

**UCHWAŁA NR VI/160/2019
RADY MIEJSKIEJ W ELBLĄGU**

z dnia 27 czerwca 2019 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktycznego przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród mieszkańców Elbląga po 65 roku życia z grupy ryzyka”

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 506) oraz 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 (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz.1510, poz. 1515, poz.1532, 1544, poz.1669, poz. 1925, poz. 1552, poz. 771, poz. 1532, poz. 2192, poz. 2429; Dz.U. z 2019 r. poz.303, poz.60, poz. 447, poz. 730, poz. 752, poz. 399) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się „Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród mieszkańców Elbląga po 65 roku życia z grupy ryzyka”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

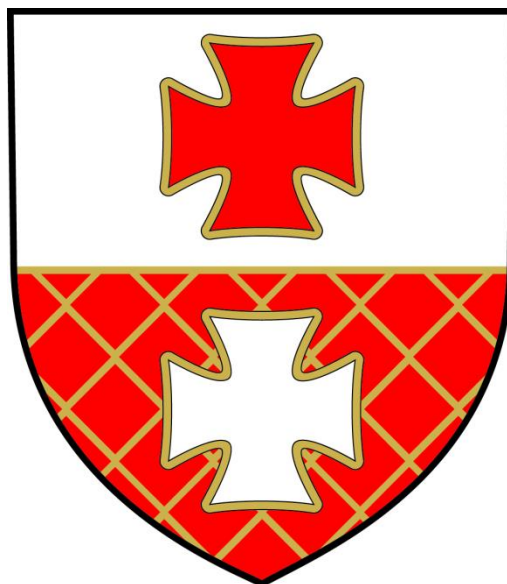
§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Elbląg.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewoniczający Rady
Miejskiej w Elblągu

Antoni Czyżyk

Załącznik
do Uchwały Nr VI/160/2019
Rady Miejskiej w Elblągu
z dnia 27 czerwca 2019 r.



Tytuł:

**„Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom
pneumokokowym wśród mieszkańców Elbląga
po 65 roku życia z grupy ryzyka”**

Okres realizacji: 2019-2020 z możliwością kontynuacji

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.)

Autorzy: Urząd Miejski w Elblągu, Departament Zdrowia i Spraw Społecznych,
Powiatowa Stacja Sanitarno - Epidemiologiczna w Elblągu

Elbląg, marzec 2019 r.



Spis treści:

I.	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3-11
	I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3-4
	I.2 Dane epidemiologiczne.....	4- 10
	I.3 Opis obecnego postępowania.....	10- 11
II.	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	11
	II.1 Cel główny.....	11
	II.2 Cele szczegółowe.....	11
	II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.....	11
III.	Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	12- 14
	III.1 Populacja docelowa.....	12
	III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	12-13
	III.3 Planowane interwencje.....	13-15
	III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej.....	15
	III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej.....	16
IV.	Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	16-17
	IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów .	16-17
	IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	17
V.	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	17-19
	V.1 Monitorowanie	18
	V.2 Ewaluacja.....	18-19
VI.	Budżet programu polityki zdrowotnej.....	19-20
	VI.1 Koszty jednostkowe.....	19
	VI.2 Koszty całkowite.....	19-20
	VI.3 Źródła finansowania.....	20
VII.	Bibliografia.....	21-22
VIII.	Ankieta.....	23



I. OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Streptococcus pneumoniae, czyli pneumokok zwany dwoinką zapalenia płuc jest bakterią o wysokiej zjadliwości, która w ostatnim czasie zwiększa oporność na różne grupy antybiotyków. Dwoinka zapalenia płuc została wykryta po raz pierwszy przez Ludwika Pasteura pod koniec XIX wieku. Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnych, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego (zapalenia ucha środkowego, zapalenia zatok oraz zaostrzenia przewlekłego zapalenia oskrzeli). Są też najczęstszą przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc (PZP).

Najcięższą postacią zakażenia pneumokokowego jest tzw. inwazyjna choroba pneumokokowa (IChP). W pojęciu tym mieści się zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, sepsa (posocznica) i zapalenie płuc z bakterią. Pneumokoki mogą również wywoływać m.in.: zapalenie spojówek, zapalenie otrzewnej oraz zapalenie stawów.

Ze względu na odrębności antygenowe wyróżniono 93 serotypy otoczkowe, ale ta liczba ciągle się powiększa. Otoczką stanowi jeden z najważniejszych czynników zjadliwości pneumokoków a przeciwciała przeciwko wielocukrom otoczkowym są przeciwciałami ochronnymi. Udział poszczególnych serotypów w zakażeniach jest zróżnicowany między grupami wiekowymi pacjentów, jednostkami chorobowymi i kontynentami, a także krajami.

