



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 177/2018 z dnia 6 września 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnej diagnostyki boreliozy w Powiecie Strzelecko-
Drezdeneckim na lata 2019-2021” realizowanego przez: powiat
strzelecko-drezdenecki**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Powiecie Strzelecko-Drezdeneckim na lata 2019-2021”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej może stanowić uzupełnienie obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Niemniej jednak, w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, proszę uwzględnić poniższe uwagi.

Cele programu wymagają przeformułowania, tak aby były w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności należy uzupełnić, ponieważ nie umożliwiają one obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji celów.

Populacja docelowa wymaga weryfikacji w odniesieniu do zaproponowanych warunków kwalifikacji do udziału w programie. Działania edukacyjne zaplanowano zgodnie z wytycznymi. W odniesieniu do badań serologicznych, w przypadku wykrycia boreliozy bądź wątpliwie dodatniego wyniku na podstawie prowadzonych testów ELISA, wymagane jest, aby pacjent został poinformowany o konieczności udania się do lekarza POZ celem uzyskania skierowania na dalsze badania metodą Western blot lub umożliwienie wykonania testu Western blot w ramach programu. Przyjęcie wskazanego schematu postępowania umożliwi zachowanie ciągu zalecanych działań diagnostycznych i będzie zgodne z rekomendacjami/wytycznymi z przedmiotowego zakresu. Ponadto warto pamiętać, że badania w kierunku wykrycia boreliozy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń.

Monitorowanie zaplanowano poprawnie, natomiast ewaluacja programu wymaga doprecyzowania.

Budżet programu należy uzupełnić w zakresie kosztów dotyczących monitorowania i ewaluacji.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący diagnostyki boreliozy. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 91 800 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2019-2021.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a



ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Problem zdrowotny dotyczy boreliozy i został opisany w sposób poprawny. Projekt programu wpisuje się w priorytet: „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii”, należący do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 469).

W projekcie programu uwzględniono opis sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób odkleszczowych, na podstawie danych międzynarodowych, krajowych i lokalnych, przy czym w treści projektu nie odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych (MPZ).

Zgodnie z MPZ, w 2014 r. w województwie lubuskim, na którego terenie znajduje się powiat strzelecko-drezdenecki, odnotowano poniżej 50 hospitalizacji z powodu rozpoznań zakwalifikowanych jako borelioza, co stanowiło ok. 0,30% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań w zakresie chorób zakaźnych (z wyłączeniem HIV i WZW). Liczba hospitalizacji wyniosła 2,55 na 100 tys. mieszkańców i była to najmniejsza wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę poprzez działania prowadzone w programie wśród dorosłych mieszkańców powiatu strzelecko-drezdeneckiego”. W projekcie przedstawiono także 4 cele szczegółowe („zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę poprzez działania informacyjno-edukacyjne prowadzone w populacji docelowej”, „zmniejszenie liczby powikłań zakażeń boreliozy poprzez wczesne wykrycie choroby dzięki zwiększeniu dostępności do badań przesiewowych”, „wzrost wykrywalności boreliozy w populacji docelowej” oraz „poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej mieszkańców w zakresie profilaktyki, czynników ryzyka oraz możliwości ograniczenia zachorowalności na boreliozę”). Należy zaznaczyć, że ww. cele programowe nie są w pełni zgodne z zasadą SMART, według której cel powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Ponadto pierwszy z celów szczegółowych stanowi powielenie założenia głównego. Zatem cele programowe wymagają przeformułowania.

W projekcie wskazano 4 mierniki efektywności: odsetek osób, u których stwierdzono występowanie boreliozy”, „odsetek zgłaszalności do programu (30%)”, „odsetek osób z dodatnim wynikiem testu ELISA (10%)” oraz „odsetek osób, u których uzyskano poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki, czynników ryzyka oraz możliwości ograniczenia zachorowalności na boreliozę”. Należy podkreślić, że zaproponowane wskaźniki nie umożliwią obiektywnej i precyzyjnej oceny stopnia realizacji celów programu, ponieważ nie określono mierników odnoszących się do założenia głównego oraz dwóch pierwszych celów szczegółowych. Wartości wskaźników powinny być określone przed i po realizacji programu w celu oceny jego efektów. Powyższy element projektu należy uzupełnić.

