

**UCHWAŁA NR LI/461/2022
RADY MIEJSKIEJ W STRYKOWIE**

z dnia 17 marca 2022 r.

w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024"

Na podstawie art 18 ust. 2 pkt 15 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 559) oraz art. 7 ust. 1 i art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232 i 2270 oraz z 2022 r. poz. 64, 91, 526 i 583), Rada Miejska w Strykowie uchwała co następuje:

§ 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. "Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Strykowa.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Strykowie

Paweł Kasica

Załącznik do uchwały Nr LI/461/2022
Rady Miejskiej w Strykowie
z dnia 17 marca 2022 r.

**Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)
w Gminie Stryków na lata 2022-2024**



Tytuł programu: „Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024”

Okres realizacji programu: 2022-2024

Adres jednostki terytorialnej: Gmina Stryków, ul. Kościuszki 27, 95-010 Stryków (woj. łódzkie)

Dane kontaktowe:

Numer telefonu do kontaktu: 42 719 89 27

Adres email do kontaktu: radoslaw.zaborowski@strykow.pl

Imię i nazwisko osoby do kontaktu: Radosław Zaborowski

Data opracowania programu: styczeń 2022 r.

Podstawa opracowania:

Art.48. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz. U. z 2021r. poz. 1285 z późn.zm.]

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej na lata 2022-2024 został przygotowany zgodnie z rekomendacją nr 2/2019 z dnia 11 października 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) i stanowi kontynuację wcześniejszych programów.

Posiadana opinia AOTM: Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 200/2013 z dnia 08 lipca 2013r. (opinia do wcześniejszych programów, których niniejszy program jest kontynuacją)

SPIS TREŚCI

PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE	3
OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ	3
Problem zdrowotny	3
Dane epidemiologiczne	4
Opis obecnego postępowania	4
Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	5
CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI	5
Cel główny	5
Cele szczegółowe	6
Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	6
CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA PLANOWANYCH W RAMACH PROGRAMU INTERWENCJI	6
Populacja docelowa	6
Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	6
Planowane interwencje	7
DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ	7
SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE	9
ORGANIZACJA PROGRAMU	9
ETAPY PROGRAMU I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH TYCH ETAPÓW	9
WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH	9
Wymagania dotyczące personelu	9
Wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych	10
SPOSÓB MONITOROWANIA PROGRAMU	10
EWALUACJA PROGRAMU	11
BUDŻET PROGRAMU	11
Koszty jednostkowe programu	11
Koszty całkowite programu	11
Źródło finansowania:	12
BIBLIOGRAFIA	13
ZAŁĄCZNIKI	13

I. PODSTAWOWE INFORMACJE O PROJEKCIE

Tytuł projektu programu: "Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024 "

Adres jednostki terytorialnej: ŁÓDZKIE / zgierski / Stryków / Stryków

Numer telefonu do kontaktu: 42 719 89 27

Imię i nazwisko do kontaktu: Radosław Zaborowski

Planowany termin początku programu: 2022-03-01

Planowany termin końca programu: 2024-12-31

Posiadana opinia AOTM do wcześniejszych programów, których niniejszy program jest kontynuacją: Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 200/2013 z dnia 08 lipca 2013r.

II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1. Problem zdrowotny

Wirusy brodawczaka ludzkiego (ang. human papilloma virus, HPV) stanowią najczęstszą przyczynę rozwoju raka szyjki macicy (RSM). W krajach o wysokiej zachorowalności na RSM częstość występowania przewlekłego HPV wynosi 10-20%, podczas gdy jest to 5-10% w krajach o niskiej częstości występowania tej jednostki chorobowej. W etiologii raka szyjki macicy odgrywają rolę liczne typy onkogenne HPV, jednak największy związek z występowaniem zmian przednowotworowych i raka szyjki macicy wykazuje typ 16 i 18 HPV. Typy te są prekursorami ponad 70% wszystkich przypadków zachorowań na raka szyjki macicy oraz większości przypadków śródnabłonkowej neoplazji. Fakt ten został oficjalnie potwierdzony przez WHO, która w 1996 r., obydwa wymienione typy HPV uznała za onkogenne dla człowieka, z czego typ HPV 16 ma wpływ na powstanie raka płaskonabłonkowego, a typ HPV 18 na raka gruczołowego szyjki macicy. Wśród innych epidemiologicznych czynników ryzyka tego nowotworu wymienia się: palenie tytoniu, liczbę urodzonych dzieci, stosowanie doustnej antykoncepcji, wczesny wiek inicjacji seksualnej, dużą liczbę partnerów seksualnych, choroby przenoszone drogą płciową, niektóre choroby autoimmunologiczne oraz przewlekłą immunosupresję.

Rak płaskonabłonkowy stanowi ok. 80% wszystkich przypadków RSM, pozostałe 20% to przypadki raka gruczołowego. Wykonywanie skutecznych badań przesiewowych przyczynia się do spadku zachorowalności i umieralności na raka płaskonabłonkowego w krajach rozwiniętych. Odmienna sytuacja ma miejsce w zakresie wskaźników dotyczących gruczolakoraka – obserwuje się wzrost zachorowań, najprawdopodobniej mający związek z mniejszą skutecznością screeningu w tym przypadku. Badania naukowe wskazują, iż szczepienia przeciw HPV mogą zmniejszyć wskaźniki zachorowalności zarówno w przypadku raka płaskonabłonkowego, jak i gruczołowego.