Streptococcus pneumoniae są najczęstszą zakaźną przyczyną zachorowalności i umieralności w skali świata powodując około 3,5 mln zgonów rocznie, z czego 1 mln z powodu zapalenia płuc. Do najczęstszych chorób inwazyjnych wywołanych przez pneumokoki należą: zapalenie płuc z bakterią, sepsa i Zapalenie Opon Mózgowo-Rdzeniowych (ZOMR), określane mianem inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP). Drobnoustrój ten odpowiada również za zakażenia nieinwazyjne. Najczęstsze to ostre zapalenie ucha środkowego, zatok, zaostrzenia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc oraz zapalenie spojówek.

Najwięcej inwazyjnych zachorowań występuje w dwóch głównych grupach wiekowych, tj. u dzieci do 2 r.ż., u których układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały oraz u osób powyżej 65 r.ż.

Bakterie pneumokokowe bytują najczęściej w jamie nosowej i gardle. Do infekcji dochodzi drogą kropelkową lub poprzez kontakt bezpośredni. Nie u każdego nosiciela występują objawy chorobowe. Pneumokoki mogą jednak zaatakować nosiciela z opóźnieniem, w momencie osłabienia układu odpornościowego, np. po przejściu lub w trakcie grypy. Bezobjawowi nosiciele zarażają również osoby ze swojego otoczenia. Pneumokoki są



poważnym czynnikiem wywołującym bakteryjne zapalenie płuc u dorosłych, które w 5-10% przypadków kończy się śmiercią.

Szacuje się, że bakterie te odpowiedzialne są też za 50% bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w tej grupie osób, ze śmiertelnością wynoszącą 30%, a nawet 80% w populacji osób w wieku podeszłym.

Pneumokoki odpowiadają za około 35% przypadków pozaszpitalnego zapalenia płuc i 50% przypadków szpitalnego zapalenia płuc u dorosłych. Czynnikiem ryzyka stanowią przewlekłe choroby płuc oraz infekcje grypowe. Około 25–30% przypadków zapalenia płuc przebiega z bakteriami.

Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), każdego roku na zakażenia wywołane przez pneumokoki umiera 1,6 mln osób. Leczenie tych zakażeń utrudnia narastająca oporność pneumokoków na antybiotyki.

W populacji dorosłych szczególnie narażona na zakażenia jest populacja ludzi starszych (po 65 r.ż.), z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), z chorobami układu krążenia, ze schorzeniami metabolicznymi jak np. cukrzyca, u których również stwierdza się deficyty odporności oraz dorosłych i dzieci cierpiących na choroby przewlekłe (tj. cukrzycę, choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, w tym astmę lub zaburzenia immunologiczne). Wśród osób dorosłych powyżej 65 r.ż. chorujących przewlekłe odnotowuje się pięć razy wyższą zapadalność na inwazyjne choroby pneumokokowe, w porównaniu z grupą zdrowych dorosłych. Również picie alkoholu oraz palenie tytoniu podnoszą ryzyko ciężkiego przebiegu zakażeń pneumokokowych. Pneumokoki są najczęstszą przyczyną pozaszpitalnych, bakteryjnych zakażeń układu oddechowego (zapalenia ucha środkowego, zapalenia zatok oraz zaostrzenia przewlekłego zapalenia oskrzeli). Są też najczęstszą przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc.

I.2 Dane epidemiologiczne

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieściła infekcje pneumokokowe, obok malarii, na pierwszym miejscu listy chorób zakaźnych, których zwalczaniu oraz zapobieganiu należy nadać najwyższy priorytet. Zakażenia dwoinką zapalenia płuc występują we wszystkich regionach świata, jednak najczęściej w krajach rozwijających się, ze względu na nieodpowiednie warunki higieniczne, ubóstwo, brak dostępu do nowoczesnej medycyny oraz szczepionek i antybiotyków. Niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia ze strony pneumokoków wynika między innymi z ich wyjątkowej zjadliwości, powszechności ich występowania, a także rosnących w ostatnich dekadach: zapadalności na choroby pneumokokowe oraz oporności bakterii na antybiotyki.



Zakażenia pneumokokowe najczęściej przybierają postać bezobjawową, bądź postać infekcji górnych dróg oddechowych. Po przechorowaniu infekcji wywołanej określonym serotypem pneumokoka uzyskuje się wieloletnią odporność. Poziom nosicielstwa pneumokoków jest wysoki i waha się od 5-10% u zdrowych dorosłych do 20-40% u zdrowych dzieci. Bakterie te bytują najczęściej w jamie nosowej i gardle. Do infekcji dochodzi drogą kropelkową lub poprzez kontakt bezpośredni. Nie u każdego nosiciela występują objawy chorobowe. Pneumokoki mogą jednak zaatakować nosiciela z opóźnieniem, w momencie osłabienia układu odpornościowego, np. po przejściu lub w trakcie grypy.

