



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 44/2018 z dnia 29 marca 2018 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki
zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz
mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2018-2019”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2018-2019” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Program może stanowić uzupełnienie obecnie dostępnych świadczeń. W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, proszę uwzględnić uwagi wskazane w niniejszej opinii.

Cel główny należy doprecyzować, natomiast cele szczegółowe programu wymagają przeformułowania w taki sposób, aby były w pełni zgodne z zasadą SMART. Mierniki efektywności powinny zostać uzupełnione, zgodnie z sugestiami zawartymi w dalszej części opinii.

Populacja docelowa została oszacowana poprawnie, jednak wyjaśnienia wymagają kwestie dotyczące kwalifikacji do badań diagnostycznych.

Interwencja została dobrze opisana, jednak warto uzasadnić schemat postępowania w przypadku wykonywania obu badań diagnostycznych.

Monitorowanie oraz ewaluacja zostały poprawnie zaplanowane.

Przedstawiony budżet należy zweryfikować pod kątem kosztów wykonania badań diagnostycznych.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący profilaktyki chorób odkleszczowych. Budżet zaplanowany na realizację programu wynosi 30 000 zł rocznie. Okres realizacji to lata 2018-2019.

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 2017 r., poz. 1938 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 opisany w projekcie programu polityki zdrowotnej wpisuje się w priorytety zdrowotne zgodne z §1 ust. 5) i 8) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2009 r. Nr 137 poz. 1126): „zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom” oraz „ograniczenie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w miejscu pracy i zamieszkania”. W sposób zwięzły opisano problematykę boreliozy, jej definicję, etiologię, rozpoznanie oraz leczenie.

W projekcie programu uwzględniono opis sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób odkleszczowych, uwzględniając dane światowe, ogólnopolskie, regionalne oraz lokalne.

Zgodnie z danymi Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny województwo śląskie, na terenie, którego położony jest powiat gliwicki, w 2016 r. znajdowało się na 5. miejscu pod względem wskaźnika zapadalności na boreliozę w Polsce (71,5/100 tys. mieszkańców).

Według danych Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Gliwicach, na które również powołano się w projekcie, w 2016 r. w powiecie gliwickim wskaźnik zapadalności na boreliozę wyniósł 78,35 na 100 tys. osób.

W treści projektu odniesiono się do map potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych dla województwa śląskiego. Zestawienie statystyczne przedstawione w wyżej wymienionym dokumencie wskazuje, 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. największa wartość wśród województw.

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest *zmniejszenie zapadalności na choroby odkleszczowe – Borelioza z Lyme wśród populacji mieszkańców powiatu gliwickiego*. Cel główny jest istotny oraz możliwy do osiągnięcia, natomiast powinien zostać precyzyjnie wyznaczony w czasie. W projekcie określono również 4 cele szczegółowe:

- *Zmniejszenie zapadalności na boreliozę poprzez podejmowanie działań informacyjno-edukacyjnych nt. unikania ekspozycji na kleszcze;*
- *Poprawa poziomu wiedzy mieszkańców powiatu gliwickiego w zakresie wczesnego wykrywania i diagnozowania chorób odkleszczowych – boreliozy z Lyme;*
- *Zmniejszenie liczby powikłań zakażeń boreliozy poprzez wczesne wykrycie choroby;*
- *Poprawę dostępności diagnostyki w kierunku boreliozy poprzez udostępnienie testów diagnostycznych na poziomie POZ.*

Pierwszy cel, w pewnym stopniu powiela cel główny, natomiast pozostałe cele nie są w pełni zgodne z zasadą SMART. Cel czwarty, nie został sformułowany w postaci oczekiwanego efektu, lecz działania.

Należy mieć na uwadze, że poprawnie zdefiniowany cel, zarówno główny jak też szczegółowy, zgodnie ze wspomnianą powyżej zasadą powinien być: sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie.

W programie przedstawiono 6 mierników efektywności. Miernik sformułowany jako *liczba osób uczestników, którzy wezmą udział w programie* mógłby znaleźć zastosowanie w ocenie zgłaszalności, natomiast nie znajdzie on zastosowania jako miernik efektywności. Miernik w postaci *wyniki ankiety ewaluacyjnej dotyczącej poziomu wiedzy uczestników części edukacyjnej* powinien zostać przeformułowany, ponieważ nie jest możliwy do wyrażenia w odpowiednich jednostkach miary, natomiast po zmianie, mógłby odnosić się do drugiego celu. Przy formułowaniu mierników należy

pamiętać, aby pozwoliły one na ocenę efektów programu, zaś wartości wskaźników były określane przed i po realizacji programu, ponieważ dopiero zmiana

w zakresie tych wartości stanowi o wadze uzyskanego efektu programu.

