka krwi, do badania testami laboratoryjnymi.
Pierwsza z nich będzie wykorzystana do wykonania testu ELSA. W przypadku pozytywnego wyniku tego badania druga próbka posłuży do wykonania testu Western blot. Przyjmując taki schemat postępowania zakładamy, że będzie do bardzo wygodne dla uczestników programu. Ponadto unikniemy konieczności powtórnego stawienia się osób z pozytywnym testem ELISA.
Osoby, które w wyniku przeprowadzonej diagnostyki uzyskają pozytywny wynik testu ELISA oraz Western blot zostaną poinformowane o tym fakcie, a także o możliwościach uzyskania dalszej pomocy medycznej, oraz zostaną skierowane do podmiotu działającego w ramach NFZ.
Sporządzenie statystycznej analizy wyników badań, w celu określenia kierunków kolejnych działań będzie ostatnim etapem naszego programu.

5.1.1. Planowane interwencje

Program będzie realizowany przez podmiot wybrany w konkursie zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu w zakresie realizacji zadania, które zostaną określone przez Zarząd Powiatu Gliwickiego. W ramach programu każda osoba z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do niego będzie mogła skorzystać z cyklu działań edukacyjnyh skierowanych do grupy docelowej.

Pamiętając, że oświata zdrowotna jest najtańszą i często najskuteczniejszą formą profilaktyki, a wiedza o zagrożeniach, jakie niosą ze sobą patogeny przenoszone przez kleszcze, oraz sposoby unikania kontaktu z kleszczami niewątpliwie znacznie zmniejszą możliwość zakażenia. Nasze działania będą skierowane na podniesienie poziomu wiedzy grupy docelowej, zwiększenie wykrywalności i zgłaszalności na badania profilaktyczne w zakresie problemów zdrowotnych należących do tematyki niniejszego programu. Uczestnikom zostaną w sposób dostosowany do wieku i wykształcenia przedstawione informacje nt. objawów, powikłań oraz profilaktyki boreliozy i chorób odkleszczowych. Szczególna uwaga zostanie zwrócona na umiejętności praktyczne, takie jak unikanie ryzykownych zachowań sprzyjających kontaktom z kleszczami, używanie preparatów odstraszających, właściwa technika usuwania kleszcza oraz postępowanie w przypadku zaobserwowania podejrzanych zmian skórnych po ukąszeniu.
Ponadto w ramach działań edukacyjnych uczestnikom projektu zostanie przekazana wiedza dotycząca tzw. nieswoistych metod profilaktyki zakażeń. Zgodnie z rekomendacjami edukacja zdrowotna w zakresie chorób odkleszczowych – borelioza z Lyme powinna obejmować stosowanie odpowiedniego ubioru (jasne kolory, długie rękawy i nogawki), stosowanie repelentów oraz impregnowanie ubrań permetryną. W ramach prowadzenia działań profilaktyczno – edukacyjnych adresaci programu zostaną poinformowani o dostępnych w rejonie placówkach udzielających danych świadczeń.

Kolejnym etapem, będzie przeprowadzenie ankiety wśród osób zgłaszających się do POZ na badania diagnostyczne lub laboratoryjne, które będzie dotyczyła dość szeroko pojętej ekspozycji na kleszcze (np. miejsca ekspozycji, obecności rumienia wędrującego oraz innych niepokojących zmian skórnych oraz innych dolegliwości, które mogą świadczyć o chorobie).
Z grupy, która zostanie zakwalifikowana do grupy ryzyka zostanie pobrana próbka krwi. W ramach interwencji proponujemy dwuetapowy protokół diagnostyczny polegający na wykrywaniu swoistych przeciwciał testem ELISA oraz potwierdzeniu badania metodą Western blot, jest rekomendowany jako diagnostyka serologiczna w kierunku boreliozy.