Bezobjawowi nosiciele zarażają również osoby ze swojego otoczenia. Pneumokoki są poważnym czynnikiem wywołującym bakteryjne zapalenie płuc u dorosłych, które w 5 -10% przypadków kończy się śmiercią. Szacuje się, że te bakterie odpowiedzialne są też za 50% bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych w tej grupie osób (u dorosłych), ze śmiertelnością wynoszącą 30%, a nawet 80% w populacji osób w wieku podeszłym.

Pneumokoki odpowiadają za około 35% przypadków pozaszpitalnego zapalenia płuc i 50% przypadków szpitalnego zapalenia płuc u dorosłych. Czynniki ryzyka stanowią przewlekłe choroby płuc oraz infekcje grypowe. Około 25–30% przypadków zapalenia płuc przebiega z bakteriami.

Grupy osób szczególnie narażonych na choroby wywołane przez pneumokoki to:

- osoby po 65 roku życia,
- osoby cierpiące na choroby przewlekłe m.in.: układu oddechowego, sercowo - naczyniowego i cukrzycę,
- palacze,
- małe dzieci.

Przebieg chorób pneumokokowych u pacjentów z ww. grup jest cięższy, ponieważ ich układ odpornościowy jest osłabiony, bądź nie w pełni wykształcony.

W grupie osób dorosłych zapadalność jak i śmiertelność z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej rośnie wraz z wiekiem. Śmiertelność w grupie osób po 65 roku życia jest ponad pięciokrotnie wyższa niż w grupie osób w wieku 35-49 lat.

- Według danych WHO zapadalność na choroby pneumokokowe wśród dzieci poniżej 5 r.ż. zróżnicowana jest pod względem kraju i regionu świata i występuje na poziomie od 188 do 6387/100 tys. Najwyższa zapadalność występuje w krajach Afryki (średnio –3627/100 tys.), a najniższa w Europie (średnio 504/100 tys.)
- Umieralność z powodu chorób pneumokokowych wynosi średnio 133/100 tys., przy czym najwyższa jest w Afryce (399/100 tys.), a najniższa w Europie (29/100 tys.).

Według danych publikowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w Warszawie w Polsce w 2017 r. zarejestrowano 1187 przypadków IChP, co daje zapadalność ogólną 3,09/100 000 mieszkańców. Jest to istotny wzrost zarówno w stosunku do roku 2014 (o 39%), jak i w stosunku do średniej z lat 2009-2013 (wzrost o 129%). W 2015 r. odnotowano 68 zgonów z powodu zakażeń pneumokokowych.



W poniższej tabeli przedstawiono zestawienie szczegółowe w podziale na województwa.

CHOROBA WYWOŁANA PRZEZ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE, INWAZYJNA: OGÓLEM (B95.3; A40.3; J13)

Liczba zachorowań (w kwartałach i ogółem), zapadalność oraz liczba i procent hospitalizowanych wg województw

Województwo		Liczba zachorowań w kwartałach				Liczba zachorowań w roku	Zapadalność (na 100 tys.)	Hospitalizacja	
		I	II	III	IV			Liczba	%
Polska	2016 r.	235	228	239	262	964	2,51	963	99,9%
	2017 r.	390	293	122	382	1187	3,09	1185	99,8%
1. Dolnośląskie		30	16	6	30	82	2,83	82	100,0%
2. Kujawsko-Pomorskie		25	18	10	32	85	4,08	84	98,8%
3. Lubelskie		13	5	4	13	35	1,64	35	100,0%
4. Lubuskie		6	14	7	10	37	3,64	37	100,0%
5. Łódzkie		12	7	1	8	28	1,13	28	100,0%
6. Małopolskie		24	21	6	31	82	2,42	82	100,0%
7. Mazowieckie		72	60	19	38	189	3,52	189	100,0%
8. Opolskie		11	16	2	15	44	4,44	44	100,0%
9. Podkarpackie		16	11	4	18	49	2,30	48	98,0%
10. Podlaskie		7	10	1	6	24	2,03	24	100,0%
11. Pomorskie		50	25	17	49	141	6,08	141	100,0%
12. Śląskie		29	27	10	35	101	2,22	101	100,0%
13. Świętokrzyskie		13	8	2	8	31	2,48	31	100,0%
14. Warmińsko-Mazurskie		11	5	4	14	34	2,37	34	100,0%
15. Wielkopolskie		31	28	21	43	123	3,53	123	100,0%
16. Zachodniopomorskie		40	22	8	32	102	5,98	102	100,0%

