

**UCHWAŁA NR XXXVII/460/2017
RADY MIEJSKIEJ W SUPRAŚLU**

z dnia 7 grudnia 2017r.

**w sprawie przyjęcia „Programu zapobiegania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego
w Gminie Supraśl” w latach 2018-2020**

Na podstawie art. 18 ust.2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017r. poz. 1875), w związku z art. 48 ust. 1, 3 pkt. 2, 4, 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2016 poz. 1793, Dz.U. z 2015 r. poz. 1916, poz. 1991, Dz.U. z 2016 r. poz.1807, poz. 1860, poz. 1948, poz. 2138, poz. 2173, poz. 2250, , Dz.U. z 2017 r., poz. 60 poz. 759, poz. 777, poz. 844 poz. 858, , poz. 1089, poz. 1139, poz. 1200, poz. 1386,poz. 1292 z późn.zm.) uchwala się, co następuje:

§1. Przyjmuje się „Program zdrowotny – zapobiegania zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego w Gminie Supraśl w latach 2018 – 2020” w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Supraśla.

§3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady

mgr Monika Suszczyńska

**„Program zapobiegania zakażeniom
wirusem brodawczaka ludzkiego w Gminie Supraśl
w latach 2018-2020”**

1. WSTĘP

Zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców w zakresie ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań gminy wynikających z ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1875 z późn. zm.).

Do zadań własnych gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności opracowanie i realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców - art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.).

Zapobieganie chorobom cywilizacyjnym możliwe jest poprzez stosowanie odpowiedniej profilaktyki, a także poprzez podejmowanie wszelkich działań i środków zmierzających do wykrycia we wczesnych stadiach nowotworów, dających szansę na szybkie wyleczenie. Warunkiem poprawy i utrzymania zdrowia społeczeństwa jest tworzenie i realizacja odpowiedniej polityki zdrowotnej.

2. UZASADNIENIE CELOWOŚCI WDROŻENIA PROGRAMU

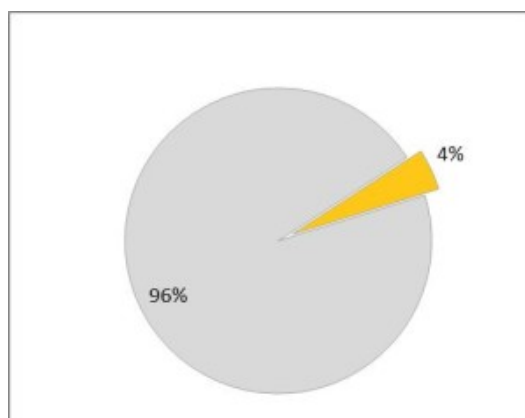
Jedną z głównych przyczyn zachorowania na raka szyjki macicy jest wirus brodawczaka ludzkiego HPV (Human Papillomavirus). Zależność przyczynowa pomiędzy wirusem HPV a rakiem szyjki macicy została udokumentowana ponad wszelką wątpliwość - Światowa Organizacja Zdrowia już w 1996 roku uznała typy wirusa HPV 16 i 18 za czynniki rakotwórcze dla człowieka. Do tej pory wyodrębniono około 100 typów wirusa, a wśród nich wirusy wysokiego ryzyka (onkogenne) m.in.; 16, 18, 31, 45. Zakażenia HPV są najbardziej powszechną infekcją przenoszoną drogą płciową. Na kontakt z wirusem w ciągu swojego życia narażona jest większość osób aktywnych seksualnie. Chociaż zakażenie HPV ma zwykle charakter przemijający, u części kobiet może przejść w postać przetrwałą. Natomiast utrzymujące się przez kilka lat przewlekłe zakażenie onkogennymi typami wirusa wiąże się ze znacznym wzrostem ryzyka zachorowania na raka szyjki macicy. W nabłonku pokrywającym ściany pochwy i szyjkę macicy wykrywanych jest około 30 typów wirusa HPV. 15 z nich to typy o wysokim potencjale onkogennym, które odpowiadają za inicjowanie zmian prowadzących do rozwoju raka szyjki macicy. Pozostałe typy HPV odpowiadają za rozwój niezłośliwych zmian brodawkowatych najczęściej typ 6 i 11. Sposób leczenia HPV nie jest obecnie znany. W przypadku zdiagnozowania zakażenia onkogennymi typami HPV zaleca się regularne kontrole cytologiczne celem jak najwcześniejszego wykrycia i leczenia ewentualnych zmian atypowych.

