



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 208/2018 z dnia 5 listopada 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki
i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy
Pawłowice na lata 2018-2022” realizowanego przez: gminę
Pawłowice**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy Pawłowice na lata 2018-2022”, 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 koresponduje z aktualnymi wytycznymi. Przy czym projekt wymaga weryfikacji w odniesieniu do zaproponowanych warunków kwalifikacji do udziału w programie. Interwencje zaplanowano zgodnie z wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Jednakże 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 i ewaluacja programu wymagają uzupełnienia, ponieważ w obecnej formie nie umożliwiają pełnej oceny programu.

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 185 500 zł, zaś okres realizacji obejmuje lata 2018-2022.

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, 2014 r., w województwie śląskim, na którego terenie znajduje się gmina Pawłowice, odnotowano 1,43 tys. hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako borelioza, co stanowiło 3,72% wszystkich hospitalizacji z powodu rozpoznań w zakresie chorób zakaźnych (z wyłączeniem HIV i WZW). Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 31,23 i była to 5. wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „podniesienie poziomu wiedzy i zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme w gminie Pawłowice”. W projekcie przedstawiono także 4 cele szczegółowe („zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę poprzez podniesienie poziomu wiedzy na temat możliwości zapobiegania pokłuciom przez kleszcza”, „zwiększenie u co najmniej 60% włączonych do programu osób poziomu wiedzy na temat możliwości zapobiegania pokłuciom przez kleszcza”, „zwiększenie u co najmniej 60% włączonych do programu osób poziomu wiedzy na temat chorób przenoszonych przez kleszcze”). 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. Cele szczegółowe powielają cel główny. Ponadto założenie główne programu składa się w istocie z dwóch odrębnych celów. Należy pamiętać, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie wytyczony (w odniesieniu do planowanego czasu), a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań. Zatem cele programowe wymagają przeformułowania.

W projekcie wskazano 3 mierniki efektywności: „liczba wykrytych zachorowań na boreliozę z Lyme w gminie Pawłowice”, „liczba włączonych do programu osób, które podniosły poziom wiedzy na temat możliwości zapobiegania pokłuciom przez kleszcza” oraz „liczba włączonych do programu osób, które podniosły poziom wiedzy na temat chorób przenoszonych przez kleszcze”. Zaproponowane mierniki odnoszą się do celów programu. Jednakże zaproponowane wskaźniki mogą kazać się niewystarczające do oceny efektów programu. Ponadto warto podkreślić, aby dane zbierane były przed i po realizacji danych działań, gdyż dopiero zanotowana zmiana świadczy o wielkości uzyskanego efektu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu mają stanowić mieszkańcy gminy Pawłowice w wieku produkcyjnym (18-64 lata). Liczebność populacji oszacowano na 12 363 osoby, co koresponduje z danymi GUS z 2017 r. Akcja edukacyjna skierowana będzie do wszystkich dorosłych mieszkańców. W projekcie programu wskazano, że ze względu na ograniczone możliwości budżetowe badania diagnostyczne obejmą grupę 900 osób (2018 r. – 100 osób, lata 2019-2022 – 200 osób rocznie). Testy ELISA wykonywane będą u wszystkich zakwalifikowanych osób. W przypadku testów Western blot zaplanowano udział 50% uczestników programu. Przyjęto założenie, że liczba wyników pozytywnych lub wątpliwych otrzymanych w teście ELISA nie przekroczy 50%, przy czym nie wskazano, na jakiej podstawie przyjęto powyższe założenie.

W projekcie określono warunki kwalifikacji do zaplanowanych badań diagnostycznych. Do programu włączone będą osoby, które wyraziły zgodę na udział w programie oraz które zostaną przydzielone do

grupy szczególnego ryzyka na podstawie wywiadu (dotyczącego ekspozycji na kleszcze, obecności rumienia wędrującego oraz wystąpienia innych dolegliwości, które świadczyć mogą o występowaniu choroby u danej osoby) przeprowadzonego podczas wizyty lekarskiej. O zasadności wzięcia udziału danego uczestnika w programie zdecyduje lekarz POZ. Jednakże nie określono kryteriów wykluczenia z programu (np. rumień wędrujący, korzystanie ze świadczeń w ramach NFZ), co należałoby uzupełnić.