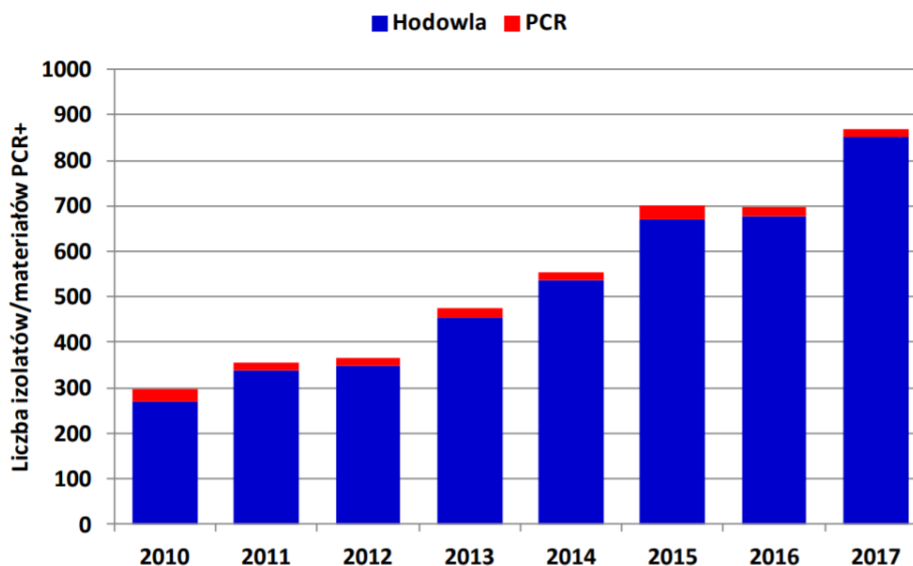
Dane NIZP-PZH za rok 2017, CHOROBY ZAKAŻNE I ZATRUCIA W POLSCE W 2017 ROKU - dane wstępne

Z danych opublikowanych przez KOROUN za rok 2017 liczba potwierdzonych przypadków IChP wynosiła 852 - jest to liczba wyższa, niż w poprzednich latach.

Szczegóły przedstawiono na poniższej rycinie.

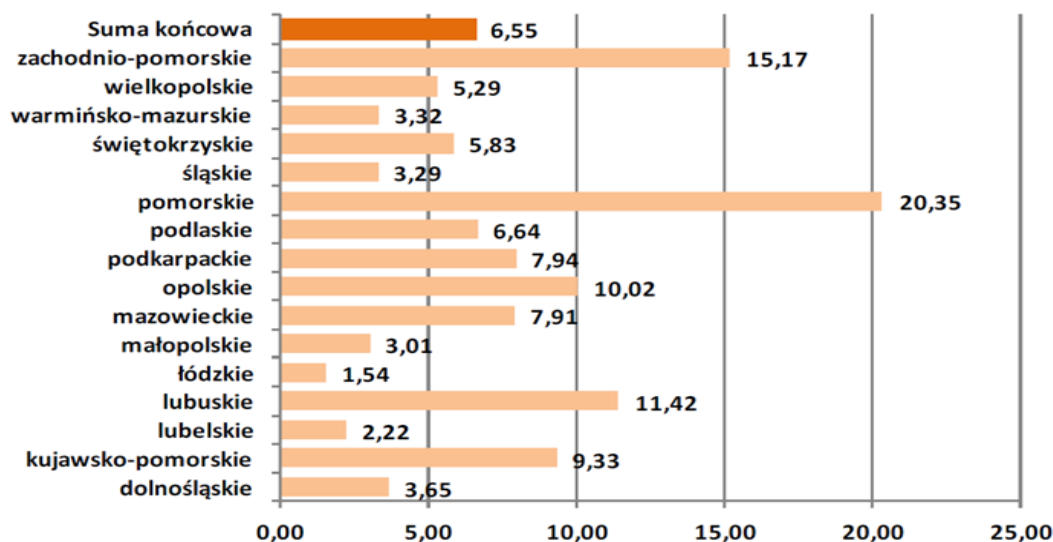


Ryc. 1. Liczba potwierdzonych przypadków IChP w latach 2010-2017 (dane KOROUN).



Szczegóły dotyczące częstości wykrywania IChP w poszczególnych województwach przedstawiono na poniższym wykresie.

Ryc. 2. Wykrywalność IChP w grupie wiekowej 65+ w roku 2017 (dane KOROUN).