Transmisja zakażenia HPV odbywa się głównie drogą płciową, zdarzają się jednak zakażenia w wyniku transmisji wertykalnej (od matki do płodu) lub podczas pielęgnacji dziecka przez osobę zakażoną. Zakażenie HPV jest najczęściej przemijające, jednak może wywoływać w okolicy narządów płciowych zarówno zmiany łagodne (np. brodawki płciowe, kłykciny kończyste), jak i zmiany przed i nowotworowe – najczęściej z umiejscowieniem w obrębie szyjki macicy, ale także w obrębie sromu, prącia i odbytu. W przypadku RSM stadium początkowe przebiega zwykle bezobjawowo, co stanowi istotną z przyczyn późnego jego wykrywania. Jednym z pierwszych pojawiających się objawów jest krwawienie: krwawienie międzymiesiączkowe, po stosunku czy badaniu ginekologicznym, krwawienie po menopauzie. Mogą także pojawić się krwiste upławy o nieprzyjemnym zapachu. W późniejszym stadium zdarzają się przypadki bólu w dole brzucha oraz okolicy lędźwiowo-krzyżowej, a także obrzęki nóg i trudności przy oddawaniu moczu.

Wśród metod diagnostycznych neoplazji szyjki macicy oraz RSM wymienia się: badanie cytologiczne, badanie kolposkopowe oraz badanie histopatologiczne pobranego materiału tkankowego w wyniku biopsji szyjki macicy. Ponadto stosuje się diagnostykę fotodynamiczną PDD i diagnostykę optoelektryczną. Pierwsza z wymienionych pozwala na precyzyjne zlokalizowanie zmiany chorobowej, co pomaga w zaplanowaniu postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Diagnostyka optoelektryczna natomiast ma szansę stać się ważnym narzędziem diagnostycznym programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz uzyskać przewagę nad screenieniem cytologicznym i kolposkopią z powodu niskich kosztów, automatyzacji badania i faktu

natychmiastowego uzyskania wyniku. W zastosowaniu są także testy wirusologiczne w kierunku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego – nie wykrywające patologicznych zmian w obrębie szyjki macicy czy raka, lecz określające ryzyko rozwoju zmian przedrakowych i RSM.

Plan leczenia RSM powinien być ustalany w zespole wielodyscyplinarnym, z udziałem doświadczonego ginekologa lub ginekologa onkologa, radioterapeuty i onkologa klinicznego. W raku szyjki macicy stosuje się leczenie chirurgiczne, radioterapię, radiochemioterapię i chemioterapię. Chirurgia jest podstawową metodą leczenia wczesnego raka szyjki macicy. W leczeniu zaawansowanego miejscowo raka szyjki macicy standardem jest radiochemioterapia. Chemioterapia natomiast ma zastosowanie w przypadku przerzutów odległych oraz wznów. Rokowania wyleczenia chorych w I i II stopniu zaawansowania raka szyjki macicy są wysokie.

2. Dane epidemiologiczne

Rak szyjki macicy stanowi poważny globalny problem zdrowotny. W 2018 roku na świecie nowotwór o tej lokalizacji rozpoznano u ok. 570 tysięcy kobiet, natomiast w przypadku ponad 265 tysięcy był on przyczyną zgonu. RSM stanowi czwarty najczęstszy nowotwór występujący u kobiet na świecie. 90% przypadków odnotowuje się w krajach rozwijających się, gdzie wciąż pozostaje wiodącą przyczyną zgonów kobiet.

Polska należy do krajów o średniej zachorowalności na ten nowotwór. Ma jednak jeden z najwyższych wskaźników zachorowalności i umieralności w Europie. W Polsce notujemy również jeden z najniższych w Europie odsetek przeżyć 5-letnich, będący miarą wyleczalności tego raka. Odsetek ten wynosił 48,3% przy średniej europejskiej 62,1%. W Polsce w 2017 roku na RSM (C53) zachorowały łącznie 2502 kobiety, a zmarło 1609.

Zgodnie z danymi Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w latach 2006-2016, RSM był w Polsce siódmym co do częstości nowotworem złośliwym kobiet (po raku sutka, oskrzela i płuca, skóry, trzonu macicy, jelita grubego oraz jajnika). RSM odpowiadał w badanym okresie za 4,1% zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet ogółem. Najwyższe współczynniki zachorowalności na RSM (standaryzowane względem populacji europejskiej) w latach 2006-2016 odnotowano w województwach: pomorskim (16,12/100 tys.), lubuskim (15,16/100 tys.) oraz warmińsko-mazurskim (15,00/100 tys.), najniższe zaś w podkarpackim (11,18/100 tys.), świętokrzyskim (11,98/100 tys.) oraz wielkopolskim (12,00/100 tys.). Najwyższe współczynniki umieralności (standaryzacja względem populacji europejskiej) z powodu RSM odnotowano w województwach: lubuskim (9,08/100 tys.), warmińsko-mazurskim (7,83/100 tys.) oraz pomorskim (7,80/100 tys.), zaś najniższe w województwach: podkarpackim (5,39/100 tys.), lubelskim (5,56/100 tys.) oraz małopolskim (6,09/100 tys.). Wg danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w latach 1999-2018 na terenie województwa łódzkiego z powodu nowotworu szyjki macicy zarejestrowano 4390 zachorowań i 2564 zgonów. Na terenie powiatu zgierskiego w tym samym okresie zanotowano 294 zachorowania i 153 zgony.