W celu dotarcia do lokalnej społeczności i wzmocnienia przekazu, Beneficjenci oraz pracownicy Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej prowadzić będą działania edukacyjne, spotkania wspierające lub działania propagujące wiedzę nt. wykrywania i diagnostyki chorób odkleszczowych - boreliozy z Lyme. Będą one być realizowane na bazie takich przedsięwzięć jak wydarzenia sportowo-rekreacyjne, spotkania kulturalne, warsztaty, pogadanki edukacyjne itp. Informacje na temat korzyści wynikających z wczesnego wykrywania i diagnostyki chorób odkleszczowych – boreliozy z Lyme zostaną rozpropagowane w lokalnych instytucjach (przychodnie, domy kultury, miejsca spotkań towarzyskich, ośrodkach pomocy społecznej, w ośrodkach doradztwa rolniczego, na terenie działania Lasów Państwowych itd.).
Wszystkie osoby z grupy docelowej zainteresowane tematyką programu zostaną objęte działaniami informacyjno-edukacyjnymi w zakresie uświadamiania zagrożeń wynikających z wykrywania i diagnostyki chorób odkleszczowych i ich powikłań oraz zapoznane z zasadami poradzenia sobie z problemem (np. poprzez udostępnienie materiałów informacyjnych – ulotek itp.)

5.1.2. Zasady i sposób kwalifikacji uczestników

Jak wcześniej wspomniano do programu zostaną zaproszone osoby z grupy docelowej tj. osoby aktywne zawodowo, mieszkańcy powiatu gliwickiego ze szczególnym uwzględnieniem osób powyżej 50 roku życia, które oczywiście wyrażą wolę uczestnictwa w programie. Podstawowym formalnym kryterium włączenia do programu będzie podpisanie przez uczestnika zgody na udział w programie. Podpisana zgoda będzie włączona do dokumentacji medycznej uczestnika programu.
O włączeniu do programu zdecyduje kolejność zgłoszeń a uczestnicy będą przyjmowani do momentu osiągnięcia limitu osób. Niniejszy program nie będzie obejmował osób, które są już objęte opieką w zakresie diagnostyki i leczenia boreliozy w ramach NFZ.

5.1.3. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Program będzie realizowany przez podmiot wyłoniony w konkursie. Beneficjent powinien dysponować kadrą, pomieszczeniami niezbędnym do realizacji powierzonego zadania. Zakładamy, że podmiot ten będzie tak zlokalizowany aby zapewnić równy dostęp wszystkim mieszkańcom powiatu. Przedstawiony program pozwala na wstępną weryfikację stanu zdrowia w krótszym czasie, w uproszczonej procedurze, w związku z czym istnieje duże prawdopodobieństwo, że osoby chętniej podadzą się ocenie lekarza specjalisty.
Organizacja programu będzie przebiegała w ramach działań:
- edukacyjnych , które będą prowadzone okresowo (po zebraniu odpowiedniej liczbowo grupy odbiorców). Zakładamy, że edukacja powinna odbyć się przynajmniej raz w roku, na terenie każdej gminy powiatu gliwickiego;
- diagnostycznych, które będą połączone z wypełnianiem ankiety.

Zakładamy dywersyfikacje godzin prowadzonych działań zarówno tych edukacyjnych jak i diagnostycznych, która powinna przyczynić się do zwiększenia dostępności do oferowanych świadczeń w ramach programu. Planuje szerokie rozpowszechnienie akcji informacyjnej z wykorzystaniem wcześniej wspomnianych mediów.

5.2. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Niniejszy program jest uzupełnieniem świadczeń gwarantowanych dostępnych aktualnie na terenie Polski. Na podstawie art. 15 ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz aktach wykonawczych do ww. ustawy, świadczeniobiorcy zapewnia się badanie diagnostyczne, w tym diagnostykę laboratoryjną. Pamiętać jednak należy, że świadczenia te są finansowane przez NFZ ale w ramach porad specjalistycznych.
Aby skorzystać z badań, należy udać się do lekarza pierwszego kontaktu, który uprzednio zbierając wywiad i badając pacjenta, wystawi skierowanie na konkretne badanie lub skieruje do poradni chorób zakaźnych. Niniejszy program pozwala na wstępną weryfikacje stanu zdrowia w krótszym czasie, w uproszczonej procedurze, w związku z czym istnieje szansa, że osoby chętniej poddadzą się ocenie specjalistycznej.
Szacuje się, że pozwoli to na wcześniejsze wykrycie i stworzy możliwość skuteczniejszego objęcia opieką specjalistyczną osób zagrożonych wystąpieniem boreliozy.

