

RADA MIEJSKA

w Brwinowie

Uchwała Nr LIX.529.2018 z dnia 27 czerwca 2018 r. Rady Miejskiej w Brwinowie

w sprawie przyjęcia programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Brwinów na lata 2019-2023.

Na podstawie z art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust. 1, 2, 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 ze zm.) w zw. z art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jedn. Dz. U z 2018 r. poz. 994 ze zm.), Rada Miejska w Brwinowie uchwala, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Brwinów na lata 2019-2023, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Gminy Brwinów.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Brwinowie

Sławomir Rakowiecki

załącznik do Uchwały Nr LIX.529.2018
z dnia 27 czerwca 2018 r.
Rady Miejskiej w Brwinowie

**PROGRAM PROFILAKTYKI
ZAKAŻEŃ WIRUSEM
BRODAWCZAKA LUDZKIEGO
(HPV) W GMINIE BRWINÓW
NA LATA 2019-2023**

Autor programu:

Gmina Brwinów, ul. Grodziska 12, 05-840 Brwinów

I. Opis problemu zdrowotnego

1. Problem zdrowotny

Choroby nowotworowe stanowią w Polsce jedną z głównych z przyczyn zgonów, pomimo stałego postępu, zarówno w diagnostyce, jak i dostępie do nowoczesnych leków. W Polsce rak zabija blisko 100 tysięcy osób, z czego około 94 tysiące umiera w wyniku nowotworów złośliwych. Jednym z nowotworów, który zbiera dramatyczne żniwo w naszym kraju jest rak szyjki macicy. Rozpoznany czynnikiem o kluczowym znaczeniu w powstawaniu raka szyjki macicy jest (HPV – Human Papilloma Virus) wirus brodawczaka ludzkiego. Wirus ten związany jest również z występowaniem innych, rzadszych nowotworów narządów moczowo-płciowych, takich jak rak odbytu, pochwy i sromu, a także gardła czy języka. Światowa Organizacja Zdrowia w 2009 roku opublikowała oficjalne stanowisko uznając raka szyjki macicy i inne choroby wywoływane przez wirusa brodawczaka ludzkiego za problem zdrowia publicznego o zasięgu globalnym. Obecnie rozpoznano ponad 120 odmian wirusa HPV, z czego ponad 40 przekazywanych jest drogą płciową. Większość z nich nie powoduje żadnych objawów, a zakażenie nimi mija samoistnie w okresie do 2 lat, jednakże niektóre typy wirusa prowadzą do rozwoju chorób nowotworowych. Wirusy podzielono na 2 grupy – wysookonkogeną i niskookonkogeną. Wirusy wysookonkogenne (wysokiego ryzyka) to przede wszystkim typy HPV 16,18 i 45 odpowiedzialne za prawie 100% raków szyjki macicy, 90% raków odbytu, 50% raków sromu, pochwy i prącia, 12% raków jamy ustnej i przełyku. Pozostałe typy wysookonkogenne to HPV 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 70, 73, 82. Wirusy niskookonkogenne (niskiego ryzyka), to HPV 6, 11, 42, 43, 44 odpowiedzialne są, zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, za powstawanie łagodnych zmian brodawkowatych narządów rozrodczych (określanych jako kłykciny kończyste, brodawczaki krtani, a u osób z immunosupresją również kłykciny gigantyczne Buschego-Loewensteina). Pomimo, że rak szyjki macicy jest nowotworem, któremu można skutecznie zapobiec, nadal jest jednym z najczęściej występujących nowotworów w Polsce. Główną przyczyną tego zjawiska jest niska efektywność działań profilaktycznych. W ramach profilaktyki wtórnej prowadzone są badania przesiewowe. Testem przesiewowym jest badanie cytologiczne, którego zadaniem jest wykrycie zmian chorobowych w obrębie szyjki macicy, zanim nabiorą one charakteru nowotworowego. Niekorzystne wskaźniki epidemiologiczne oraz niska zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne wymagają intensyfikacji działań edukacyjnych oraz przede wszystkim wprowadzenia tzw. profilaktyki pierwotnej czyli szczepień ochronnych przeciwko HPV. Szczepienia przeciwko HPV prowadzone są w ramach szczepień powszechnych w wielu krajach m. in. Australii, Kanadzie, USA, Belgii, Wielkiej Brytanii, Danii, Francji, Hiszpanii, Luksemburgu, Niemczech, Słowenii i w Szwajcarii.