3. Opis obecnego postępowania

Ogromną rolę w przeciwdziałaniu nowotworom szyjki macicy i ograniczeniu zakażeń HPV odgrywają działania profilaktyczne. Rekomendowaną formą profilaktyki w zakresie raka szyjki macicy są regularne badania cytologiczne oraz szczepienia ochronne. Zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne w naszym kraju jest niska, w ostatnich latach oscylowała na poziomie około 40% populacji (wg. danych MZ), co jest zdecydowanie poniżej progu objęcia populacyjnego. Stąd też szansa na wczesne wykrycie tego nowotworu i skuteczne jego leczenie wciąż jest niewielka, a przez to śmiertelność jest zdecydowanie powyżej średniej dla krajów Europy Zachodniej. Dlatego też oprócz szczepień i badań cytologicznych bardzo ważna jest prowadzona jednocześnie edukacja i promocja zdrowotna, zarówno wśród dziewcząt jak i chłopców szczególnie przed podjęciem inicjacji seksualnej oraz wśród ich opiekunów. Aktualne wytyczne oraz dowody naukowe (PSO 2018, Cortem - Bordoy 2010, Haijstek 2011, Pham 2011, Bombardier 2012, Brenol 2013, Lenzi 2013) zalecają wykonywanie rutynowych szczepień p/HPV. Grupą docelową powinny być kobiety w wieku 9 - 26 lat. Coraz częściej wskazuje się też na wpływ szczepień na obecność infekcji wśród mężczyzn. U obu płci podkreśla się konieczność szczepień przed rozpoczęciem inicjacji seksualnej. Optymalny wiek zaszczepienia określa się na 11- 13 lat dla obu płci (wg NHMRC, ACIP, CCFA). Średni wiek inicjacji seksualnej wynosi 17/18 lat dla chłopców/dziewcząt a 16/18% chłopców/dziewcząt miało pierwszy stosunek przed 15 r.ż. (WHO 2016).

Szczepienia przeciw HPV nie były dotychczas finansowane ze środków publicznych, były i są natomiast finansowane przez samorządy w ramach programów polityki zdrowotnej. W latach 2009-2011

w ramach programów szczepieniami objęto jedynie 3% populacji docelowej, co wiąże się z dużym kosztem szczepień oraz niską świadomością i niewystarczającą aktywnością samorządów w zakresie zdrowia publicznego.

W Polsce realizowany jest Program Szczepień Ochronnych (PSO), gdzie co roku publikowany jest nowy kalendarz, który obejmuje zarówno szczepienia obowiązkowe (bezpłatne), jak i zalecane (płatne). Szczepienia przeciwko HPV obecnie po raz pierwszy znalazły się w wykazie szczepień częściowo refundowanych. Refundacja dotyczy stosowania szczepionki Cervarix, która jest szczepionką 2-walentną, czyli mającą uodparniać na zakażenie wirusami HPV dwóch typów - 16 i 18. Tymczasem na terenie Polski do obrotu dopuszczone są trzy rodzaje szczepionek: 2-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami 16 i 18), 4-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18) oraz 9-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58).

Obecnie wdrażany program polityki zdrowotnej pn. "Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024" jest kontynuacją wcześniej realizowanych programów. Poprzednie programy realizowane były w cyklach trzyletnich, w okresach: 2013-2015, 2016-2018 i 2019-2021 i przyjmowane były w oparciu o opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 200/2013 z dnia 08 lipca 2023r. Programy te obejmowały akcje informacyjne przeprowadzane przede wszystkim w szkołach w stosunku do 13-letnich dziewczynek i chłopców a także cykl szczepień szczepionką 4-walentną (w latach 2013-2018) i 9-walentną (w latach 2019-2021) trzynastoletnich dziewcząt, których rodzice bądź opiekunowie prawni wyrazili zgodę na podanie szczepionki.

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej na lata 2022-2024 został przygotowany zgodnie z rekomendacją nr 2/2019 z dnia 11 października 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) i stanowi kontynuację wcześniejszych programów.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Program pozwoli na zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom onkologicznym w Gminie Stryków. Zarówno w ograniczaniu zakażeń HPV, jak i przeciwdziałaniu RSM dużą rolę odgrywają działania profilaktyczne, obejmujące edukację zdrowotną, szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego, a także screening cytologiczny. Ostatnia z wymienionych form profilaktyki realizowana jest w ramach wspomnianego w poprzednim punkcie programu ogólnopolskiego, a zaplanowany program polityki zdrowotnej stanowi będzie uzupełnienie dla tych działań. Proponowane w interwencjach szczepienia ochronne są zalecanymi w odniesieniu do grupy docelowej i tylko częściowo refundowane. W związku z powyższym uważa się, iż niwelowanie bariery finansowej w dostępie do szczepień przeciwko HPV pozwoli na zwiększenie wskaźnika wyszczepialności w populacji nastoletnich dziewcząt. Ponadto poprzez realizację akcji informacyjno-edukacyjnej zakłada się zwiększenie świadomości zdrowotnej nastolatków oraz ich rodziców w zakresie ryzyka związanego z infekcjami wirusem HPV. Ponadto zaplanowany program wpisuje się w krajowe i regionalne strategie zdrowotne - jego zakres jest zgodny z:

- Priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych 17 - priorytet 1: Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu [...] b) nowotworów złośliwych, priorytet 6: Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom, w tym przeciwdziałanie skutkom nieprawidłowej antybiotykoterapii;

- Narodowym Programem Zdrowia na lata 2021-2025 - cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne zadanie 1. Kreowanie postaw prozdrowotnych oddziałujących na zdrowie prokreacyjne oraz podnoszenie kompetencji kadr medycznych w zakresie zdrowia prokreacyjnego, a także: cel operacyjny 4: Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne zadanie 5 Promocja szczepień, utrzymanie funkcjonalności portalu informacyjnego dotyczącego szczepień - działania promocyjne i popularyzacyjne dotyczące szczepień ochronnych.

III. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

1. Cel główny:

Celem głównym programu jest uzyskanie nie mniejszego niż 60% poziomu zaszczepienia pełnym schematem szczepienia przeciwko HPV w populacji docelowej biorącej udział w programie.

2. Cele szczegółowe:

1) Poszerzenie wiedzy i świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki infekcji wirusem HPV oraz ryzykownych zachowań i chorób przenoszonych drogą płciową.

2) Zwiększenie świadomości matek nastolatków w zakresie cyklicznego zgłaszania się na badania przesiewowe w zakresie wczesnego rozpoznawania raka szyjki macicy.

3) Zwiększenie odporności osobniczej na zakażenia wirusem HPV w populacji docelowej nastoletnich mieszkanki Gminy Stryków .

3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej:

1) Iloraz liczby osób zaszczepionych w ramach PPZ pełnym schematem szczepienia przeciwko HPV i liczby osób z populacji docelowej (wynik wyrażony w procentach);

2) Procent objęcia programem populacji docelowej;

3) Liczba osób, u których wystąpiły niepożądane odczyny poszczepienne;

IV. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA PLANOWANYCH W RAMACH PROGRAMU INTERWENCJI

1. Populacja docelowa:

trzynastoletnie dziewczynki i chłopcy oraz ich rodzice/opiekunowie prawni

Działania edukacyjno-promocyjne prowadzone w programie skierowane będą do zamieszkałych i zameldowanych na terenie Gminy Stryków 13-latków (dziewcząt i chłopców urodzonych w latach 2009-2011) oraz ich rodziców. W ramach akcji edukacyjnej planuje się w okresie realizacji objąć programem wszystkich mieszkańców Gminy urodzonych w latach 2009-2011 (łącznie ok. 457 osób) oraz ok. 500 osób, będących rodzicami nastoletnich beneficjentów programu.

W ramach akcji szczepień ambulatoryjnych planuje się objąć programem ok. 60% populacji docelowej dziewcząt 13-letnich tj. 142 (tj. średniorocznie ok. 47) nastolatek urodzonych w latach 2009-2011. Przyjęcie 60% wartości wynika z doświadczeń realizatora szczepień z lat ubiegłych.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.

1) Edukacja zdrowotna

a) kryteria kwalifikacji:

- wiek 13 lat lub pozostawanie rodzicem/opiekunem prawnym dziecka urodzonego w latach 2008-2012,
- zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie Gminy Stryków ,
- zgoda na udział w programie.

b) kryteria wyłączenia: brak zgody na udział w programie.

2) Szczepienia ochronne p/HPV

a) kryteria kwalifikacji:

- wiek 13 lat,
- płeć: żeńska,
- zamieszkiwanie i zameldowanie na terenie Gminy Stryków ,
- zgoda rodzica na udział w programie.

b) kryteria wyłączenia:

•przeciwwskazania zdrowotne do wykonania szczepienia, stwierdzone podczas badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia,

- brak zgody rodzica,
- wcześniejsze zaszczepienie p/HPV.

3. Planowane interwencje:

1) Edukacja zdrowotna:

- prowadzona przez specjalistę ds. zdrowia publicznego/promocji zdrowia, lekarza lub pielęgniarkę w formie 45-minutowego wykładu online dla rodziców – materiału przygotowanego przez realizatora, publikowanego na stronie internetowej realizatora, a także na stronie internetowej Gminy Stryków (obszar tematyczny: główne drogi zakażenia i transmisji wirusa HPV, etiologia i patogenezą nowotworów wywoływanych przez wirusa HPV, metody zapobiegania zakażeniom, korzyści wynikające z poddawania nastolatków szczepieniom ochronnym, niepożądane odczyny poszczepienne, profilaktyka wtórna – badania cytologiczne),

- prowadzona podczas wizyty u lekarza POZ, kwalifikującego do szczepienia (przekazanie informacji dotyczących profilaktyki zakażeń HPV, poinformowanie o pozytywnych skutkach szczepień ochronnych, przekazanie informacji o zasadach postępowania w przypadku pojawienia się niepożądanego odczynu poszczepiennego);

- realizowana za pomocą plakatów informacyjnych w wybranym podmiocie leczniczym oraz Urzędzie Miejskim w Strykowie (obszar tematyczny: profilaktyka zakażeń HPV, czynniki ryzyka raka szyjki macicy).

2) Szczepienia ochronne:

- w programie zastosowana zostanie szczepionka 9-walentna (przeciwko zakażeniom HPV typami: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58) – zostanie zastosowany schemat szczepienia zgodny z charakterystyką danego produktu leczniczego;

- szczepienie ochronne zostanie poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikującym;

- szczepienia będą realizowane zgodnie z zaplanowanym harmonogramem w trybie ambulatoryjnym.