5.3. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość otrzymania kontynuacji świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania.

Kompletny udział w programie polega na uczestnictwie w cyklu działań edukacyjnych oraz diagnostyce z zakresu boreliozy z Lyme. Na każdym etapie programu możliwe jest jego przerwanie, które może nastąpić na prośbę uczestnika. Warunkiem koniecznym jest potwierdzenie tego faktu, na piśmie, które zostanie dołączone do dokumentacji medycznej uczestnika programu.
Osoby, które w wyniku przeprowadzonej diagnostyki uzyskają pozytywny wynik testu ELISA oraz Western blot zostaną poinformowane o tym fakcie, a także o możliwościach uzyskania dalszej pomocy medycznej, oraz zostaną skierowane do podmiotu działającego w ramach NFZ.
Każdy uczestnik programu otrzyma po jego zakończeniu materiały edukacyjne dotyczące boreliozy w formie ulotki.

5.4. Bezpieczeństwo planowanych interwencji oraz kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu.

Jak wyżej wspomniano interwencje zaplanowane w ramach projektu będą realizowane przez podmiot, który w drodze konkursu zostanie wyłoniony do realizacji zadania. Realizatorem programu będzie podmiot prowadzący działalność leczniczą oraz funkcjonujący na terenie powiatu gliwickiego.
Ponadto Realizator programu oprócz uprawnień do realizacji programu musi mieć wiedzę i doświadczenie w tym zakresie, powinien dysponować również odpowiednim zapleczem (potencjałem) technicznym oraz zasobem ludzkim.
Program zostanie przeprowadzony z zachowaniem wszelkich wymagań wynikających z obowiązujących przepisów oraz innych norm ustalonych dla procedur medycznych.

Beneficjent będzie odpowiedzialny za zachowanie bezpieczeństwa planowanych działań pod względem zgodności działania ze sztuką medyczną, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta , w szczególności do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej
Pomieszczenia w których odbywać się będzie pobieranie krwi, będą się znajdowały: umywalka z baterią z ciepłą i zimna wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku.
Utylizacja zużytego sprzętu medycznego oraz materiałów odbędzie się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie normami oraz przepisami prawa.

Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Beneficjent musi spełniać określone warunki, m.in.:
- mieć wiedzę i doświadczenie w tym zakresie,
- dysponować odpowiednim potęcjałem zarówno technicznym jak i zasobem kadrowym,
- mieć uprawnienie do realizacji zadania.

Beneficjent będzie dysponowała odpowiednią (wymaganą) kadrą oraz sprzętem do wykonania diagnostyki. Wykwalifikowany personel medyczny przeprowadzi pobranie krwi tj osoby z tytułem lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej lub higienistki szkolne. [14]
Realizacja programu odbędzie się przy użyciu wyrobów medycznych zarejestrowanych i dopuszczonych do obrotu na terenie Polski, które posiadają odpowiednie rekomendacje w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe np. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne. [16]

Wszelkie zbiory w postaci dokumentacji medycznej oraz danych osobowych powstałe w wyniku realizacji zadania będą przechowywane w siedzibie realizatora programu, zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 roku w spr. rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2014 r., poz. 177) oraz zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku., o ochronnie danych osobowych (Dz.U. 1997 r., nr 133, poz. 883)

5.5. Dowody skuteczności planowanych działań

Według zaleceń Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych rozpoznanie każdej postaci klinicznych boreliozy z Lyme wymaga dwuetapowego protokołu diagnostycznego.
W pierwszym etapie należy wykazać obecność swoistych przeciwciał IgM lub IgG (w zależności od postaci klinicznej) metodą immunoenzymatyczną. W drugim etapie u chorych z wynikami dodatnimi lub też wątpliwymi należy wykonać oznaczenia techniką Western blot.
Eksperci od chorób zakaźnych wskazują również na znaczenie przeprowadzenia dokładnego wywiadu (ankiety) – obejmującej pytania o ekspozycję na kleszcze, obecność rumienia wędrującego oraz innych dolegliwośći i uzyskania informacji w procesie kwalifikacji, co proponujemy w niniejszym programie.

Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego.

Dotychczas do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zgłoszono kilka programów polityki zdrowotnej w zakresie boreliozy przez jednostki samorządu terytorialnego tj. Miasto Jaworzno, Powiat Słupski, Powiat Mikołowski. Wszystkie ww otrzymały pozytywną opinie Agencji i są realizowane.

6.0. Koszty

Całkowite koszty zaplanowane na realizacje programu podzielono przez szacowaną liczbę uczestników. Przedstawione wyliczenia są pewną symulacją, która zostanie zweryfikowana na poziomie oceny wniosku / wniosków o realizację projektu.

6.1. Planowane koszty całkowite

Planowane koszta całkowite w 2018 wynoszą 30 000,00 zł

Struktura wydatków jednostkowych ze względu na rodzaj:

konsultacja lekarska –20 zł;
praca personelu medycznego – 10,00 zł;
koszt przeprowadzenia i weryfikacji ankiet - 5, 00 zł;
koszt analizy laboratoryjnej pr. krwi badanej testem ELISA (IgM / IgG) – 63, 00 zł;
koszt analizy laboratoryjnej pr. krwi badanej testem Western blot (IgM / IgG) – 172, 00 zł;
koszty działań promocyjno – edukacyjnych – 2040,00 zł

Zakładamy, że w roku 2018 screeningiem objętych zostanie 180 osób. Z tego 120 osób będzie miało wykonane badanie testem ELISA – koszt jednostkowy w przybliżeniu 98,00 zł / osobę. Zakładamy, że połowa tj. 50 % osób objętych przedmiotowym działaniem , zostanie objętych pełną diagnostyką z wykonaniem testu Western blot – koszt jednostkowy takiej ścieżki to 270,00 zł.
Działania z zakresu promocji i edukacji wyceniono na 2 040,00 zł. Z kolei działania wynikające z realizacji programu w roku 2019 szacujemy, że będą na podobnym poziomie.

Planowany budżet całkowity (uwzględniono wartości szacunkowe, które będą zależne od ilości osób oraz wyceny poszczególnych świadczeń w ramach programu)

Nazwa elementu (rodzaj kosztów)	Kwota (zł)
Koszt podstawowego badania (I etap)	11 760
Koszt pełnego badania (II etap)	16 200
Koszt działań promocja i edukacja	2 040
razem	30 000

Opracowanie własne

Całkowite koszty związane z realizacją programu będą zależne od kosztów przedstawionych przez beneficjentów, którzy zostaną wyłonieni w procedurze konkursowej. Na koszt całkowity będzie miała wpływ liczba uczestników programu. Powstałe nadwyżki finansowe, które powstaną w trakcie realizacji programu zostaną przeznaczone na ewentualne zwiększenie liczby uczestników programu.

Program finansowany będzie w 100 % z budżetu powiatu.

6.2. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.

Mimo znacznego postępu w walce z chorobami przenoszonymi przez kleszcze, powodują one nadal wiele problemów diagnostycznych i terapeutycznych. Choroby te są często nierozpoznawane bądź z niewiedz, bądź z braku dostępu do specjalistycznych metod diagnostycznych, które są często wielostopniowe, nie pozbawione trudności interpretacyjnych. Z kolei leczenie jest często długotrwałe i bywa nieskuteczne, zwłaszcza przy możliwych koinfekcjach różnymi patogenami przenoszonymi przez kleszcze, które mogą maskować nawzajem objawy chorobowe. Prawidłowa diagnostyka i terapia wiążą się z niemałymi kosztami, a jej zaniechanie może spowodować nieodwracalność procesu chorobowego, zwłaszcza w przypadkach późno rozpoznanych. Dodatkowe koszty wiążą się z długotrwałą rehabilitacją i niezdolnością do pracy. Z przedstawionych powyżej skutków zakażeń patogenami przenoszonymi przez kleszcze oraz badań ankietowych wynika, że profilaktyka tych zakażeń powinna być jednym z naczelnych zadań zarówno pracodawców zatrudniających osoby z grupy ryzyka, specjalistów bhp, lekarzy medycyny pracy oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy specjalistów chorób zakaźnych. [16]