Populacja docelowa

Populację docelową programu mają stanowić osoby aktywnie zawodowo w wieku produkcyjnym zamieszkałe na terenie powiatu gliwickiego. Działaniami edukacyjnymi zostaną objęci mężczyźni w wieku 18-64 lata oraz kobiety w wieku 18-59 lat. W projekcie oszacowano na podstawie danych GUS z 2016 roku, że wskazana powyżej grupa liczy 72 600 osób, co jest zbieżne z danymi zweryfikowanymi przez Agencję. Założono, że zainteresowanie działaniami edukacyjnymi wykaże około 55% osób z populacji docelowej, tj. ok. 40 000 osób, jednak nie wskazano, na jakiej dokładnie podstawie oszacowano taką liczbę osób. Z uwagi na fakt, że odsetek osób objętych działaniami będzie miał wpływ na efektywność programu w ujęciu populacyjnym, należy powyższe założenie uzasadnić.

W ramach interwencji, przewidziano również diagnostykę serologiczną w kierunku boreliozy skierowaną do mężczyzn w wieku 50-64 lat oraz kobiet w wieku 50-59 lat. Powyższą grupę oszacowano na podstawie GUS, na około 20 400 osób, co jest zbieżne z danymi zweryfikowanymi przez Agencję. Należy jednak zauważyć, że program ze względu na niewielkie środki finansowe, jest w stanie zapewnić badania jedynie 180 osobom w 2018 roku, co stanowi 0,88% wskazanej populacji. Wątpliwości budzi fakt, że w programie założono przeprowadzanie badań u osób powyżej 50 r.ż. na podstawie danych z PSSE (Powiatowa Stacja Sanitarno – Epidemiologiczna) w Gliwicach, natomiast w procesie weryfikacji tych informacji, nie odnaleziono danych na temat konkretnej grupy wiekowej (wskazano jedynie rencistów i emerytów), w której borelioza występowała najczęściej w omawianym powiecie.

Kryteriami włączenia uczestników do programu będzie wyrażenie zgody na uczestnictwo w programie oraz potwierdzenie faktu zamieszkania na terenie powiatu gliwickiego na podstawie dowodu tożsamości.

Kryterium kwalifikacji do badań diagnostycznych będzie dodatkowo: wypełnienie *ankiety oceny ekspozycji na kleszcze* na podstawie, której zostanie wyłoniona *grupa szczególnego ryzyka*, natomiast nie określono jakie wyniki ankiety oraz kto będzie wskazywał na zaliczenie danej osoby do grupy ryzyka.

Należy przy tym mieć na uwadze, że działania edukacyjne powinny być kierowane do całej populacji docelowej, z uwagi na fakt, że stosowanie działań edukacyjno-promocyjnych ma wpływ na podniesienie poziomu wiedzy społeczeństwa. Natomiast w zakresie planowanych badań diagnostycznych przy definiowaniu populacji docelowej konieczne jest uwzględnienie wytycznych klinicznych, które wskazują na grupy ryzyka osób narażonych na boreliozę, takie jak: leśnicy, rolnicy, osoby zamieszkujące tereny zadrzewione, grzybiarze, działkowicze, które powinny być kwalifikowane do programu w pierwszej kolejności.

Interwencja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej oraz przeprowadzenie diagnostyki serologicznej w kierunku boreliozy przy użyciu dwuetapowego protokołu diagnostycznego (test ELISA oraz test Western blot).

Pierwszy etap programu będzie polegał na przeprowadzeniu akcji informacyjno-edukacyjnej. Działania edukacyjne na temat wykrywania i diagnostyki chorób odkleszczowych – boreliozy z Lyme, będą prowadzone okresowo przynajmniej raz w roku, na terenie każdej gminy powiatu gliwickiego. Tematyką działań edukacyjnych będą informacje nt. objawów, powikłań oraz profilaktyki boreliozy i chorób odkleszczowych. Edukacja będzie prowadzona poprzez bezpośrednie spotkania z grupami odbiorców. Dodatkowo przewidziano publikację artykułów na temat profilaktyki chorób przenoszonych przez kleszcze w lokalnej gazecie. W programie wskazano, że działania edukacyjne

będą prowadzone przez realizatora oraz pracowników Wydziału Zdrowia i Pomocy Społecznej, jednak nie określono dokładnie kompetencji osób prowadzących spotkania.

Eksperti kliniczni w swoich opiniach wskazują na istotne znaczenie podnoszenia 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). Natomiast zalecany w odnalezionych wytycznych (AGDoH 2015, CPS 2014, AAFP 2012, AAD 2011) zakres działań edukacyjnych zostanie zastosowany w opiniowanym programie.