Ogólna charakterystyka

Nowotwory szyjki macicy są poważnym problemem onkologicznym w krajach rozwijających się, gdzie diagnozuje się 85% przypadków spośród 500000 zachorowań na świecie. Rak szyjki macicy powoduje około 13% zachorowań na nowotwory u kobiet.

Zachorowalność

Nowotwory złośliwe szyjki macicy stanowią u kobiet 4% zachorowań (rys. 1).



Rysunek 1. Częstość zachorowań na raka szyjki macicy w Polsce w 2010 roku.

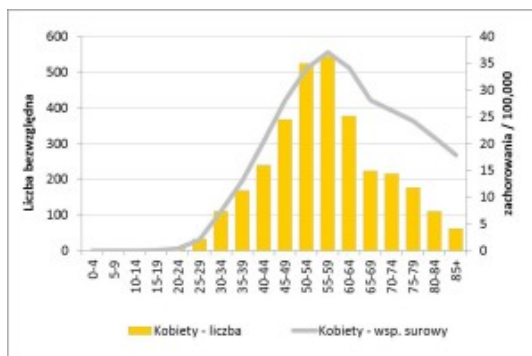
Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe szyjki macicy wynosiła w 2010 roku nieco ponad 3000 (tab. 1).

Tabela 1. Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 1980-2010

Rok	Kobiety		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. stand.
1980	3532	19,4	16,4
1985	3837	20,1	16,8
1990	3658	18,7	15,2
1995	3856	19,5	14,8
2000	3597	18,1	13,1
2005	3263	16,6	11,5
2010	3078	15,5	10,3

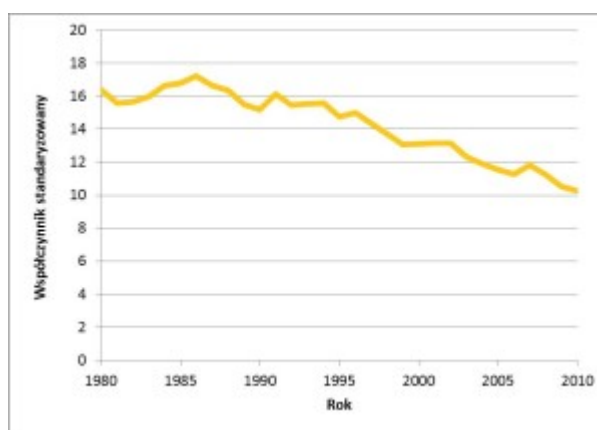
Około 60% zachorowań występuje między 45 a 64 rokiem życia (rys. 2) . Ryzyko zachorowania raka szyjki macicy wzrasta z wiekiem do końca szóstej dekady życia (ponad $37/10^5$), po czym wraz z przechodzeniem do starszych grup wiekowych zmniejsza się (rys. 2).

Rysunek 2. Zachorowalność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2008-2010 w zależności od wieku



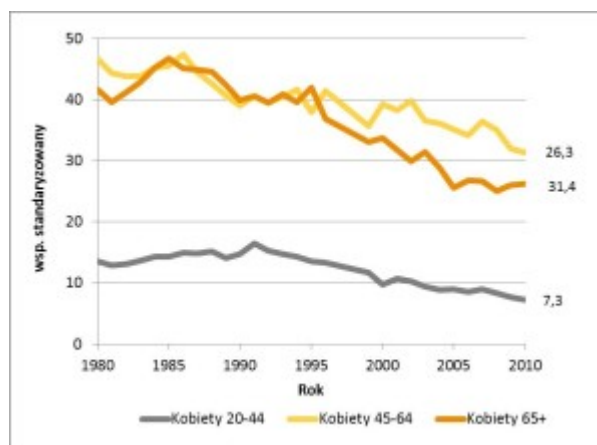
Zachorowalność na nowotwory złośliwe szyjki macicy w ciągu ostatnich trzech dekad zmniejszyła się o około 30% (rys. 3).

Rysunek 3. Trendy zachorowalności na raka szyjki macicy w Polsce w latach 1980-2010



U dorosłych młodych kobiet (20-44 lat) spadek zachorowalności rozpoczął się w początku lat 90 XX wieku i do końca pierwszej dekady XXI wieku zmniejszyła się prawie 2,3 razy. Nieco wcześniej, w połowie lat 80 XX wieku rozpoczął się również spadek zachorowalności u kobiet w średnim wieku (około 1,5-krotnie) i wśród kobiet najstarszych (około 1,8 razy) (rys. 4).