Wybór programu do realizacji spowodowany był dużą zachorowalnością mieszkańców powiatu gliwickiego na boreliozę w ostatnich latach. Program niniejszy nie był realizowany w powiecie gliwickim, a o jego wdrożenie wniosła Komisja Zdrowia Rady Powiatu Gliwickiego (wniosek Komisji Zdrowia Rady Powiatu Gliwickiego z dnia 4 sierpnia 2017 roku).

7. Monitoring i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja działań będzie obowiązkiem beneficjenta programu. Realizator będzie zobowiązany do przekazania sprawozdania miesięcznego oraz rocznego, które będzie zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności z całego okresu trwania projektu.

Monitoring i ewaluacja programu obejmie analizę podstawowych zagadnień tj.:
- zgłaszalność do programu uczestników (stałe kryterium oceny programu);
- jakość świadczeń udzielanych w ramach realizacji projektu;
- analiza efektywności realizacji programu.

Zebrane informacje posłużą do udokumentowania efektów programu, jego doskonalenia i modyfikacji oraz uszczegółowienia działań w kolejnych latach realizacji.
Ponadto oprócz sprawozdania rocznego beneficjent będzie zobowiązany do złożenia sprawozdania końcowego z realizacji projektu, które stanowić będzie podsumowanie analizy mierników efektywności z całego okresu trwania projektu/programu.

7.1. Ocena zgłaszalności do programu

Ocena zgłaszalności do programu będzie kluczowym elementem jego monitoringu. Monitoringowi zostanie poddana liczba zgód na udział w programie oraz zmiana tej liczby, która w trakcie trwania projektu, zostanie porównana z liczebnością populacji docelowej i będzie wskaźnikiem skuteczności działań promocyjnych i informacyjnych. Pozwoli to również na pewne zobrazowanie ewentualnych zmian w świadomości mieszkańców dot. np. właściwych zachowań w zakresie ochrony przed chorobami odkleszczowymi (borelioza z Lyme).

Ocenie zostanie również poddana populacja, która z różnych powodów nie weźmie udziału w programie, co będzie miało przełożenie na ewentualne ograniczenie tego typu zachowań w kolejnym roku trwania projektu.

Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych (miesięcznych i rocznych) tworzonych przez realizatora programu.

7.2 Ocena jakości świadczeń w programie

Wysoką jakość świadczeń realizowanych w programie ma zagwarantować kadra, posiadająca stosowne kwalifikacje (dokumenty) oraz doświadczenie zawodowe, odpowiednie zasoby sprzętowe jak i lokalowe. Ocena jakości udzielonych świadczeń dokonana zostanie na podstawie przeprowadzonej anonimowej ankiety satysfakcji pacjentów / uczestników programu Ponadto w czasie trwania programu na bieżąco będzie prowadzona ocena jakości wykonywanych świadczeń przez Wydział Zdrowia i Pomocy Społecznej. Nad utrzymaniem wysokiej jakości realizowanych działań będzie czuwał tzw. koordynator .

Pomocna w bieżącym monitorowaniu projektu będzie ankieta. (anonimowa), która zostanie udostępniona wszystkim uczestnikom projektu, którzy będą mogli ją wypełnić. Przedmiotowe ankiety zostaną poddane okresowej ocenie – pod katem zadowolenia ze świadczonych usług oraz zgłaszanych uwag.

7.3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona po jego zakończeniu oraz na podstawie analizy pewnych jej elementów, którymi są:

- liczba uczestników programu,
- liczba nowych rozpoznań boreliozy.
- Liczba powikłań boreliozy
- łiczba osób objęta edukacją.\
- wyniki ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu wiedzy uczestników części edukacyjnej.