V. DOWODY SKUTECZNOŚCI PLANOWANYCH DZIAŁAŃ

Zarówno europejskie, amerykańskie i kanadyjskie instytucje kształtujące politykę zdrowotną wyraźnie określają rolę szczepień w tworzeniu i realizacji strategii profilaktyki RSM i innych chorób związanych z HPV. Podobne zalecenia rekomenduje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO). W Polsce szczepienia HPV jako zalecane są rekomendowane przez Główny Inspektorat Sanitarny. Wprowadzenie populacyjnego programu szczepień przeciw HPV rekomendują wiodące towarzystwa naukowe, takie jak Polskie Towarzystwo Ginekologiczne (PTG), Polskie Towarzystwo Ginekologii-Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Wądnicy, czy Polskie Towarzystwo Profilaktyki HPV.

Obecnie w Polsce PTG zaleca rutynowe stosowanie szczepionki przeciw HPV w grupie dziewczynek w wieku 11-12 lat, a także u dziewcząt w wieku 13-18 lat, których wcześniej nie zaszczepiono lub u których należy dokończyć rozpoczętą już serię szczepień. Taką grupę docelową rekomenduje się w związku z faktem, iż okres przed ekspozycją na HPV na drodze kontaktu seksualnego stanowi idealny moment na wykonanie szczepienia – potencjalne korzyści z niego płynące maleją wraz ze wzrostem liczby partnerów seksualnych. Również szczepienia realizowane wśród chłopców niosą za sobą szereg pozytywnych konsekwencji, takich jak: przerwanie łańcucha transmisji HPV, zwiększenie odporności populacyjnej, przyspieszenie efektów populacyjnych szczepień, ochrona przed HPV-zależnymi przypadkami raka prącia, odbytu, głowy i szyi, a także ochrona przed brodawkami płciowymi. Polskie Towarzystwo Profilaktyki Zakażeń HPV również zaleca rutynowe podawanie szczepionki przeciw HPV dziewczętom w wieku 11–12 lat. Szczepienia mogą być także podawane młodszym dziewczętom (od ukończenia 9-go roku życia) oraz chłopcom w wieku 9-15 lat. Ponadto zalecane jest szczepienie tych dziewcząt i kobiet w wieku 13–26 lat, które nie zostały poddane szczepieniom przeciw HPV uprzednio oraz tych, które nie zakończyły pełnego cyklu Szczepień.

Szczepionka 9-walentna jest wskazana do czynnego uodparniania osób w wieku od 9 lat przeciw następującym chorobom wywoływanych przez wirusa HPV:

- zmiany przednowotworowe oraz rak szyjki macicy, sromu, pochwy i odbytnicy, wywoływane przez szczepionkowe typy HPV (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58),

- brodawki narządów płciowych (kłykciny kończystych) wywoływane przez określone typy wirusa HPV.

W przypadku pacjentów w wieku od 9 do 14 lat łącznie (w chwili podania pierwszej dawki) szczepionkę można podawać według schematu 2-dawkowego. Drugą dawkę należy podać pomiędzy 5 a 13

miesiącem po pierwszej dawce. Jeśli druga dawka szczepionki zostanie podana wcześniej niż 5 miesięcy po pierwszej dawce, zawsze należy podać trzecią dawkę.

Każdorazowo szczepienia powinny być prowadzone w sposób skoordynowany wraz z edukacją zdrowotną i prawidłową diagnostyką cytologiczną. Nie należy zapominać, iż typy wirusa HPV, przeciw którym stosuje się szczepionki, są przyczyną ok. 90% wszystkich przypadków zachorowań na raka szyjki macicy na całym świecie. W związku z powyższym żadna szczepionka nie jest w pełni skuteczna, a szczepienie przeciw HPV nie zastępuje rutynowych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. Działania edukacyjne pełnią kluczową rolę w każdej strategii profilaktyki zdrowotnej, w tym również w przypadku zapobiegania transmisjom wirusa HPV. Ich celem jest podniesienie świadomości zagrożeń związanych z HPV i wskazanie odpowiednich zachowań profilaktycznych u młodych osób (dziewcząt i chłopców), jak również wśród ich rodziców. Ponadto powinny podkreślać znaczenie uczestnictwa w screeningu cytologicznym.

Skuteczność i (lub) immunogenność szczepionki Gardasil 9 oceniono w ośmiu badaniach klinicznych. W ramach badań przeprowadzono między innymi porównanie immunogenności szczepionki Gardasil 9 ze szczepionką qHPV w odniesieniu do wirusa HPV typu 6, 11, 16 i 18. Badaniem objęto populację kobiet w wieku 16 do 26 lat, dziewczęta w wieku 9 do 15 lat oraz mężczyzn w wieku 16 do 26 lat. Statystyczną analizę równoważności przeprowadzono w 7 miesiącu. W badaniach klinicznych, do 7 miesiąca u 98,2% do 100% osób, które otrzymały Gardasil 9 we wszystkich badanych grupach stwierdzono seropozytywność dla przeciwciał przeciwko wszystkim 9 typom zawartym w szczepionce. Badania wykazujące skuteczność szczepionki Gardasil 9 wobec wirusa HPV typu 31, 33, 45, 52 i 58 prowadzono w populacji kobiet w wieku 16 do 26 lat. Szczepionka Gardasil 9 była skuteczna w zapobieganiu utrzymującego się zakażenia i chorobie związanej z zakażeniem wirusem HPV wskazanych typów, zmniejszyła także częstość występowania nieprawidłowości w teście Pap, zabiegów w obrębie szyjki macicy i zewnętrznych narządów płciowych (np. biopsji) oraz inwazyjnego leczenia zmian szyjki macicy związanych z zakażeniem wirusem HPV.