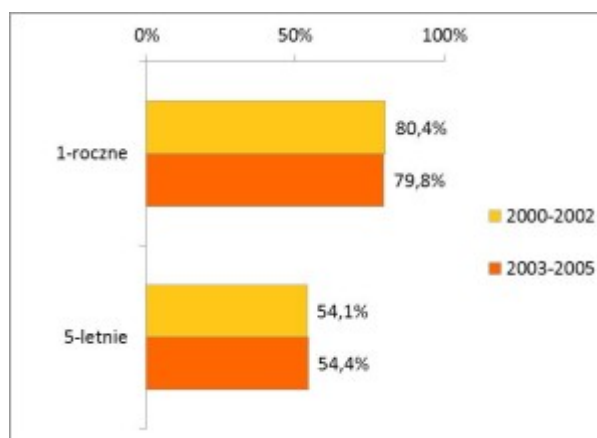
Rysunek 4. Trendy zachorowalności na raka szyjki macicy w Polsce w latach 1980-2010 w wybranych grupach wieku



Przeżycia

Wśród pacjentek, u których zdiagnozowano nowotwory szyjki macicy w latach 2000-2002 1-roczone wskaźniki przeżyć wynosił 80,4%, w latach 2003-2005 pozostały na tym samym poziomie (79,8%). Przeżycia 5-letnie wśród pacjentek z nowotworami szyjki macicy w ciągu pierwszej dekady XXI nie zmieniły się: 54,1% w latach 2000-2002 wobec 54,4% w latach 2003-2005 (rys. 5).

Rysunek 5. Wskaźniki 1-rocznych i 5-letnich przeżyć względnych u chorych na raka szyjki macicy w Polsce



Polska na tle Europy

W 2010 roku w Polsce częstość zachorowań na nowotwory szyjki macicy była o około 15% wyższa niż średnia dla krajów Unii Europejskiej (dane z 2009 roku) (rys. 6).

Psychofizyczne konsekwencje raka szyjki macicy

W Polsce nie prowadzono systematycznych badań analizujących doświadczenia życiowe kobiet dotkniętych tą właśnie chorobą. Dostępne są jedynie dane o charakterze epidemiologicznym, które wskazują, że niemal 1/3 zgonów dotknęła kobiety w wieku 15 – 49 lat, a więc kobiety młode, u progu lub w pełni aktywnego życia, karier zawodowych, niezrealizowanych planów na przyszłość. W perspektywie indywidualnego doświadczenia choroba nowotworowa powoduje ból oraz lęk wynikły z zagrożenia życia, dodatkowo podsycany negatywnymi wyobrażeniami i społecznymi „metaforami” raka. Rak jest przede wszystkim „zabójcą”. Pierwsze objawy choroby, a nawet dalsze, wskazujące już na znaczny jej rozwój, mogą być przez kobietę ignorowane. Dopiero nasilenie się objawów (ból, dyskomfort fizyczny) powoduje niepokój, do którego po otrzymaniu diagnozy niejednokrotnie dołącza lęk i depresja. Źródłem wtórnych cierpień jest także leczenie (chirurgia, radioterapia, chemia), a także stresujące pobyty w szpitalach i obawy o los najbliższych, szczególnie dzieci pozbawionych opieki. Indywidualna reakcja na chorobę może się oczywiście różnić zależy od szeregu czynników, takich jak cykl życia kobiety, prognoza, co do dalszego rozwoju choroby, powodowane nią zaburzenia w strukturze rodziny, wiedza o raku i możliwościach jego leczenia, dotychczasowe doświadczenia kontaktów z medycyną i wielu innych. Zawsze jednak stanowi źródło cierpień fizycznych i negatywnych emocji. Zakażenie wirusem HPV może wywierać także bardziej bezpośredni wpływ na przebieg ciąży. Liczne badania kliniczne i doświadczalne wskazują, że zakażenie genitalnymi typami HPV, w tym typami HPV 6/11 (odpowiedzialnymi za kłykciny), może prowadzić do spontanicznych poronień we wczesnej fazie ciąży. Badania te stwierdziły obecność DNA wirusów HPV w próbkach pobranych aż z 70% płodów po poronieniu samoistnym. Wykazano także, że kobiety z historią zakażeń HPV mają ok. 3 razy większe ryzyko utraty ciąży, a także znaleziono HPV 18 w 50% preparatów nabłonika kosmówkowego złośliwego. W ostatnich latach odkryto też, że wirusy HPV 16 i HPV 31 mogą replikować de novo w łożyskowych trofoblastach.