Populacja docelowa

Populację docelową programu mają stanowić dorośli mieszkańcy powiatu strzelecko-drezdeneckiego. Liczebność populacji oszacowano na 40 883 osoby, natomiast zgodnie z danymi GUS, w 2017 r. na terenie powiatu zameldowanych było 39 428 osób w wieku 19 lat i więcej. W projekcie programu wskazano, że ze względu na ograniczone możliwości budżetowe działaniami zostanie objęte 5% populacji osób dorosłych (łącznie 2 040, po 680 osób rocznie). Z kolei w punkcie dotyczącym kosztów wskazano, że do etapu edukacji oraz kwalifikacji do diagnostyki planuje się włączenie 100% populacji docelowej (680 osób rocznie) natomiast do etapu badań diagnostycznych 30% osób z populacji docelowej (204 osoby rocznie). Powyższe zapisy projektu należy ujednoclić. Przyjmując powyższe

założenia dotyczące oszacowań odsetków populacji kierowano się doświadczeniami innych jednostek samorządowych przeprowadzających podobne programy.

W projekcie określono warunki kwalifikacji do poszczególnych etapów programu. Do etapu edukacji zdrowotnej włączone będą osoby, które mają 18 lat i więcej oraz zamieszkują powiat strzelecko-drezdenecki. Z kolei do etapu badań diagnostycznych włączeni będą mieszkańcy powiatu w wieku 18 lat i więcej, którzy przynależą do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na boreliozę (stwierdzonej w pielęgniarstwie postępowaniu kwalifikacyjnym na podstawie ankiety), nie mają rumienia wędrującego oraz wyrażą zgodę na udział w programie. Kryteriami wyłączenia z etapu diagnostycznego będzie brak wskazań do diagnostyki oraz korzystanie ze świadczeń finansowanych przez NFZ w związku ze zdiagnozowaną przed rozpoczęciem programu boreliozą. Do projektu załączono wzór ankiety kwalifikującej do udziału w programie. Jednak nie wskazano, jakie wyniki ankiety (tzn. jaka liczba odpowiedzi wskazujących na objawy choroby lub czynniki ryzyka) predysponują do udziału w programie. W punkcie dotyczącym populacji docelowej określono, że program będzie skierowany do osób z grup ryzyka tj. leśników, rolników, osób mieszkających na terenach zadrzewionych, grzybiarzy, działkowiczów itp. Jednakże nie odniesiono się do objawów choroby. Podsumowując kwestia kryteriów kwalifikacji do programu nie jest do końca jasna ze względu na brak określenia liczby objawów oraz czynników ryzyka, które umożliwiają udział w programie i wymaga uszczegółowienia.

Interwencja

W projekcie programu przewidziano następujące interwencje:

- działania edukacyjne skierowane do ogółu dorosłych mieszkańców (wykłady z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych, ulotki i plakaty),
- badania serologiczne metodą ELISA (klasy IgG i IgM) – u mieszkańców zakwalifikowanych na podstawie ankiety w zakresie czynników ryzyka.

Zgodnie z treścią projektu, działania edukacyjne będą realizowane przez lekarza lub pielęgniarkę, w formie cyklu 90-minutowych wykładów dla grup ok. 100-120 osób, z zakresu profilaktyki chorób odkleszczowych, odbywających się z częstotliwością 1 raz na 2 miesiące. Dodatkowo edukacja ma być realizowana za pomocą ulotek i plakatów. Do projektu nie załączono wzoru materiałów edukacyjnych, w związku z czym nie była możliwa weryfikacja treści dokumentów.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami/wytycznymi w zakresie nieswoistych metod profilaktyki zakażeń odkleszczowych, zwraca się uwagę przede wszystkim na 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 odstraszających owady (zawierających DEET, tzw. repelenty), a także impregnowanie ubrań permetryną (NICE 20183, AGDoH 2015, CPS 2014, AAFP 2012, AAD 2011).