Obniżenie wskaźnika zachorowalności na boreliozę oraz liczbę ich powikłań może być trudne do wy wykazania w krótkim np. rocznym okresie. Ocena poszczególnych wskaźników zachorowalności zostanie przeprowadzona na podstawie danych pochodzących z z powiatowej stacji sanitarno-epidemiologicznej oraz Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Katowicach. Swoją rolę w efektywności programu odegrają ogólnopolskie dane statystyczne gromadzone przez Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny.

7.4. Ocena trwałości efektów programu

Niniejszy program jest planowany do realizacji w latach 2018 – 2019, jednakże możliwa będzie jego kontynuacja w kolejnych latach, jeżeli możliwości finansowe jednostki samorządu pozwolą na jego dalszą kontynuację a ocena efektywności programu będzie pozytywna.

8. Ocena realizacji programu

Program będzie realizowany w latach 2018-2019 a w kolejnych latach chcielibyśmy zachować jego ciągłość co przyczyni się do zwiększenia odsetka wcześniej wykrytych zakażeń, a co za tym idzie większej skuteczności leczenia.

-

Bibliografia:

1. Cisak E., Chmielewska –Badora J., Zwoliński J., Dutkiewicz J.: *Choroby przenoszone przez kleszcze. Cz.I: występowanie i biologia kleszczy, kleszczowe zapalenie mózgu, borelioza z Lyme.* Medycyna Ogólna 2008.
2. Cisak E., Zwoliński J.*: Borelioza i inne choroby przenoszone przez kleszcze w aspekcie narażenia zawodowego – poradnik dla lekarzy.* Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi - 2010
3. Prokopowicz D.: *Choroby przenoszone przez kleszcze.* Wydawnictwo Fundacji Buchnera., Warszawa 1995.
4. Skotarczak B.(red.) *Biologia molekularna patogenów przenoszonych przez kleszcze.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
5. Flisak R., Pacewicz S., *Diagnostyka i leczenie boreliozy z Lyme – zalecenia Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych.*
6. Gąsiorowski J., Wietecka – Knysz E., Knysz B., Gerber H., Gładysz A., *Diagnostyka Boreliozy,* Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi (http:/medpr.imp.lodz.pl).
7. *Sytuacja epidemiologiczna boreliozy oraz kleszczowego zapalenia mózgu w województwie śląskim i w Polsce w latach 2007-2017* – opracowanie pod red. Cieślik-Tarkota R. Wojewódzka Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna w Katowicach.
8. *Ocena Stanu – Sanitarno - Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego w roku 2015. Opracowanie* PSSE w Gliwicach.
9. *Ocena Stanu – Sanitarno - Epidemiologicznego Powiatu Gliwickiego w roku 2016. Opracowanie* PSSE w Gliwicach.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. nr 137, poz. 1126).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. nr 137, poz. 1126).
12. Opinie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr: 202/2014 z dnia 25.08.2014, nr 12/2017 z dnia 2 lutego 2017, nr 123 z dnia 13 czerwca 2017, nr 332 z dnia. 18 grudnia 2017 r.
13. Wilczyńska U. Szeszenia – Dabrowska N. Sobala W. *„Choroby zakaźne stwierdzone w Polsce w 2009 roku"* Medycyna Pracy 2010 r.
14. Ustawa z dnia 5.12..2008 roku o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Dz.U. z 2008 r., nr 234, poz. 1570.
15. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych Dz.U. z 2010 r., nr 107, poz. 679.
16. Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący boreliozy pochodzenia zawodowego (http:programy zdrowotne.pl/1/Files/PDF/programy.borelioza.pdf)

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ . W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO

Ja niżej podpisany (a) .....
Oświadczam, że zostałem poinformowany nt. programu w sposób wyczerpujący. Niniejszym wyrażam zgodę na mój udział.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu, z godnie z obowiązującym w tym zakresie porządkiem prawnym (ustawa o ochronie danych osobowych)

Uczestnik:

.....
(podpis, data podpisania)

Ankieta oceny ekspozycji na kleszcze

Uzyskane informacje zostaną wykorzystane celem zakwalifikowania do badań diagnostycznych w kierunku boreliozy.