HPV, jako czynnik wywołujący raka szyjki macicy, sromu, pochwy oraz brodawki płciowe.

Rozpoznanym czynnikiem sprawczym raka szyjki macicy są onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV). Zakażenia genitalnymi typami tych wirusów wywołują różnego typu zmiany przed nowotworowe i nowotworowe na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. Wirus przenoszony jest drogą płciową. Ryzyko zakażenia genitalnymi typami HPV w ciągu całego życia u osób aktywnych seksualnie wynosi około 50%, a zakażenia te są najczęstsze u młodych kobiet.

Spośród ponad 100 typów wirusa HPV około 40 zakaża preferencyjnie błony śluzowe narządów płciowych. Największy związek z rakiem szyjki macicy wykazuje HPV 16 oraz HPV 18, które są odpowiedzialne za ponad 70% wszystkich przypadków tego raka i większość przypadków śród

nabłonkowych zmian przed nowotworowych. Ścisły związek między zakażeniem HPV (zwłaszcza HPV 16) a ryzykiem rozwoju raka szyjki macicy został potwierdzony także w kontrolowanych badaniach retrospektywnych. Zmiany niskiego stopnia na szyjce macicy i w innych okolicach ciała: sromie, prąciu, odbycie są wywoływane nie tylko przez typy onkogenne HPV, ale w części przypadków mogą być związane z zakażeniem wirusami o niskim potencjale onkogennym, głównie HPV 6 i HPV 11. Ponadto wirusy HPV 6 i HPV 11 są odpowiedzialne za ponad 90% przypadków brodawek płciowych i brodawek w okolicy odbytu oraz dużej części zmian brodawczakowych w jamie ustnej. Prawdopodobny model rozwoju raka szyjki macicy przedstawia się następująco:

- Infekcja HPV rozpoczyna się po kontakcie płciowym,
- U około 80% kobiet zwalcza infekcję i nie występują u nich jakiegokolwiek objawy i zmiany na szyjce macicy,
- U 20% kobiet ostra infekcja przechodzi w fazę przewlekłą i w ciągu 2-4 lat rozwijają się zmiany typu CIN,
- U 15% kobiet następuje samowyleczenie infekcji HPV wraz z regresją zmian CIN,
- U 3 - 5% nieleczonych kobiet rozwija się rak szyjki macicy.

Diagnostyka i leczenie

Leczenie chorych z rakiem szyjki macicy wymaga bardzo starannej diagnostyki zarówno histopatologicznej, jak i radiologicznej oraz dużego doświadczenia zespołu leczącego. Jedynie prawidłowo zaplanowane i właściwie oraz terminowo przeprowadzone leczenie daje szansę na dobry ostateczny wynik terapii. Objawy kliniczne raka szyjki macicy pojawiają się dość późno i wiele kobiet we wczesnych stadiach choroby nie zgłasza dolegliwości. Zazwyczaj, jako pierwszy sygnał nieprawidłowości pojawia się krwawienie niezwiązane z miesiączką, mogą także występować krwawienia po stosunku. W następnym okresie dołączają się upławy i bóle w okolicy krzyżowo-lędźwiowej lub pośladków. W bardzo zaawansowanych stadiach choroby występuje obrzęk kończyny dolnej. Częstym sygnałem do podjęcia kroków diagnostycznych jest nieprawidłowy wynik cytologii pobranej z szyjki macicy, ale dopiero wynik badania histopatologicznego materiału pobranego z tarczy części pochwowej (wskazane wykonanie biopsji pod kontrolą kolposkopu) lub wyskrobin z kanału szyjki upoważnia do rozpoznania choroby nowotworowej.