Eksperti kliniczni w swoich opiniach także zaznaczają, że istotne znaczenie ma podnoszenie świadomości społecznej w zakresie boreliozy i jej potencjalnych czynników ryzyka.

Odnalezione dowody naukowe wskazują, że stosowanie działań edukacyjno-promocyjnych ma wpływ na podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa nt. zagrożenia związanego z ukąszeniem kleszcza (Mowbray 2012).

Podsumowując, można uznać, że działania edukacyjne zaplanowane w projekcie korespondują z opiniami ekspertów i dostępnymi dowodami naukowymi w przedmiotowym zakresie.

Odnosząc się do planowanych w ramach programu badań serologicznych należy podkreślić, że w rekomendacjach/ wytycznych z przedmiotowego zakresu wskazuje się, że podstawą wczesnego rozpoznania boreliozy są objawy kliniczne, w tym szczególnie wystąpienie rumienia wędrującego (NICE 20184, CDC 2015, PTEiLChZ 2015, KIDL 2014, AAFP 2012, AAD 2011, EUCALB 2008).

W wytycznych wskazuje się również, że obecność samych przeciwciał, bez obecności konkretnych objawów zakażenia nie jest wystarczająca do postawienia diagnozy (CDC 2015, KIDL 2014, DBG 2010,

CPHLN 2007, IDSA 2006, ILADS 2004). Dowody naukowe wskazują także, że wyniki testów serologicznych mogą być jedynie wsparciem dla postawionej diagnozy z uwzględnieniem potencjalnych objawów klinicznych boreliozy (Leeflang 2016, ECDC 2016, IDSA 2006).

Wśród działań przewidzianych do realizacji w ramach programu znajdują się badania laboratoryjne metodą ELISA w kierunku wykrywania boreliozy. Wskazano, że badania obejmować będą obie klasy przeciwciał (IgG i IgM). Jednak należy zaznaczyć, że zgodnie z rekomendacjami i opiniami ekspertów, diagnostyka laboratoryjna boreliozy powinna opierać się na zastosowaniu dwuetapowego protokołu diagnostycznego, polegającego na wykrywaniu swoistych przeciwciał testem ELISA oraz w przypadku dodatniego bądź wątpliwie dodatniego wyniku potwierdzenie badania metodą Western blot (PTEiLChZ 2015, CDC 2015, KIDL 2014, AAFP 2012, AAD 2011, EUCALB 2008). Niektóre rekomendacje sugerują również wykorzystanie testów IFA zamiennie z testami ELISA (CDC 2015, AAD 2011). W projekcie nie przewidziano diagnostyki przy użyciu metody Western blot. Zatem w przypadku wykrycia boreliozy bądź wątpliwie dodatniego wyniku na podstawie prowadzonych testów ELISA, zasadne jest, aby pacjent został poinformowany o konieczności udania się do lekarza POZ celem uzyskania skierowania na dalsze badania metodą Western blot lub umożliwienie wykonania testu Western blot w ramach programu. Przyjęcie wskazanego schematu postępowania umożliwi zachowanie ciągu zalecanych działań diagnostycznych i będzie zgodne z rekomendacjami/wytycznymi z przedmiotowego zakresu.

Należy zaznaczyć, że badania w kierunku wykrycia boreliozy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jednak, zgodnie z treścią projektu, realizacja programu przyczynić się ma do zwiększenia dostępu mieszkańców do powyższych świadczeń, ze względu na fakt, iż na terenie powiatu nie funkcjonuje żadna poradnia chorób zakaźnych posiadająca kontrakt z NFZ.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania oraz ewaluacji. Monitorowanie zaplanowano poprawnie, natomiast ewaluacja wymaga weryfikacji pod kątem zaproponowanych wskaźników efektywności.

Ocena zgłaszalności do programu ma być dokonywana na podstawie analizy: liczby osób zakwalifikowanych i niezakwalifikowanych do programu; liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie; liczby osób uczestniczących w działaniach z zakresu edukacji zdrowotnej oraz liczby osób, które zgłosiły się do programu celem diagnostyki w półrocznych i rocznych okresach sprawozdawczych oraz całościowo po zakończeniu programu.

