

UCHWAŁA nr V/ 22 /2011

**RADY GMINY BIERAWA
z dnia 31 stycznia 2011r.**

W sprawie: przyjęcia Programu szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi HPV wywołującego raka szyjki macicy na lata 2011-2013

Na podstawie art. 18 ust. 1 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 08 marca 1990r. **o samorządzie gminnym** (Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz. 1591, z 2002r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271 i Nr 214, poz. 1806, z 2003r. Nr 80, poz. 717 i Nr 162, poz. 1568, z 2004r. Nr 102, poz. 1055, Nr 116, poz. 1203 i Nr 167, poz. 1759, z 2005r. Nr 172, poz. 1441 i Nr 175, poz. 1457, z 2006r. Nr 17, poz. 128 i Nr 181, poz. 1337, z 2007r. Nr 48, poz. 327, Nr 138, poz. 974 i Nr 173, poz. 1218, z 2008r. Nr 180, poz. 1111 i Nr 223, poz. 1458 oraz z 2009r. Nr 52, poz. 420 i Nr 157, poz. 1241 oraz z 2010r. Nr 28, poz. 142 i poz. 146, Nr 40, poz. 230 i Nr 106, poz. 675) oraz art. 6, art. 7 ust. 1 pkt. 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. **o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027, Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570, Nr 237, poz. 1654, z 2009r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723), Rada Gminy Bierawa uchwała, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się wieloletni program szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi HPV wywołującego raka szyjki macicy na lata 2011-2013 w brzmieniu określonym w załączniku nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Bierawa.

§ 3.

Traci moc uchwała nr XLIII/ 344/10 z dnia 30 marca 2010r. w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki zdrowotnej na lata 2010-2012.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PROGRAM SZCZEPIEŃ PROFILAKTYCZNYCH
PRZECIWKO WIRUSOWI HPV WYWOŁUJĄCEGO RAKA SZYJNKI MACICY
na lata 2011 - 2013**

I. 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 2001r. Nr 142 poz.1591 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 2008r. Nr 164, poz. 1027 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.

II. UZASADNIENIE CELOWOŚCI WDROŻENIA PROGRAMU

1. Ogólna charakterystyka.

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności:

- tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany,
- profilaktykę i promocję zdrowia, mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu,
- finansowanie świadczeń zdrowotnych, w trybie i na zasadach określonych ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Działania prozdrowotne w stosunku do mieszkańców odgrywają ogromną rolę i powinny być realizowane systematycznie w stosunku do różnych grup odbiorców, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb dzieci i młodzieży. Podstawą do podejmowania wszelkich działań w tym zakresie jest analiza wskaźników charakteryzujących sytuację zdrowotną mieszkańców Gminy Bierawa, która prowadzi do następujących wniosków:

- 1) stan zdrowia mieszkańców Gminy oceniany za pomocą wskaźników długości życia oraz umieralności w naszym regionie kształtuje się na poziomie średniej ogólnopolskiej,
- 2) prognozy wskazują na spadek liczby mieszkańców i wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym,
- 3) umieralność z powodu chorób układu krążenia i nowotworowych jest podstawową przyczyną zgonów.

Pod względem zachorowalności i umieralności z powodu tej choroby Polska zajmuje czołowe miejsce wśród krajów Unii Europejskiej. Zaobserwowano również różnice regionalne w zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych. Pokrywają się one z umieralnością z powodu nowotworów złośliwych u kobiet. Rak szyjki macicy w skali całego świata jest drugim, co do częstości rakiem, który dotyka kobiety i drugą, co do częstości przyczyną ich zgonów z powodu chorób nowotworowych. Globalnie, co roku notuje się ok. 500 000 nowych zachorowań, a około 300 000 kobiet umiera z powodu raka szyjki macicy. Szacuje się, że na świecie liczba kobiet chorych na raka szyjki macicy sięga 1,4 miliona.

W Polsce zapada na ten typ nowotworu ponad 3600 kobiet rocznie, z czego umiera, co roku niemal 2000. Jest to jeden z najwyższych wskaźników umieralności w Europie.

2. 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. 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”. 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, może prowadzić do spontanicznych poronień we wczesnej fazie ciąży.

3. HPV jako czynnik wywołujący raka szyjki macicy

Rozpoznanym czynnikiem sprawczym raka szyjki macicy są onkogenne wirusy brodawczaka ludzkiego (HPV). Zakażenia genitalnymi typami tych wirusów wywołują różnego typu zmiany przednowotworowe i nowotworowe na błonach śluzowych narządów płciowych i innych okolic ciała. Wirus przenoszony jest drogą płciową, a zakażenia te są najczęstsze u młodych kobiet. 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 śródnowotworowych zmian przednowotworowych. Ścisły związek między zakażeniem HPV (zwłaszcza HPV 16), a ryzykiem rozwoju raka szyjki macicy został potwierdzony także w kontrolowanych badaniach retrospektywnych.