Płeć: K M Wiek: ..... Wykonywany zawód:.....

Miejsce zamieszkania(Gmina, Miejscowość) .....

1. **Kontakt z kleszczem** tak nie nie pamiętam.
   - ❖ jedno ukłucie
   - ❖ wielokrotne ukłucie
   - ❖ data ostatniego ukłucia .....

2. **Teren w którym doszło do ukłucia przez kleszcza**:

   las park łąka ogród inne, jakie?.....

3. **Czy w miejscu ukłucia wystąpił poniższy z objawów:** **tak** **nie**
   - ❖ zaczerwienienie ustępujące po usunięciu kleszcza;
   - ❖ rumień w miejscu inwazji lub innej powierzchni ciała, czerwony, rozlany, wędrujący;
   - ❖ bóle lub obrzęk stawów;
   - ❖ zmiany guzkowate skóry

4. **Czy po ukłuciu kleszcza zaobserwował Pan/ Pani u siebie objawy grypopodobne**

   tak nie lub inne (jakie?) .....

5. **Czy po ukłuciu kleszcza zastosowano u Pana/Pani antybiotykoterapię?**

   tak nie

6. **Czy chorował Pan/Pani na boreliozę w przeszłości?**

   tak nie trudno powiedzieć

*właściwą odpowiedź zaznaczamy przez zakreślenie

*** Ankietę wypełnia pracownik placówki**

Pieczęć placówki data i podpis pracownika .....

ANKIETA OCENY JAKOŚCI ŚWIADCZEŃ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ . W ZAKRESIE PRZECIWDZIAŁANIA BORELIOZIE NA RZECZ MIESZKANCÓW POWIATU GLIWICKIEGO

Szanowni Państwo,
mając na celu uzyskanie wysokiej jakości świadczonych usług, zwracamy się z prośbą o wypełnienie niniejszej ankiety. Uzyskane w ten sposób informacje przyczynią się do doskonalenia i modyfikacji działań realizowanych w ramach programu.

Niniejsza ankieta jest anonimowa. Prosimy Państwa o dokonanie oceny w skali od 1 do 5, gdzie: 5 – ocena bardzo dobra;
4 – ocena dobra;
3 – ocena dostateczna;
2 – ocena niedostateczna

1. Jak ocenia Pan/i poziom obsługi w rejestracji w tym dostępność terminów, czas oczekiwania na badanie, sprawność obsługi(wybraną odpowiedź zakreślić kółkiem).

   *2 *3 *4 *5

2. Jak ocenia Pan/i poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty (stosunek do pacjenta, komunikatywność i przekazanie informacji (wybraną odpowiedź zakreślić kółkiem).

   *2 *3 *4 *5

3. Jak ocenia Pan/i materiały edukacyjne – informacje nt. unikania ekspozycji na kleszcze oraz postępowanie w przypadku ukąszenia jak również jak ocenia Pan/i otrzymane materiały, ich brak (proszę o zakreślenie wybranej oceny kółkiem).

   *2 *3 *4 *5

4. Inne uwagi: .....

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety

SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH W KIERUNKU BORELIOZY NA RZECZ MIESZKAŃCÓW POWIATU GLIWICKIEGO

1. Sprawozdanie:

- miesięczne, za miesiąc .....

- roczne, za rok .....

2. Liczba uczestników przyjętych do programu: .....
   w tym:
   wykonanych testów metodą ELISA .....
   liczba dodatnich lub wątpliwych wyników .....

   Liczba testów metodą Western blot .....
   w tym liczba dodatnich wyników .....

3. Różne inne uwagi: .....
   .....
   .....
   .....
   .....
   .....

Sprawozdanie sporządził: .....
(imię, nazwisko, lekarz, pielęgniarka)

Sprawozdanie zatwierdził :.....
(imię, nazwisko – data – podpis i pieczęć świadczeniodawcy)