Ocena jakości świadczeń w programie ma być prowadzona w oparciu o analizę wyników ankiety satysfakcji oraz pisemne uwagi uczestników programu.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę odsetka populacji z wynikiem dodatnim na obecność przeciwciał IgG i IgM, a także porównanie wyników post-testów i pre-testów z zakresu wiedzy przekazywanej podczas wykładów w ramach edukacji zdrowotnej mieszkańców. Jeden z zaproponowanych wskaźników, tj. „odsetek populacji docelowej uczestniczącej w programie” odnosi się bardziej do oceny zgłaszalności do programu niż do oceny efektywności. Należy mieć na uwadze, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczającą znacznie poza okres trwania programu. Ocena efektywności programu powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. Jej planowanie powinno się opierać na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu. W ramach oceny efektywności należy uwzględnić zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności, które w opiniowanym projekcie wymagają uzupełnienia zgodnie z wcześniejszymi uwagami.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z wymaganiami ustawowymi. W projekcie określono warunki dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych względem realizatora programu.

W projekcie zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu. Jednakże ten element programu wymaga uszczegółowienia.

Opisano sposób zakończenia udziału w programie – w przypadku dodatniego wyniku testu (po odbyciu wizyty lekarskiej u realizatora) pacjent będzie skierowany do dalszego leczenia w poradni chorób zakaźnych (poza programem).

Zgodnie z opisem organizacji programu, w przypadku uzyskania pozytywnego wyniku, uczestnicy poinformowani zostaną o konieczności zgłoszenia się do lekarza rodzinnego, który decydować będzie o dalszym postępowaniu już w ramach świadczeń NFZ. Ponadto zakończenie udziału w programie powinno być możliwe na każdym jego etapie, na życzenie uczestnika.

Koszt całkowity programu oszacowano na 91 800 zł. Określono także koszty jednostkowe poszczególnych interwencji. W kosztorysie należałoby także uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Program będzie finansowany z budżetu powiatu. Jednocześnie zakłada się możliwość współfinansowania programu ze środków NFZ, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Wśród najczęstszych chorób odkleszczowych w Polsce wymienia się przede wszystkim boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu. Rzadziej występują takie choroby jak babeszjoza, tularemia, riketsjoza. Jednak częstotliwość zachorowań na choroby odkleszczowe 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).

Borelioza jest chorobą zakaźną i wielonarządową, wywoływaną przez krętki z rodzaju *Borrelia* przenoszone przez kleszcze z rodzaju *Ixodes*, objawia się zespołem zmian dermatologicznych, mięśniowo-szkieletowych, neurologicznych i kardiologicznych. Najwięcej zachorowań na boreliozę z Lyme obserwuje się w Europie Środkowej, w Skandynawii i na terenach endemicznych w Rosji. Zgodnie z aktualnymi danymi epidemiologicznym borelioza z Lyme występuje najczęściej wśród dzieci w wieku szkolnym (5-15 lat) oraz osób w wieku produkcyjnym (40-55 lat). W Polsce, od 2013 roku można zaobserwować ciągły wzrost liczby zachorowań na boreliozę z Lyme.

Kleszczowe zapalenie mózgu (KZM) to wirusowa choroba zakaźna ośrodkowego układu nerwowego (OUN), wywołana przez wirus odkleszczowego zapalenia mózgu (neurotropowy) z rodziny *Flaviviridae*, którego rezerwuarem są małe gryzonie i kleszcze. W przeciwieństwie do boreliozy, zachorowalność na KZM jest diametralnie niższa i od 2013 r. wskazuje się na tendencję spadkową. Największą liczbę zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu w Polsce zaobserwowano w roku 2006 i 2009 (ponad 300 przypadków choroby).

Największe współczynniki zapadalności na choroby odkleszczowe obserwuje się w północno-wschodniej części Polski.