4. Diagnostyka i leczenie

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.

III. CELE GŁÓWNE I POŚREDNIE PROGRAMU

1. Cele główne:

- Zmniejszenie liczby zachorowań na raka szyjki macicy w gminie Bierawa.
- Ukształtowanie właściwych nawyków higienicznych u dziewcząt 12 i 13 – letnich.

2. Cele pośrednie:

- Podniesienie poziomu świadomości zdrowotnej młodych dziewcząt i ich rodziców.
- Wypromowanie zdrowego trybu życia wśród młodzieży szkolnej.

3. 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.

4. Szczepienia ochronne

Szczepienia zaplanowano poprzez podanie szczepionki czterowalentnej 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). Wskazana szczepionka 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.

Skuteczność szczepienia oceniana jest na:

- 75% w przypadku zapobiegania rakowi płaskonabłonkowemu – najczęstszemu typowi histologicznemu raka szyjki (ok. 85% przypadków),
- 96% w przypadku zapobiegania gruczolakorakowi, 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. 1.400 złotych (cena całkowitego zaszczepienia - trzy dawki). Wprowadzanie masowych szczepień prowadzi niewątpliwie do wyraźnego zmniejszenia występowania przednowotworowych zmian w obrębie szyjki macicy, czego naturalnym następstwem staje się obniżenie wartości pozytywnej predykcji badań cytologicznych.

Efekt szczepień dziewcząt będzie widoczny po kilku lub kilkunastu latach, gdy skryningowe badania cytologiczne zaczną obejmować kobiety zaszczepione przeciw wirusowi HPV.

Program szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi HPV wywołującego raka szyjki macicy będzie obejmował n/w roczniki dziewcząt zamieszkałych na terenie Gminy Bierawa, posiadających zameldowanie na pobyt stały.

Rok urodzenia dziewcząt	1999	2000	2001
Ilość dziewcząt zameldowanych na pobyt stały na dzień 31.12.2010 r.	37	30	31
Rok przeprowadzenia programu szczepienia	2011	2012	2013

5. Finansowanie programu

Program profilaktyki raka szyjki macicy będzie realizowany ze środków własnych Gminy Bierawa zapisanych w uchwale budżetowej.

W przypadku ograniczonych środków budżetowych przeznaczonych na to zadanie w danym roku, dopuszcza się możliwość przyjęcia współfinansowania (jednej dawki) przez rodziców dzieci objętych szczepieniem lub z innych źródeł, na zasadach określonych przez Wójta Gminy.

Wybór realizatora lub realizatorów programu dokonany zostanie przez Wójta Gminy Bierawa w drodze wyboru najkorzystniejszej oferty.

IV. SPOSÓB REALIZACJI PROGRAMU

1. Uczestnicy Programu

Udział w programie szczepień jest dobrowolny. W celu objęcia szczepieniem wymagane jest złożenie imiennych deklaracji przez rodzica, bądź prawnego opiekuna. Dla osiągnięcia zamierzonych celów zostanie przeprowadzona akcja informacyjna. Do udziału w programie zostaną zaproszone przez Urząd Gminy dziewczęta z wymienionych roczników oraz ich rodzice, czy opiekunowie.

2. Realizacja Programu:

1. Przeprowadzenie zajęć edukacyjno – informacyjnych dla uczennic objętych programem mających na celu przedstawienie podstawowych zasad przeciwdziałania zakażeniu HPV.
2. Przedstawienie opiekunom i dziewczętom informacji o szczepieniu profilaktycznym przeciwko wirusowi HPV.
3. Wybór realizatora szczepień w drodze wyboru najkorzystniejszej oferty,
4. Monitorowanie przeprowadzonej akcji szczepień.

V. WSKAŹNIKI DO MONITOROWANIA PROGRAMU

W ocenie programu uwzględnione zostaną następujące wskaźniki:

1. Liczba dziewcząt uczestniczących w Programie.
2. Liczba dziewcząt objętych szczepieniami.
3. Stopień osiągnięcia celu, określony procentowo (liczba zadeklarowanych i liczba zaszczepionych).
4. Opinia odbiorców o programie.

VI. CZAS TRWANIA PROGRAMU

Program będzie realizowany w latach 2011 – 2013.