Stosowanie szczepień ochronnych przeciw HPV jest działaniem efektywnym ekonomicznie w skali populacyjnej. Analizy farmakoekonomiczne, pochodzące z różnych krajów, dowodzą wysokiej efektywności kosztowej włączenia szczepień do programów screeningu cytologicznego. Ponadto szczepienia te, w porównaniu z innymi technologiami medycznymi, uznaje się za wysoce opłacalne. W warunkach polskich szacuje się, że standardowa miara stosowana w ocenie opłacalności kosztowej technologii medycznych jaką jest koszt uzyskania jednego dodatkowego roku życia o względnej jakości (QUALY) wynosi w granicach 10-12 tys. złotych dla szczepionki czterowalentnej, przy założeniu wprowadzenia programu szczepień na poziomie populacyjnym. Nie ma natomiast wystarczających danych klinicznych i ekonomicznych, które jednoznacznie wskazywałyby, czy należy szczepić młode kobiety w wieku 19-26 lat oraz kobiety starsze do 55 roku życia w ogólnej populacji, które miały już kontakt z HPV. Ponadto każdorazowo podczas prowadzenia analiz efektywności kosztowej należy pamiętać o przesunięciu w czasie efektu szczepień w populacji. Prawdziwe efekty takich działań w kontekście zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy będą widoczne za 20-30 lat.

VI. SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE

Dziecko:

- Realizacja pełnego cyklu szczepień zgodnego z zaleceniami producenta szczepionki.
- Zdiagnozowanie trwałego przeciwwskazania do szczepienia przeciwko HPV w wywiadzie lekarskim.
- Zgłoszenie na piśmie przez rodziców/opiekunów prawnych dziecka woli zakończenia udziału ich dziecka w PPZ.

Rodzic/opiekun prawny

- Zakończenie uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych.
- Zgłoszenie na piśmie woli zakończenia udziału w PPZ.

VII. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Przeprowadzenie analizy potrzeb zdrowotnych w regionie, stopnia ich zaspokojenia.
2. Dokonanie analizy sytuacji epidemiologicznej, uzasadniającej wdrożenie PPZ.
3. Dokonanie analizy posiadanych zasobów, możliwych do wykorzystania oraz przeanalizowanie

warunków, w których program będzie realizowany.

4. Określenie grupy interesariuszy programu.

VIII. ETAPY PROGRAMU I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH TYCH ETAPÓW

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11. Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Przeprowadzenie konkursu ofert na szczeblu samorządu, który wdraża indywidualnie PPZ, w celu wyboru jego realizatorów, zgodnie z art. 48b ust. 1 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych w oparciu o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, z wykorzystaniem gotowych, zweryfikowanych materiałów.

4. Przeprowadzenie działań informacyjnych dla realizatorów programu celem ujednolicenia sposobu postępowania we wszystkich zaangażowanych placówkach i przekazania niezbędnej do realizacji programu wiedzy, z uwzględnieniem personelu medycznego jak również nauczycieli-wychowawców uczniów kwalifikujących się do programu.

5. Przeprowadzenie interwencji: działania informacyjno-edukacyjne.

6. Zakup szczepionek przez podmiot realizujących szczepienia.

7. Przeprowadzenie interwencji: przeprowadzenie pełnego cyklu szczepień.

8. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).

9. Zakończenie realizacji PPZ.

10. Rozliczenie finansowe PPZ.

11. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

IX. WARUNKI REALIZACJI PROGRAMU DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH

1. Wymagania dotyczące personelu:

Kwalifikowanie do szczepienia: Osoba uprawniona do przeprowadzenia badania kwalifikującego do szczepienia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Podanie szczepionki: Osoba uprawniona do podania szczepionki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Działania edukacyjne: Osoba posiadająca doświadczenia dydaktyczne w pracy z grupą docelową oraz posiadająca wiedzę z zakresu profilaktyki HPV na poziomie odpowiednim, aby przekazywać treści całkowicie merytorycznie spójne z materiałami informacyjno-edukacyjnymi.

2. Wymagania dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych:

Kwalifikacja i szczepienie: Warunki takie jak dla gabinetu diagnostycznozabiegowego (zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa), a także dostępność do urządzeń odpowiednich do przechowywania szczepionek w warunkach zalecanych przez producenta (w szczególności zapewniający nieprzerwany łańcuch chłodniczy), materiały niezbędne do wykonania szczepienia oraz rozwiązania zapewniające gotowość do podjęcia działań na wypadek wystąpienia działań niepożądanych lub innej sytuacji zagrożenia dla zdrowia lub życia.

Działania edukacyjne: Adekwatne do zaplanowanych działań.

Dokumentacja medyczna powstała w związku z realizacją programu, będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej i ochrony danych osobowych.

X. SPOSÓB MONITOROWANIA PROGRAMU

Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco (np. przez tworzenie raportów okresowych) i zostanie zakończone wraz z końcem realizacji programu polityki zdrowotnej. Dane uzyskane na podstawie oceny zgłaszalności oraz oceny jakości świadczeń realizowanych w ramach PPZ będą służyć ewentualnej korekcie działań w przyszłych latach realizacji programu, tak aby z roku na rok maksymalizować efekty programu.