2. Epidemiologia

Do zakażenia wirusem HPV dochodzi zazwyczaj już w początkowym okresie po rozpoczęciu aktywności seksualnej. Czynnikiem zwiększającym prawdopodobieństwo zakażenia HPV są ryzykowne zachowania seksualne, duża liczba partnerów, niski poziom higieny intymnej, a także czynniki dodatkowe, jak np., długotrwała antykoncepcja hormonalna oraz palenie tytoniu. Możliwe jest również przeniesienie zakażenia na noworodka w czasie porodu lub poprzez pielęgnację dziecka przez osobę zakażoną. Szczyt częstotliwości zakażenia wirusem HPV u kobiet i mężczyzn przypada pomiędzy 15-25 rokiem życia,

a wykrywalność zakażeń przypada na wiek 18-25 lat. Raport Centrum Informacyjnego HPV i raka szyjki macicy wskazuje, że w Europie żyje około 325,7 mln kobiet powyżej 15 roku życia, u których występuje zwiększone ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy. Szacunkowo, rocznie, raka szyjki macicy diagnozuje się u 58372 kobiet w Europie, a około 24400 kobiet umiera. Nawet do 80% aktywnych seksualnie kobiet ulega zakażeniu co najmniej jednym typem HPV w obrębie narządów rozrodczych w okresie do 50 roku życia. Alarmującym faktem jest to, że wiele przypadków zostaje zdiagnozowanych dopiero w zaawansowanym stadium choroby, ponieważ HPV rzadko wywołuje objawy kliniczne, a większość kobiet nawet nie wie, że jest zakażona. Objawy występują dopiero w stadium zaawansowanej choroby, co sprawia, że leczenie jest trudne i często nieskuteczne. W Polsce raka szyjki macicy rozpoznaje się zbyt późno - 45-50% rozpoznań dotyczy choroby w III-IV stadium zaawansowania, wymagających leczenia wielodyscyplinarnego. Co roku na raka szyjki macicy zapada ponad 3000 Polek, a połowa z nich umiera. W roku 2012 były 2783 zachorowania i 1669 zgonów.

W 2013 roku rak szyjki macicy stanowił 3,7% wszystkich nowo zarejestrowanych przypadków nowotworów wśród kobiet, a jednocześnie siódmą przyczynę zgonów nowotworowych kobiet w Polsce. W populacji kobiet w wieku 20-44 roku życia rak szyjki macicy odpowiada za 8% zachorowań oraz 11% zgonów nowotworowych.

Tabela 1. Zachorowania oraz umieralność na raka szyjki macicy w województwie mazowieckim w latach 2000-2015 (wiek od 0 do 85+).

Rok	Zachorowania	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany (W)	Zgony	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany (W)
2000	454	17,31	12,07	273	10,41	6,74
2001	455	17,31	12,13	283	10,77	6,61
2002	470	17,69	12,21	271	10,20	6,31
2003	425	15,97	10,80	252	9,47	5,79
2004	427	16,01	11,06	228	8,55	5,39
2005	425	15,89	10,71	244	9,12	5,45
2006	393	14,64	9,89	257	9,57	5,62
2007	424	15,73	10,46	261	9,68	5,57
2008	424	15,67	10,27	229	8,46	4,79
2009	440	16,20	10,84	258	9,50	5,44
2010	408	14,89	10,12	244	8,91	5,42
2011	366	13,31	8,41	211	7,67	4,51
2012	363	13,15	8,31	219	7,93	4,51
2013	360	13,01	8,35	229	8,27	4,63
2014	351	12,64	7,77	212	7,63	4,09
2015	350	12,56	7,84	213	7,65	3,86

Zródło: www.onkologia.org.pl

Tabela 2. Zachorowania oraz umieralność na raka szyjki macicy w poszczególnych województwach w roku 2010 i 2015 (wiek od 0 do 85+).