Wynik histopatologiczny określa typ nowotworu, istotny do właściwego doboru metody leczenia, jednak ostateczne zakwalifikowanie do rodzaju terapii jest możliwe po określeniu. Wybór metody terapii jest, zatem wypadkową kilku istotnych czynników, tj. stopnia zaawansowania choroby, typu histologicznego nowotworu, wieku chorej, jej indywidualnych preferencji oraz możliwości i doświadczenia ośrodka podejmującego się leczenia raka szyjki macicy. Należy jednak podkreślić, że niezależnie od zastosowanych, skomplikowanych i kosztownych procedur, leczenie pozostawia trwały, okaleczający ślad zarówno w ciele oraz jego funkcjach, jak i w psychice kobiety. Opóźniona w Polsce diagnostyka raka szyjki macicy u kobiet, wysokie koszty leczenia, problematyczne – przynajmniej w porównaniu z innymi krajami europejskimi – jego efekty, ale przede wszystkim

przedwczesne zgony wielu kobiet stanowią istotną przesłankę do intensyfikacji działań profilaktycznych ograniczających występowanie i skutki choroby.

Profilaktyka

Profilaktyka raka szyjki macicy sprowadza się przede wszystkim do redukcji częstości występowania nowych zachorowań i ograniczenia roli czynników nasilających podatność na chorobę (profilaktyka pierwotna), oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów (profilaktyka wtórna). Przez wiele lat, w zakresie zdrowia publicznego, w stosunku do raka szyjki macicy dominowały działania drugiego typu. Profilaktyka polegała na realizacji indywidualnych badań cytologicznych i programów badań przesiewowych, wspieranych okazjonalnymi działaniami z zakresu edukacji zdrowotnej. Nowy etap walki z rakiem szyjki macicy na świecie rozpoczął się wraz z wprowadzeniem szczepionki przeciw HPV (dostępnej w Europie od 2006 roku), rozpoznanym, jako niezbędny czynnik warunkujący rozwój choroby. Powszechniejszą w krajach europejskich i w USA metodą profilaktyki raka szyjki macicy są powszechne szczepienia przeciw wirusowi HPV, które – według prowadzonych badań w zaszczepionej populacji eliminują w znacznym stopniu ryzyko zachorowania. Dotychczas 10 krajów europejskich wydało już oficjalne rekomendacje dotyczące szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego. Są to: Niemcy, Włochy, Francja, Norwegia, Wielka Brytania, Belgia, Szwajcaria, Austria, Szwecja i Luksemburg. Doświadczenia krajów zachodnich, a szczególnie skandynawskich, pokazują wyraźnie, że roli profilaktyki w zapobieganiu rakowi szyjki macicy nie można przecenić. Choroba ma poważne konsekwencje zdrowotne i społeczne, a jej leczenie pociąga za sobą znaczne koszty. Badania przesiewowe oraz działania profilaktyczne, obejmujące szczepienia przeciwko HPV, mogą nie tylko ograniczyć ryzyko występowania raka szyjki macicy, ale przyczynić się istotnie do zmniejszenia następstw psychospołecznych i ekonomicznych tej choroby.

Programy edukacyjne propagujące zdrowy styl życia mają na celu zapobieganie chorobie, co w efekcie zmniejszy koszty ponoszone na leczenie. Ważną sprawą jest, aby edukacją objąć zarówno młode dziewczęta jak i ich opiekunów. Jest to niezbędne przy kształtowaniu właściwych nawyków higienicznych w każdym domu.

Szczepienia ochronne

Szczepionka czterowalentna - przeciw czterem najczęściej występującym typom wirusa brodawczaka ludzkiego, w tym dwóm z grupy onkogennej (HPV 16 i HPV 18) oraz dwóm typom tzw. niskiego ryzyka (HPV 6 i HPV 11) - została zarejestrowana we wrześniu 2006 roku w Unii Europejskiej do stosowania u dzieci w wieku 9–15 lat oraz u kobiet w wieku 16–26 lat. Wcześniej, bo już w czerwcu 2006 roku, szczepionka została zarejestrowana w USA. Obecnie jest zarejestrowana w ponad 80 krajach. W ostatnim okresie zarejestrowano w Australii i Europie również szczepionkę dwuwalentną. Szczepionki przeciw HPV są produkowane w oparciu o technologię inżynierii genetycznej. Antygenami są białka kapsydu wirusów VLP (virus like participle). Generują one wysokie miana przeciwciał, ponieważ:

- Są podawane domięśniowo, a więc szybko dostają się do naczyń krwionośnych i lokalnych węzłów chłonnych,

- Antygen jest szeroko prezentowany układowi immunologicznemu,
- Wywołują dobrą odpowiedź limfocytów Th oraz limfocytów B,
- Dominują przeciwciała neutralizujące i specyficzne dla typu wirusa (możliwa jest reakcja krzyżowa i krzyżowa neutralizacja dla bardzo podobnych typów wirusa).