Alternatywne świadczenia

Profilaktyka chorób przenoszonych przez kleszcze w Polsce realizowana jest poprzez różne akcje informacyjno-edukacyjne, których organizatorem lub jednostką patronującą są zazwyczaj Minister Zdrowia (MZ) oraz Państwowa Inspekcja Sanitarna (PIS). Na stronach internetowych MZ oraz PIS publikowane są komunikaty dot. nieswoistych i swoistych działań profilaktycznych.

W Polsce od 2015 r. organizowana jest ogólnopolska kampania społeczno-edukacyjna promująca szczepienia ochronne przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu pn. „Kleszczowe Zapalenie Mózgu – Szczepimy! Zapobiegamy!”. Celem kampanii jest podniesienie świadomości społeczeństwa na temat zagrożeń, jakie niosą ze sobą kleszcze ze szczególnym uwzględnieniem kleszczowego zapalenia mózgu oraz zachęcenie do szczepień ochronnych w celu zapobiegania groźnemu dla życia i zdrowia wirusowi KZM.

Działania profilaktyczne w Polsce w kierunku boreliozy i innych chorób odkleszczowych, są uwzględnione w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020, gdzie realizowany jest cel operacyjny: „ograniczenia ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki”. Zgodnie z nim sporządzony został stosowany wykaz zadań, gdzie m.in. wskazuje się na realizację działań profilaktycznych chorób zakaźnych i zakażeń u ludzi (z uwzględnieniem podwyższonego ryzyka związanego z pełnieniem służby przez żołnierzy zawodowych i funkcjonariuszy).

W zakresie szczepień ochronnych przeciwko chorobom odkleszczowym, obecnie realizowane i dostępne w Polsce są szczepienia p/kleszczowemu zapaleniu mózgu. W ramach Programu Szczepień Ochronnych znajdują się one w szczepieniach zalecanych, ale niefinansowanych ze środków publicznych. Skierowane są przede wszystkim do osób przebywających na terenach o nasilonym występowaniu tej choroby, w szczególności: osobom zatrudnionym przy eksploatacji lasu, stacjonującemu wojsku, funkcjonariuszom straży pożarnej i granicznej, rolnikom, młodzieży odbywającej praktyki oraz turystom i uczestnikom obozów i kolonii.

Ocena technologii medycznej

Odnaleziono wytyczne m.in.: *Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych 2015, Światowej Organizacji Zdrowia 2011, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych 2014, Centers for Disease Control and Prevention 2015, American Academy of Family Physicians 2012, European Concerted Action On Lyme Borreliosis 2008, International Lyme And Associated Diseases Society 2004, Australian Government Department of Health 2015, American Academy of Family Physicians 2012, American Academy of Dermatology 2011* dotyczące profilaktyki chorób odkleszczowych.

W kierunku kleszczowego zapalenia mózgu, zaleca się stosowanie szczepień uodparniających w grupach podwyższonego ryzyka. Na obszarach wysoce endemicznych (≥ 5 przypadków klinicznych na 100 000 osób w populacji niezaszczepionej w ciągu roku), zaleca się szczepienia ochronne we wszystkich grupach wiekowych, w tym u dzieci. Ze względu na znaczne różnice w częstości występowania KZM w poszczególnych regionach geograficznych, zaleca się, aby strategie szczepień, oparte były na ocenie ryzyka, zarówno na poziomie krajowym jak i regionalnym, oraz dostosowane do lokalnej sytuacji endemicznej.

Szczepienie podstawowe składa się z dwóch dawek szczepionki podawanych w odstępie od miesiąca do trzech miesięcy i trzeciej dawki podawanej po 5 – 12 miesiącach od dawki drugiej. Dawki przypominające, zależnie od narażenia na zakażenie, są podawane od 3 do 5 lat od ostatniego szczepienia. Istnieje tak zwany schemat przyspieszony składający się z dawek podawanych w dniach 0, 7 i 21, a następnie po roku. Szczepionki dla dzieci zawierające połowę ze stosowanej u dorosłych dawki wirusa KZM. Prawidłowo zastosowany schemat szczepień pozwala na uzyskanie trwałej odporności u 98% szczepionych.