Województwo	2010		2015	
	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
Dolnośląskie	255	126	238	134
Kujawsko-Pomorskie	223	100	158	95
Lubelskie	136	77	143	69
Lubuskie	93	61	75	46
Łódzkie	200	126	246	136
Małopolskie	247	123	188	126
Mazowieckie	408	244	350	213
Opolskie	70	53	70	54
Podkarpackie	126	70	119	58
Podlaskie	105	62	95	42
Pomorskie	226	99	186	92
Śląskie	368	254	321	217
Świętokrzyskie	102	45	77	53
Warmińsko-Mazurskie	155	79	114	67
Wielkopolskie	223	127	228	111
Zachodniopomorskie	141	89	115	72

Źródło: www.onkologia.org.pl

Tabela 3. Zachorowania oraz umieralność na raka szyjki macicy w Polsce w latach 2010-2015 (wiek od 0 do 85+).

Rok	Liczba zachorowań	Liczba zgonów
2010	3078	1735
2011	2968	1656
2012	2783	1669
2013	2909	1669
2014	2807	1628
2015	2723	1585

Źródło: www.onkologia.org.pl

W latach 2005-2009 – w okresie pięciu lat od momentu postawienia diagnozy – przeżywało 53% pacjentek w wieku 15–99 lat. To znacznie mniej, niż w Norwegii, gdzie 5 lat przeżywa 71,4% pacjentów. Polska coraz lepiej radzi sobie z profilaktyką zachorowań na raka szyjki macicy, ale pod względem skuteczności leczenia tej choroby nasz kraj zajmuje jedno z ostatnich miejsc w Europie. Wskaźniki epidemiologiczne, dotyczące zachorowalności i umieralności na choroby nowotworowe w Polsce wskazują na konieczność podejmowania szeroko zakrojonych działań profilaktycznych mających na celu walkę ze wzrostem liczby zachorowań.

3. Obecne postępowania

Szczepienia przeciw wirusowi HPV znajdują się w wykazie szczepień zalecanych, niefinansowanych ze środków znajdujących się w budżecie Ministra Zdrowia. W Polsce jest realizowana druga edycja „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, zgodnie z Uchwałą nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024, pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (M.P. poz. 1165, z późn. zm.)

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności

1. Cele główne

Zmniejszenie liczby zachorowań i umieralności na raka szyjki macicy u kobiet poprzez wykonywanie szczepień ochronnych przeciwko wirusowi HPV oraz przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej w szkołach wśród populacji dziewcząt w wieku 13-14 lat zamieszkałych na terenie gminy Brwinów.

2. Cele szczegółowe

1. Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń HPV i raka szyjki macicy.
2. Zapewnienie bezpłatnego szczepienia przeciwko HPV dla populacji dziewcząt w wieku 13-14 lat.
3. Zmniejszenie zapadalności i umieralności na raka szyjki macicy u kobiet w perspektywie wieloletniej.

3. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Za wdrożeniem programu szczepień przeciwko wirusowi HPV przemawia bardzo wiele argumentów. Wszelkie zalecenia kliniczne rekomendują szczepienie młodych dziewcząt przed osiągnięciem wieku inicjacji seksualnej, jako wariant najbardziej optymalny, a w Polsce – w powszechnym kalendarzu szczepień ochronnych – brak jest masowych, finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, szczepień przeciwko zakażeniom HPV. Wprowadzenie w życie programu szczepień przeciwko zakażeniom HPV zwiększy dostępność do szczepionki i przyczyni się do poprawy zdrowia lokalnej społeczności. Ponadto, w programie została przewidziana edukacja zdrowotna, która jest nieodzownym elementem działań profilaktycznych. Kampania informacyjno-edukacyjna spowoduje wzrost świadomości na temat zagrożenia chorobami nowotworowymi wśród dziewcząt.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Głównym miernikiem efektywności programu będzie procentowa liczba dziewcząt biorących udział w programie w stosunku do populacji kwalifikującej się do włączenia do programu szczepień. Ocena skuteczności realizacji programu będzie możliwa dopiero po kilkunastu latach. W chwili obecnej można postawić jedynie hipotezę, iż stan zdrowia kobiet na terenie gminy Brwinów ulegnie znacznej poprawie, ze względu na podjęte działania profilaktyczne, tj. szczepienia przeciwko wirusowi HPV.