Skuteczność szczepienia oceniana jest na:

- 75% w przypadku zapobiegania rakowi płaskonabłonkowemu (carcinoma planoepitheliale cervicis uteri) – najczęstszemu typowi histologicznemu raka szyjki (ok. 85% przypadków),
- 96% w przypadku zapobiegania gruczolakorakowi (adenocarcinoma cervicis uteri), który stanowi ok. 10% przypadków i choć rozwija się wolniej niż rak płaskonabłonkowy, to wyniki leczenia są zwykle nieco gorsze.

Biorąc pod uwagę, że najwyższe ryzyko zakażenia tym wirusem występuje w ciągu pierwszych 5 lat od momentu inicjacji seksualnej, najlepszą grupą do szczepienia powinny być dzieci i młodzież przed rozpoczęciem aktywności seksualnej (dziewczynki 10 -16 - letnich). Rozważając aktualne możliwości realizacji szczepień przeciw HPV w Polsce, trzeba wskazać na konieczność sfinansowania szczepionki, która nie została na razie włączona do obowiązkowej części Programu Szczepień Ochronnych, pokrywanych przez budżet państwa. Koszt zakupu szczepionki czterowalentnej obecnie kształtuje się ok. 1.000 złotych (cena całkowitego zaszczepienia - trzy dawki). Wprowadzanie masowych szczepień prowadzi niewątpliwie do wyraźnego zmniejszenia występowania przed nowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy, czego naturalnym następstwem staje się obniżenie wartości pozytywnej predykcji badań cytologicznych. W zależności od wybranej szczepionki (dwuwalentnej czy czterowalentnej), efekt szczepień jednej kohorty dziewcząt będzie widoczny po kilku lub kilkunastu latach (związane jest to z dodatkowym wpływem nieonkogennych typów 6 i 11 HPV) i będzie dotyczył wyłącznie roczników zaszczepionych. Dopiero jednak po kilkunastu latach od rozpoczęcia obowiązkowych szczepień sytuacja zmieni się na tyle, że możliwa będzie modyfikacja założeń programu badań przesiewowych. Wtedy to populacja „przejściowa” ulegnie wyczerpaniu, a skriningowe badania cytologiczne zaczną obejmować kobiety zaszczepione przeciw HPV.

Stosowne będzie wówczas stopniowe zmniejszenie częstotliwości.

3. CELE PROGRAMU

A. Cele główne:

- Mogą zapobiec rakowi szyjki macicy, sromu, pochwy, brodawkom płciowym. Zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy, sromu, pochwy i brodawek płciowych, tym samym wpływ na poprawę zdrowia mieszkańców Gminy Supraśl zgodnie z priorytetami wskazanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie priorytetów zdrowotnych,

- Ukształtowanie właściwych nawyków higienicznych u dziewcząt objętych programem, tym samym zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom i zakażeniom wywołanym przez wirusy HPV,
- Zaszczepienie przeciw wirusowi HPV w każdym roku obowiązywania Programu 13 – latek zameldowanych na pobyt stały na terenie Gminy Supraśl,
- Dokonanie dobrowolnych szczepień wśród nastolatek.

B. Cele szczegółowe:

- Zwiększenie skuteczności edukacji zdrowotnej wśród nastolatek w kwestii zachorowalności na raka szyjki macicy, raka sromu, pochwy i brodawkom płciowym.
- Ugruntowanie postaw dziewcząt w okresie dojrzewania poprzez nabywanie wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych, w tym podkreślenie roli wykonywanych badań cytologicznych
- Podniesienie świadomości zdrowotnych młodych dziewcząt, ich rodziców oraz przekonanie do wczesnej konsultacji medycznej w przypadku występowania niepokojących objawów,
- Wypromowanie zdrowego trybu życia wśród młodzieży szkolnej,
- Podniesienie poziomu świadomości społecznej, w kwestii działań profilaktycznych.

C. Oczekiwane efekty realizacji programu:

- zaszczepienie dziewcząt z rocznika 2005, 2006, 2007,
- zredukowanie częstości występowania nowych zachorowań,
- ograniczenie roli czynników nasilających podatność na chorobę (profilaktyka pierwotna) oraz działań zmierzających do wczesnego wykrywania objawów (profilaktyka wtórna),
- podniesienie wiedzy rodziców i świadomości nastolatek na temat możliwości zachorowań, skutecznej profilaktyki i następstw zachorowań.