Kolejnym etapem programu będzie rekrutacja oraz kwalifikacja uczestników do badań diagnostycznych. Wśród osób, które zostaną uznane za grupę szczególnego ryzyka zostanie pobrana próbka krwi do testów laboratoryjnych. W programie zaplanowano dwuetapowy protokół diagnostyczny polegający na wykrywaniu swoistych przeciwciał testem ELISA oraz ewentualnym potwierdzeniu pozytywnego wyniku badania metodą Western blot. Zgodnie z kosztorysem programu 120 osób będzie miało wykonane badanie testem ELISA, natomiast połowa z tych osób zostanie objęta pełną diagnostyką z wykonaniem testu Western blot. W programie nie wyjaśniono na jakiej podstawie przyjęto powyższe założenia. Schemat postępowania przyjęty w programie jest powszechnie zalecanym zarówno przez ekspertów klinicznych jak i w rekomendacjach/wytycznych (Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych – PTEiLChZ 2015, Centers for Disease Control and Prevention – CDC 2015, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych – KIDL 2014, American Academy of Family Physician – AAFP 2012, American Academy of Dermatology – AAD 2011, European Concerted Action On Lyme Borreliosis – EUCALB 2008), z czego niektóre rekomendacje sugerują również wykorzystanie testów IFA zamiennie z testami ELISA (CDC 2015, AAD 2011).

Badania w kierunku boreliozy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jednak w programie wskazano, że powyższe badania pozwalają na wstępną weryfikację stanu zdrowia w krótszym czasie, w uproszczonej procedurze, w związku z czym istnieje szansa, że osoby chętniej poddadzą się ocenie specjalistycznej.

Ponadto w programie wskazano, że na terenie powiatu gliwickiego nie funkcjonuje żadna poradnia chorób zakaźnych posiadająca kontrakt z NFZ. Należy zaznaczyć, że podczas weryfikacji tych danych, wykazano że na terenie Gliwic funkcjonuje jedna poradnia chorób zakaźnych, w której średni czas oczekiwania wynosi 318 dni.

Biorąc zapisy odnoszące się do planowanych interwencji można stwierdzić, że program ma na celu zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w przedmiotowym zakresie. Należy jednak wskazać, że projekt programu powinien ograniczać możliwość uczestnictwa w programie osób, które są już objęte opieką w zakresie diagnostyki i leczenia boreliozy w ramach NFZ.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zgodnie z art. 9a i 9b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zaspokajania potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie ochrony zdrowia, jednostka samorządu terytorialnego, przy uwzględnieniu regionalnej mapy potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, może finansować dla mieszkańców tej wspólnoty świadczenia gwarantowane na podstawie umowy ze świadczeniodawcą. Biorąc pod uwagę powyższe, nie ma konieczności przygotowywania w tym zakresie programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie programu zaplanowano poprawnie uwzględniając ocenę zgłaszalności oraz ocenę jakości udzielanych świadczeń poprzez ankietę satysfakcji. Monitorowaniu powinny podlegać również przyczyny niezakwalifikowania się osób zgłaszających się do programu.

Ewaluacja również została prawidłowo zaplanowana. Należy zaznaczyć, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu

a stanem po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu.

Warunki realizacji

Program będzie się składał z dwóch etapów, z których każdy został dokładnie opisany w projekcie.

Przyjmowanie kwalifikujących się osób do programu będzie oparte na zasadzie kolejności zgłoszeń, do momentu osiągnięcia limitu osób. Realizator programu będzie wybierany w drodze konkursu ofert, co zgodne jest z zapisami ustawowymi. Wymagania co do realizatora zostały określone w projekcie.

W programie przedstawiono sposoby zakończenia udziału w programie. Zakończenie udziału w programie będzie możliwe na każdym jego etapie na podstawie pisemnej rezygnacji uczestnika.

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.

Koszt całkowity programu oszacowano na 30 000 zł rocznie. W ramach kosztów jednostkowych przedstawiono koszt konsultacji lekarskiej (30 zł), koszt pracy personelu medycznego (15 zł), koszt przeprowadzenia i weryfikacji ankiet (5 zł), koszt analizy laboratoryjnej próbki krwi badaniem testem ELISA w obu klasach (63 zł), koszt analizy laboratoryjnej próbki krwi badaniem testem Western blot w obu klasach (200 zł) oraz koszt działań promocyjno-edukacyjnych (1 440 zł). Koszt odnoszący się do jednego pacjenta u którego tylko test ELISA oszacowano na 113 zł. Wątpliwości budzi natomiast oszacowany przez wnioskodawcę koszt uczestnictwa jednej osoby, w przypadku konieczności wykonania obu testów, który wyniesie 250 zł i należy go zweryfikować. Suma wykonania poszczególnych kosztów jednostkowych oraz kosztów badań jest wyższa, niż ta podana w programie. Program ma być finansowany z budżetu powiatu gliwickiego.

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 (neotropowy) 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 odstrasżających 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 kąpeli/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/projektacji 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 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr OT.441.12.2018 „Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2018-2019” realizowany przez: powiat gliwicki, Warszawa, marzec 2018 oraz Aneksu „Programy z zakresu profilaktyki i wczesnej diagnostyki boreliozy i innych chorób odkleszczowych – wspólne podstawy oceny” z listopada 2016 r. oraz Opinia Rady Przejrzystości nr 57/2018 z dnia 20 marca 2018 roku o projekcie programu „Program polityki zdrowotnej w zakresie przeciwdziałania boreliozie na rzecz mieszkańców powiatu gliwickiego na lata 2018-2019”