Interwencja

W projekcie programu przewidziano następujące interwencje:

- działania edukacyjne skierowane do ogółu dorosłych mieszkańców (edukacja podczas wizyt lekarskich, ulotki i plakaty),
- badania serologiczne metodą ELISA (klasy IgG i IgM) i w razie dodatniego bądź wątpliwego wyniku, wykonanie badania metodą Western blot.

Zgodnie z treścią projektu, działania edukacyjne będą realizowane przez lekarzy POZ. Dodatkowo dystrybuowane będą plakaty i ulotki zawierające informacje dotyczące sposobów zapobiegania zakażeniom, w tym noszenia odpowiedniego ubioru czy stosowania produktów odstrasżających owady. 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 odstrasżających owady (zawierających DEET, tzw. repelenty), a także impregnowanie ubrań permetryną (NICE 2018, 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 2018, 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).

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). Wśród działań przewidzianych w ramach programu znajdują się zarówno badania laboratoryjne metodą ELISA (klasy przeciwciał IgG i IgM) w kierunku wykrywania boreliozy, jak i w przypadku dodatniego lub wątpliwego wyniku badanie metodą Western blot. Zatem zaplanowane postępowanie jest zgodne z aktualnymi rekomendacjami w przedmiotowym zakresie.

Należy zaznaczyć, że badania w kierunku wykrycia boreliozy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zatem istnieje ryzyko podwójnego finansowania świadczeń. Powyższą kwestię należałoby uwzględnić np. w warunkach kwalifikacji do programu, wyłączając z niego pacjentów korzystających już z ww. świadczeń w ramach NFZ

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zawiera zdawkowy opis jego monitorowania oraz ewaluacji, co wymaga korekty. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Nie przytoczono żadnych konkretnych wskaźników odnoszących się do oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń. W ramach oceny zgłaszalności należy monitorować: liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie, liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) oraz liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. Natomiast ocena jakości świadczeń powinna zostać przeprowadzona np. na podstawie ankiety satysfakcji wśród uczestników programu.

W ramach oceny efektywności programu zaplanowano analizę liczby wykrytych zachorowań na boreliozę. Wskazano również, że realizator będzie zobowiązany do przekazania sprawozdania miesięcznego oraz rocznego, które będzie zawierać analizę uzyskanych mierników efektywności z całego okresu trwania projektu. Należy mieć na uwadze, że ewaluacja stanowi źródło danych o wpływie prowadzonych działań na zdrowie populacji i powinna być oceną długoterminową wykraczająca znacznie poza okres trwania programu. Ocena efektywności programu powinna odzwierciedlać zdolność programu do efektywnej realizacji wyznaczonych celów. W ramach oceny efektywności należy uwzględnić zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności. W analizowanym przypadku zaproponowane wskaźniki mogą okazać się niewystarczające do dokonania kompleksowej ewaluacji programu i należy je uzupełnić. Ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co nie zostało zaplanowane w ocenianym projekcie i wymaga korekty.

Warunki realizacji

Realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z wymaganiami ustawowymi. Warunki dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych określono w sposób zdawkowy, co należałoby doprecyzować.

Etapy programu i działania podejmowane w ramach etapów opisane w sposób ogólny.

Zaplanowano przeprowadzenie akcji informacyjnej nt. programu.

Opisano sposób zakończenia udziału w programie – w przypadku dodatniego wyniku testów, uczestnik zostanie poinformowany o konieczności podjęcia leczenia u lekarza POZ, bądź w poradni chorób zakaźnych. Ponadto zakończenie udziału w programie powinno być możliwe na każdym jego etapie, na życzenie uczestnika.

Koszt całkowity programu oszacowano na 185 500 zł (2018 r. – 21 500 zł, lata 2019-2022 – 41 000 rocznie). Określono także koszty jednostkowe poszczególnych interwencji (20 zł – konsultacja lekarska, 10 zł – praca personelu medycznego, 70 zł – test ELISA, 190 zł – test Western blot). W kosztorysie należałoby także uwzględnić koszty monitorowania i ewaluacji programu.

Program będzie finansowany z budżetu gminy. 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 epidemiologicznymi 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 strategię 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. Prawdłowo 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 odstrasających 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 poszczeniennych. 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.441.181.2018 „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy Pawłowice na lata 2018-2022” realizowany przez: gminę Pawłowice, Warszawa, październik 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 281/2018 z dnia 29 października 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania boreliozy wśród mieszkańców gminy Pawłowice na lata 2018-2022”.