D. Mierniki efektywności:

- ilość zaszczepionych dziewcząt,
- ilość przeprowadzonych akcji informacyjnych w szkołach,
- ilość zgód rodziców na przeprowadzenie szczepień.

4. Adresaci programu:

A. Oszacowanie populacji włączonej do Programu

Adresatami programu są wszystkie dziewczynki zameldowane i zamieszkujące na stałe w Gminie Supraśl z roczników: 2005, 2006, 2007- łącznie 345 dziewczynek.

Tabela nr 1. Ilość dziewcząt kwalifikujących się do programu (dane własne z dnia 21.09.2017r.- Referatu Spraw Obywatelskich w Supraślu).

Rok urodzenia dziewcząt	2005	2006	2007
Ilość dziewcząt zameldowanych na pobyt stały w Gminie Supraśl na dzień 21.09.2017r.	90	120	135
Rok przeprowadzenia programu szczepienia	2018	2019	2020

B. Tryb zapraszania do Programu

Zaproszenie do Programu nastąpi poprzez skierowanie do każdego z rodziców indywidualnej oferty. Ponadto promocja Programu przeprowadzona zostanie z początkiem każdego roku kalendarzowego objętego Programem na zebraniach w szkołach podstawowych na terenie gminy Supraśl. Plakaty i ulotki informujące o Programie rozpowszechnione zostaną w miejscach użyteczności publicznej min. w jednostkach prowadzących działalność leczniczą, aptekach, jednostkach podległych Gminie. Przystąpienie do realizacji świadczenia następować będzie na podstawie pisemnej zgody rodzica wg załącznika nr 1 do programu – formularz zgody na szczepienie przeciwko wirusowi HPV.

5.Organizacja programu:

A. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

- Przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej wśród rodziców dziewcząt objętych Programem.
- Prowadzenie akcji informacyjnej dotyczącej zakażenia HPV i zapobieganie rakowi szyjki macicy (także wśród chłopców).
- Przeprowadzenie „lekcji higienicznych” dla objętych programem uczennic. W czasie zajęć zapoznanie dziewcząt z podstawowymi zasadami przeciwdziałania zakażeniom wirusem HPV.
- Powszechne wdrożenie szczepienia dziewcząt – w każdym roku szkolnym nastąpi wdrożenie szczepienia jednego rocznika.
- Program jest realizowany na terenie Gminy Supraśl. Osoby z objętej Programem zostaną zaproszone do wzięcia udziału w jego realizacji.
- W każdym kolejnym roku dopuszcza się dla poszczególnych roczników objętych programem zwiększenie lub zmniejszenie liczby dziewcząt zgodnie ze stanem na dzień 30 września roku, poprzedzającego rok, w którym realizowany jest program.
- Szczepienie będzie dobrowolne, zawsze za zgodą rodziców lub prawnych opiekunów wyrażoną podpisaniem „formularza zgody” stanowiącego załącznik nr 1 do Programu.
- Każda osoba winna być przebadana przez realizatora programu w celu wykluczenia ewentualnych przeciwwskazań do podania szczepionki.
- Szczepionka podawana jest trzykrotnie w okresie sześciu miesięcy od momentu podania pierwszej dawki szczepionki, przez realizatora Programu wyłonionego w trybie konkursowym.

B. Planowane interwencje

- zapoznanie rodziców z działaniem szczepionki przeciw HPV,
- uzyskanie zgody rodziców na wykonanie zabiegu podania 3 dawek szczepionek, deklaracja zgody rodziców nastąpi według wzoru ustalonego przez Burmistrza Supraśla.
- przeprowadzenie akcji szczepień szczepionką 4-walentną przeciw HPV 6,11,16,18, która zapobiega ponadto zmianom dysplastycznym średniego i dużego stopnia oraz brodawkom zewnętrznym narządów płciowych związanych najczęściej z zakażeniem typem 6 lub 11 wirusa brodawczaka ludzkiego.

C. Zasady udzielania świadczeń

Realizator programu, który zostanie wyłoniony w trybie konkursu ogłoszonego przez Burmistrza Supraśla powinien posiadać wyspecjalizowaną kadrę, zdolność finansową umożliwiającą realizację Programu. Będzie również zobowiązany do prowadzenia dokumentacji realizacji Programu w oparciu o wymogi określone w umowie. Każdy etap szczepień zakończony zostanie złożeniem pisemnej informacji o przebiegu szczepień i ilości zaszczepionych dziewczynek.