Rekomendacje w zakresie metod nieswoistych profilaktyki zakażeń odkleszczowych, sugerują przede wszystkim 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 odstraszających owady (zawierających DEET, tzw. repelenty), a także impregnowanie ubrań permetryną. W przypadku przebywania na terenach bytowania kleszczy, po powrocie do domu, zaleca się przeprowadzanie dokładnego przeglądu całego ciała oraz ewentualnie wzięcie dodatkowej kąpieli/prysznic. Jeżeli dojdzie do ukąszenia, należy bezzwłocznie usunąć kleszcza, najlepiej przy pomocy specjalnie przystosowanych kleszczyków, tuż przy powierzchni skóry, tak aby uniknąć ściskania ciała kleszcza. Nie zaleca się stosowania w tym celu substancji chemicznych.

Wytyczne wskazują, aby na wszystkich obszarach endemicznych, informacje na temat KZM, dróg szerzenia oraz dostępnej profilaktyce były łatwo dostępne np. w formie ulotek informacyjnych w gabinetach lekarskich, szkołach czy biurach turystycznych.

Podstawą do wczesnego rozpoznania boreliozy są: historia pokłucia przez kleszcze oraz objawy kliniczne, szczególnie wystąpienie rumienia wędrującego. Niektóre zalecenia proponują eliminowanie siedlisk kleszczy, np. poprzez usuwanie stosów liści, lub koszenie trawy.

W przeglądzie Mowbray 2012 odniesiono się do wpływu działań edukacyjno-promocyjnych na podniesienie świadomości społeczeństwa nt. zagrożenia związanego z ukąszeniem kleszcza. W większości uwzględnionych badań odnotowano wzrost poziomu wiedzy nt. chorób odkleszczowych w stosunku do stanu sprzed wdrażania edukacji zdrowotnej. Nie podjęto się jednak oceny wpływu zastosowanych działań edukacyjnych na późniejsze zachowania prozdrowotne. Zaobserwowano, że edukacja w formie zabawy/projekcji filmowych nt. sposobów ochrony przed kleszczami oraz sposobów przeprowadzania skutecznego sprawdzania ciała pod względem możliwych ukąszeń wpływa znacząco na poprawę świadomości dzieci nt. zagrożenia chorób odkleszczowych. Wśród osób dorosłych najczęściej stosowanymi technikami edukacyjnymi było rozpowszechnienie materiałów akcydensowych oraz indywidualne konsultacje z lekarzem. Autorzy podkreślają, że badania wykonywane w przyszłości, powinny być oparte jednak o dobrej jakości dowody naukowe i metodologię.

Przegląd Demicheli 2009 miał na celu ocenę skuteczności szczepionek w zapobieganiu KZM oraz występowania po ich zastosowaniu niekorzystnych odczynów poszczepiennych. Jednak ze względu na fakt, iż żadne z badań nie odnosiło się do skuteczności szczepionek w zapobieganiu KZM, badacze postanowili skupić się na ich immunogenności i bezpieczeństwie. Szczepionki przeciwko KZM wydają się być wysoce immunogenne. Nie ustalono jednak związku między serokonwersją a zapobieganiem wystąpieniu KZM. Chociaż działania niepożądane były powszechnie zgłaszane, nie były poważne ani zagrażające życiu. Autorzy przeglądu wskazują, że w celu uzyskania odporności przed rozpoczęciem okresu zwiększonej aktywności kleszczy, idealnym okresem wykonywania szczepień przeciwko KZM jest okres zimowy (pierwsza i druga dawka normalnego schematu szczepień).

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441.144.2018 „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w Powiecie Strzelecko-Drezdeneckim na lata 2019-2021” realizowany przez: powiat strzelecko-drezdenecki, Warszawa, sierpień 2018, Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy oraz innych chorób odkleszczowych – wspólne podstawy oceny” z listopada 2016 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 236/2018 z dnia 3 września 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy w powiecie Strzelecko-Drezdeneckim na lata 2019-2021”.