Na bieżąco będą uzupełniane indywidualne informacje o każdym z uczestników PPZ, w formie elektronicznej bazy danych np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- Data wyrażenia zgody rodzica/opiekuna prawnego na uczestnictwo w PPZ jego i jego dziecka, w tym udzielenie zgody na kontakt.
- Dane kontaktowe do rodzica/opiekuna prawnego, np.: adres e-mail, numer telefonu, adres do korespondencji.
- Dla każdego dziecka biorącego udział w PPZ należy zbierać informacje:
 - Numer PESEL – informacja ta w przyszłości może być użyteczna w ocenie długofalowych efektów zdrowotnych szczepienia przeciwko HPV (m.in. zapadalności na zmiany przedrakowe i nowotwory powiązane z HPV) po zakończeniu udziału dziecka w PPZ.
 - Informacja o każdym szczepieniu w schemacie szczepienia: data i godzina szczepienia, nazwa preparatu, dawka miejsce podania.
 - Data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny np. zrealizowanie pełnego cyklu szczepień zgodnie z zaleceniami producenta.

1. Ocena zgłaszalności

- Na bieżąco kontrola liczby zgłoszeń do programu względem planowanej liczby uczestników, którzy mają być objęci szczepieniami.
- Na bieżąco monitorowanie podejmowanych działań edukacyjnych.
- W przypadku stwierdzenia znaczących odstępstw od oczekiwanego poziomu zgłoszeń, podjęcie działań naprawczych.

2. Ocena jakości świadczeń

Każdy uczestnik programu ma możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji, w której znajdują się pytania odnośnie elementów programu, z którymi miał styczność, w tym w szczególności jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz działań informacyjno – edukacyjnych.

XI. EWALUACJA PROGRAMU

Ewaluacja zostanie dokonana po zakończeniu realizacji programu. Będzie się opierać na porównaniu stanu przed wprowadzeniem działań w ramach PPZ i stanu po jego zakończeniu. Zaleca się by proces ten został przeprowadzony przez niezależnego eksperta lub instytucję w tej dziedzinie.

W ramach ewaluacji poddane oszacowaniu zostaną poniższe dane:

- Liczba dzieci uczestniczących w programie zaszczepionych pełnym cyklem szczepień przeciwko HPV względem liczby dzieci włączonych do PPZ (wyrażona liczbowo oraz procentowo).
- Liczba rodziców/opiekunów prawnych, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych (innych niż indywidualna edukacja w ramach kwalifikacji do szczepienia) względem wszystkich rodziców/opiekunów prawnych zaproszonych do udziału w działaniach edukacyjnych (wyrażona liczbowo oraz procentowo).
- Liczba dzieci, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych (innych niż indywidualna edukacja w ramach kwalifikacji do szczepienia) względem wszystkich dzieci zaproszonych do udziału w działaniach edukacyjnych (wyrażona liczbowo oraz procentowo).

Wyniki ewaluacji będą zawarte w raporcie końcowym z realizacji całego PPZ.

XII. BUDŻET PROGRAMU

1. Koszty jednostkowe programu

- 890 zł. - koszt szczepienia p/HPV, w tym:
 - edukacja zdrowotna (10zł),
 - koszt dwóch badań lekarskich kwalifikujących do szczepienia (2x70=140zł),
 - koszt kupna dwóch dawek szczepionki (2x340zł= 680zł)
 - koszt wykonania szczepień (2x30=60zł)
- 1 500zł – koszt przygotowania wykładu online dla rodziców oraz akcji informacyjnej (opracowanie oraz druk plakatów/ulotek)
 - 1 500zł – koszt monitoringu i ewaluacji

2. Koszty całkowite programu

lp.	Rok realizacji	2022	2023	2024
1	Rocznik dzieci	2009	2010	2011
2	Liczba dziewcząt z populacji docelowej	75	81	80
3	Szacunkowa liczba dziewcząt zakwalifikowanych do szczepień (ok. 60% z poz. 2)	45	49	48
4	Koszt szczepień p/HPV i edukacji zdrowotnej dziewcząt (poz. 3 x 910zł)	40 050	43 610	42 720
5	Szacunkowa liczba dziewcząt niezakwalifikowanych do szczepień (ok. 40% z poz. 2)	30	32	32
6	Koszt edukacji zdrowotnej dziewcząt niezakwalifikowanych do szczepień (poz. 5 x 10zł)	300	320	320
7	Liczba chłopców z populacji docelowej	85	69	67
8	Koszt edukacji zdrowotnej chłopców (poz. 7 x 10zł)	850	690	670
9	Koszt edukacji zdrowotnej prowadzonej wśród rodziców (wykład online) oraz koszt akcji informacyjnej	500	500	500
10	Koszt częściowy monitoringu i ewaluacji	500	500	500
11	Koszt całkowity (suma z poz. 4, 6, 8-10)	42 200	45 620	44 710
12	Koszt całkowity programu w latach 2022-2024			132 530

3. Źródło finansowania

Program jest w finansowany wyłącznie z budżetu Gminy Stryków.

XIII. BIBLIOGRAFIA

Bank Danych Lokalnych.

Dane Ministerstwa Zdrowia www.mz.gov.pl

Gardasil 9, Charakterystyka Produktu Leczniczego - dokument elektroniczny: ec.europa.eu

Karowicz-Bilińska A. Zakażenie HPV a związek z rakiem szyjki macicy – Nagroda Nobla w zakresie medycyny w rok 2008. Przegląd Pediatryczny 2008, 23: 269-272.