III. Charakterystyka populacji docelowej

1. Populacja docelowa

Program skierowany jest do dziewcząt w wieku 13-14 lat, zamieszkałych na terenie gminy Brwinów (stwierdzone na podstawie zameldowania).

2. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Programem szczepień zostaną objęte dziewczęta z roczników 2004-2008, zamieszkałe i zameldowane w gminie Brwinów, tak, aby szczepienia stanowiły kontynuację poprzednich edycji programu. Kwalifikacja do zabiegu szczepień nastąpi na podstawie pisemnej zgody rodziców, przy braku przeciwwskazań lekarskich do podania szczepionki przeciwko wirusowi HPV. W każdym kolejnym roku kalendarzowym objętym programem dopuszcza się dla poszczególnych roczników zmniejszenie lub zwiększenie liczby dziewcząt, zgodnie z aktualnym stanem zameldowania.

3. Planowane interwencje i sposób udzielania świadczeń

Na terenie Polski do powszechnego obrotu są dopuszczone trzy rodzaje szczepionek – dwuwalentna szczepionka Cervarix (przeciwko zakażeniom HPV typami 16 i 18), czterowalentna szczepionka Silgard (przeciwko zakażeniom HPV typami 6, 11, 16 i 18) oraz dziewięciowalentna szczepionka Gardasil (przeciwko zakażeniom HPV typami 6, 11, 16, 18, 31, 11, 45, 52, 58). Natomiast, Komisja Europejska dopuściła na terenie Wspólnoty Europejskiej stosowanie szczepionki 2-walentnej i 4-walentnej. Badania kliniczne wykazują wysoką skuteczność obu typów szczepionki w zapobieganiu zmianom przedrakowym w populacji kobiet nie zakażonych wirusem HPV. Dowiedziono, że zastosowanie szczepionki w populacji 12-letnich dziewcząt mogłoby zredukować zachorowalność na zakażenie HPV o ok. 13%, CIN-1 o 21-24% i CIN2/3 o 43-58%. Zaplanowane w ramach programu szczepienia zostaną wykonane zgodnie z obowiązującą procedurą, tj.: podanie 3 dawek szczepionki w schemacie 0,1 lub 2 i 6 miesięcy, (lub według zaleceń producenta) oraz udokumentowanie szczepienia. Program zakłada zaszczepienie pięciu roczników dziewczynek, rozpoczynając od rocznika 2004 do rocznika 2008, tak aby szczepienia stanowiły kontynuację poprzedniego programu, podjętego Uchwałą nr LV.605.2014 z dnia 23 lipca 2014 r. Rady Miejskiej w Brwinowie. Realizacja programu rozpoczęła się w 2014 roku i trwa do końca 2018 roku. Zaplanowane w ramach programu szczepienia są zalecane przez Światową Organizację Zdrowia i rekomendowane jako bezpieczne.

W latach 2019-2023 do programu zostanie zakwalifikowanych 689 dziewcząt, zgodnie z niżej podanym podziałem.

Tabel 4. Zestawienie dziewcząt objętych programem z podziałem na roczniki.