D. Sposób powiązania działań ze świadczeniami finansowymi z NFZ

Zgodnie z programem szczepień ochronnych, szczepienia przeciwko wirusowi HPV znajdują się w wykazie szczepień zalecanych – niefinansowanych ze środków budżetu Ministerstwa Zdrowia.

Działaniom obejmującym szczepienia typu HPV powinny towarzyszyć inne formy profilaktyki finansowane ze środków NFZ, do których można zaliczyć badanie cytologiczne. Dziewczynki poddane szczepieniom, powinny od momentu rozpoczęcia aktywności seksualnej, lub po ukończeniu 18-go roku życia wykonywać systematycznie badania cytologiczne. Badanie cytologiczne pozwala na wykrycie zmian w obrębie szyjki macicy, zanim nabiorą charakteru nowotworowego, umożliwia wczesne rozpoznanie choroby. Badanie cytologiczne spełnia kryteria Światowej Organizacji Zdrowia dla badań zalecanych w przesiewie.

F. Sposób zakończenia udziału w Programie

Realizator Programu po zakończeniu każdego etapu i na zakończenie realizacji programułoży Burmistrzowi Supraśla pisemną szczegółową informację zawierającą dane statystyczne oraz wnioski, opinie na temat przeprowadzonych działań.

6.Koszty programu

„Program zapobiegania czynnikom ryzyka raka szyjki macicy (HPV typ 6,11,16,18) w Gminie Supraśl” w latach 2018-2020 będzie realizowany ze środków własnych Gminy Supraśl.

a) Koszty jednostkowe

Na koszt realizacji Programu, zgodnie z założeniami organizacyjnymi składa się:

- zakup szczepionek przeciwko wirusowi HPV (szczepionka przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego HPV wywołanym przez typ 6,11,16,18) – szczepionka powinna być dopuszczona do obrotu i stosowania na terenie Polski na podstawie wpisu do rejestru środków farmaceutycznych lub materiałów medycznych,
- przeprowadzenie badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia przed każdą dawką szczepienia,

- wykonanie usługi szczepień – podanie szczepionki zgodnie ze schematem określonym przez producenta,
- edukacja młodzieży i rodziców poprzez przekazanie informacji o zasadności i istocie szczepienia przeciwko wirusowi HPV,
- sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie.

Szacunkowy koszt jednostkowy Programu w przeliczeniu na 1 dziecko w poszczególnych latach wynosić będzie ok. 1 000 zł.

b) Planowane koszty całkowite

Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawcę wyłonionym w drodze otwartego konkursu ofert.

Ponadto na kampanię edukacyjną planuje się przeznaczyć, co roku po 2 300 zł. Środki finansowe przeznaczone na realizację Programu mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w latach kolejnych w zależności od możliwości budżetowych Gminy Supraśl.

Program w całości finansowany będzie ze środków finansowych Gminy Supraśl.

7. Monitorowanie i ewaluacja:

Po zakończeniu realizacji Programu, zostanie on poddany ocenie w celu jego użyteczności i ewentualnych propozycji dla dalszych działań. Zastosowane zostaną metody jakościowo-ilościowe takie jak: obserwacja oraz jakościowe typu: wywiad, przeprowadzenie w formie bezpośredniej (pytania o zachowania, wiedzę). Na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia będzie prowadzony monitoring:

- szczepionych dziewczynek pod kątem zachorowalności na raka szyjki macicy,
- populacji szczepionych dziewczynek w skali gminy,
- zgłaszania się mieszanek Gminy Supraśl na badania cytologiczne.

8. Okres realizacji Programu

Program będzie realizowany w okresie 3 lat – początek realizacji wrzesień 2018r. Umowy z realizatorami Programu zawierane są każdorazowo na kolejny rok kalendarzowy.

Niniejszy program został opracowany w oparciu o raport z sesji naukowej zorganizowanej przez szkołę Nauk Społecznych IFiS PAN i dziennik „Służba Zdrowia” w dniu 9 października 2007 r. w Warszawie pod redakcją naukową prof. dr. Hab. Antonina Ostrowskiego i dr. Mariusza Gujskiego oraz Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Rak Szyjki macicy. Wybierz życie” zorganizowanej przez Sekcję ginekologii Onkologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej w dniach 21 - 22 września 2007 r. w Gdańsku pod redakcją Dariusza Wydry i Janusza Emericha.