Kędzia W, Spaczyński M. Nowe metody wykrywania śródnabłonkowej neoplazji szyjki macicy. [w: Profilaktyka pierwotna i wtórna raka szyjki macicy, diagnostyka i leczenie Spaczyński M, Kędzia W, Nowak-Markowitz E (red). Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Wielkopolskie Towarzystwo Onkologii Ginekologicznej, Poznań 2008, 46-52.

Kornafel J., Mądry R., Bidziński M.: Nowotwory kobiecego układu płciowego. W: Krzakowski M. (red.): Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych. Tom 1, Via Medica, Gdańsk 2011: 272–275.

Majewski S., Sikorski M.: Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Zakażeń HPV (PTPZ-HPV) dotyczące stosowania profilaktycznych szczepionek przeciw HPV. Przew Lek 2008; 1: 222-227.

Diagnoza do Strategii Rozwoju Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Rekomendacja nr 2/2019 z dnia 11 października 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV)

„Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku” Centrum Onkologii – Instytut im. M. SkłodowskiejCurie Warszawa 2017 r.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne: „Rekomendacje zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepienia przeciwko zakażeniom HPV”, Ginekol Pol. 2009

Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne.

www.szczepienia.pzh.gov.pl

www.onkologia.org.pl

www.onkonet.pl

<https://www.nfz-lodz.pl/dlapacjentow/profilaktyka/7037-objecie-populacji-programem-profilaktykiraka-szyjki-macicy>

XIV. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1 - SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE

Załącznik nr 2 - SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

Załącznik nr 3 - ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU

Załącznik nr 4 - ANKIETA SATYSFAKCJI

Załącznik Nr 1 do Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024

SPRAWOZADNIE CZĘŚCIOWE

z realizacji

Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024

zgodnie z umową Nr z dnia

.....

pieczęć podmiotu leczniczego

Nazwa i adres podmiotu leczniczego		Sprawozdanie CZĘŚCIOWE z przeprowadzonych szczepień ochronnych za okres sprawozdawczy od do		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym	
Liczba dziewcząt objętych Programem w danym okresie sprawozdawczym	Liczba dziewcząt zakwalifikowanych do szczepienia		Liczba stwierdzonych przeciwwskazań do szczepienia	Liczba zaszczepionych dziewcząt	
Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych	Liczba odmów uczestnictwa w programie	Liczba odmów przyjęcia II dawki szczepionki			

UWAGA! Do sprawozdania należy załączyć listę dzieci, którym podano szczepionkę. Lista ta winna zawierać w szczególności: imię i nazwisko dziecka, nr PESEL, datę podania szczepionki (I i II dawka), podpis osoby podającej szczepionkę, nazwę szczepionki.

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik Nr 2 do Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024

SPRAWOZADNIE KOŃCOWE

z realizacji

Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024

zgodnie z umową Nr z dnia

.....

pieczęć podmiotu leczniczego

Nazwa i adres podmiotu leczniczego		Sprawozdanie KOŃCOWE z przeprowadzonych szczepień ochronnych za okres sprawozdawczy od do		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym	
Liczba dziewcząt objętych Programem	Liczba dziewcząt zakwalifikowanych do szczepienia		Liczba stwierdzonych przeciwwskazań do szczepienia	Liczba zaszczepionych dziewcząt	
Liczba niepożądanych odczynów poszczepiennych	Liczba odmów uczestnictwa w programie	Liczba odmów przyjęcia II dawki szczepionki			

....., dnia
(miejscowość) (data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu sprawozdawcy)

Załącznik Nr 3 do Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024

**ARKUSZ EWALUACYJNY
PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM
BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE STRYKÓW NA LATA 2022-2024**

I. OCENA MERYTORYCZNA

1. Nazwa i adres placówki/jednostki realizującej program

.....

2. Nazwa programu: Program polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024.

3. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za jego realizację:

.....

4. Czas realizacji programu:

1) data rozpoczęcia programu:

2) data zakończenia programu:

5. Populacja objęta programem:

.....

.....

6. Liczba osób, które skorzystały z programu:

.....

.....

7. Główny cel programu:

.....

.....

8. Cele szczegółowe programu:

.....

.....

.....

9. Przebieg realizacji zadań określonych w programie (opisać etapy promocyjny, informacyjny i interwencyjny - podanie szczepionki):

.....

.....

.....

.....

.....

Załącznik Nr 4 do Programu polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Stryków na lata 2022-2024

**ANKIETA SATYSFAKCJI
dla rodziców/opiekunów dziecka:**

Prosimy o wypełnienie tego krótkiego kwestionariusza. Przy każdym pytaniu proszę o zaznaczenie kwadratu, który najlepiej odpowiada Państwa opinii. Ankieta pozwoli nam ulepszyć działania w kolejnych latach. Ankieta jest w pełni anonimowa.

1. Jak ocenia Pan(i) poziom obsługi w rejestracji?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

2. Jak ocenia Pan(i) poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie kwalifikacji i szczepienia?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

3. Jako ocenia Pan(i) poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie szczepienia?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

4. Jak ocenia Pan(i) poziom edukacji w ramach programu?

Bardzo dobrze Dobrze Średnio Źle Bardzo źle Nie mam zdania

5. Jak ocenia Pan(i) ogólnie realizację Programu?

Bardzo dobrze Dobrze Średni Źle Bardzo źle Nie mam zdania

6. Inne uwagi.

.....
.....
.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.