Rok urodzenia dziewczynek	Liczba dziewcząt	Termin szczepień
2004	118	I dawka – I kwartał 2019 r. II dawka – II kwartał 2019 r. III dawka – IV kwartał 2019 r.
2005	117	I dawka – I kwartał 2020 r. II dawka – II kwartał 2020 r. III dawka – IV kwartał 2020 r.
2006	155	I dawka – I kwartał 2021 r. II dawka – II kwartał 2021 r. III dawka – IV kwartał 2021 r.
2007	137	I dawka – I kwartał 2022 r. II dawka – II kwartał 2022 r. III dawka – IV kwartał 2022 r.
2008	162	I dawka – I kwartał 2023 r. II dawka – II kwartał 2023 r.

4. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Po zakończeniu realizacji programu realizator złoży Burmistrzowi Gminy Brwinów pisemną szczegółową informację, zawierającą dane statystyczne oraz wnioski i opinie na temat przeprowadzonych działań.

V. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Etapy programu polityki zdrowotnej

1. Wybór jednostki realizującej program.
2. Kampania informacyjno-edukacyjna, również dla rodziców/opiekunów prawnych dziewcząt objętych wsparciem.
3. Uzyskanie pisemnej zgody rodziców/opiekunów prawnych na szczepienie córki.
4. Badanie i kwalifikacja do szczepienia.
5. Przeprowadzenie szczepień.
6. Systematyczny monitoring realizacji programu.

Program szczepień będzie wypełniać lukę w systemie powszechnej opieki zdrowotnej. Ponadto, program kładzie duży nacisk na podniesienie świadomości zdrowotnej dotyczącej profilaktyki raka szyjki macicy. Zaszczepione dziewczęta oraz ich rodzice muszą mieć świadomość, że szczepionka nie gwarantuje ochrony przed wszystkimi typami wirusa HPV i absolutnie konieczne jest wykonywanie w przyszłości przesiewowych badań cytologicznych.

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu

Program szczepień będzie realizowany przez podmiot leczniczy, który zostanie wyłoniony w trybie konkursu ogłoszonego przez Burmistrza Gminy Brwinów. Szczepienia dziewcząt będą przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków i procedur medycznych, określonych dla prawidłowego podania szczepionek. Realizator programu winien posiadać wyspecjalizowaną kadrę oraz punkt szczepień zlokalizowany na terenie gminy Brwinów, wyposażony zgodnie z obowiązującymi przepisami. Organizator będzie zobowiązany do prowadzenia dokumentacji z realizacji programu, w oparciu o zapisy zawarte w umowie. Każdy zakończony etap szczepień zostanie podsumowany przez realizatora pisemną informacją o przebiegu szczepień oraz ilości zaszczepionych dziewcząt.

V. Monitorowanie i ewaluacja

Podczas oceny zasadności realizacji programu uwzględnione będą następujące wskaźniki:

- 1) liczba dziewcząt populacji objętej programem w danym roku kalendarzowym,
- 2) liczba dziewcząt, które otrzymały 3 dawki szczepionki,
- 3) liczba dziewcząt, których nie zaszczepiono z powodu przeciwwskazań zdrowotnych,
- 4) liczba dziewcząt, których rodzice nie wyrazili zgody na szczepienie,
- 5) liczba spotkań edukacyjnych.

VI. Koszty programu

Program zdrowotny zostanie sfinansowany w całości ze środków własnych Gminy Brwinów. W założeniach do programu przyjęto, że ma on być kontynuacją poprzednich programów, zrealizowanych w latach 2009-2013 i 2014-2018. Budżet programu polityki zdrowotnej przedstawia tabela poniżej.

Tabel 4. Zestawienie kosztów z podziałem na lata.

Rok realizacji programu	Ilość planowanych szczepień	Cena 1 dawki szczepionki	Koszty przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej	Całkowity koszt w danym roku kalendarzowym
2019	354	375,99	3000,00	136 100,46
2020	351	375,99	3000,00	134 972,49
2021	465	375,99	3000,00	177 835,35
2022	411	375,99	3000,00	157 531,89
2023	486	375,99	3000,00	185 731,14
Razem	2067			792 171,33

PRZEWODNICZĄCY
Rady Miejskiej w Brwinowie

Sławomir Rakowiecki