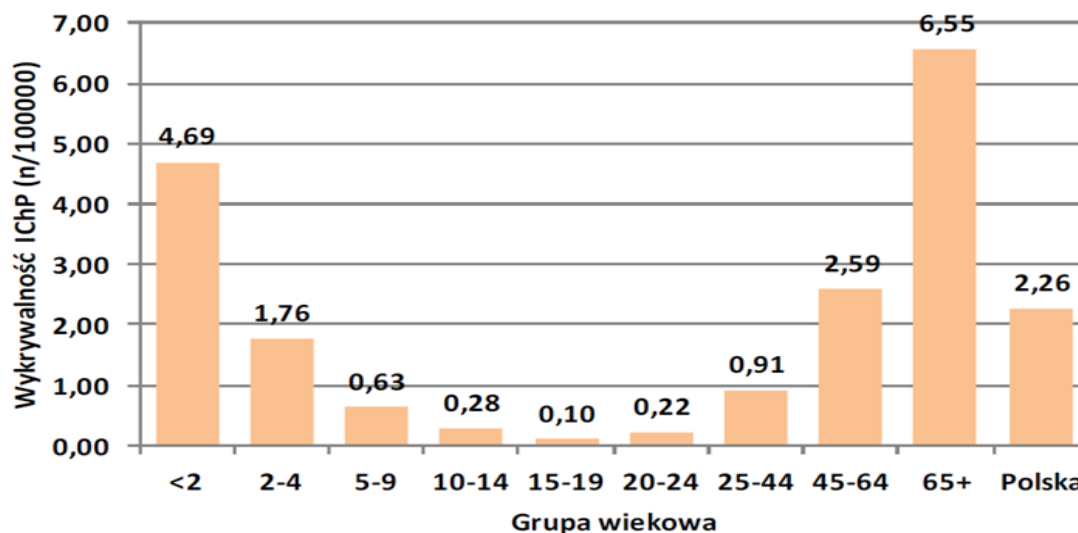


W grupie osób, u których potwierdzono inwazyjną chorobę pneumokokową w roku 2017, aż 48% stanowiły osoby w grupie wiekowej 65+ (dane KOROUN).



Według danych NIZP-PZH - w 2017 r. najwyższy odsetek zachorowań odnotowano w Polsce w miesiącu lutym i kwietniu. Najczęściej chorowali mieszkańcy miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców.

W 2017 r. w grupie wiekowej 65+ wykryto najwięcej przypadków IChP.



Dane KOROUN oraz NIZP-PZH (dotyczące lat 2012-2015) wskazują jednoznacznie na rokroczny wzrost zapadalności oraz rozpoznawalności inwazyjnej choroby pneumokokowej w Polsce.

Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowego Zakładu Higieny wskazują na wzrost wykrytych przypadków chorób wywołanych pneumokokami, od 364 przypadków w 2010 r. do 1187 przypadków w 2015 r. Współczynnik zapadalności na choroby związane z *Streptococcus pneumoniae* wzrósł natomiast z 0,95 w 2010 r. do 3,09 w 2017 r.

Dane regionalne

I. Dane na podstawie meldunków MZ-56 z poszczególnych lat - strona meldunki i informacje epidemiologiczne PZH(www.old.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/index_p.html)

1. Postać inwazyjna zakażeń pneumokokowych (zapalenie mózgu/opon mózgowo-rdzeniowych, posocznica) - Polska i województwo warmińsko-mazurskie:



lata	zachorowania		Zapadalność (na 100 tys.)	
	Polska	woj. warm.-mazur.	Polska	woj. warm.-mazur.
2014	700	27	1,82	1,87
2015	978	40	2,54	2,77
2016	966	29	2,51	2,02
2017	1182	34	3,08	2,37

2. Procentowy udział zachorowań na pneumokokowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych oraz zapadalność w grupach wiekowych 65 – 74 rok życia i 75+ (Polska)

lata	Procentowy udział w grupach wiekowych 65-74 i 75+ (%)			Zapadalność w grupach wiekowych 65-74 i 75+	
	65-74 r.ż.	75+ r.ż.	razem 65+	65-74 r.ż.	75+ r.ż.
2014	11,7	6,6	18,3	0,74	0,49
2015	14,2	6,1	20,3	0,85	0,45
2016	11,6	11,6	23,2	0,60	0,77
2017	17,0	7,0	24,0	0,79	0,44

II. Dane własne Powiatowej Stacji Sanitarno – Epidemiologicznej w Elblągu

1. Dane dotyczące zachorowalności na zakażenia pneumokokowe w grupie wiekowej pow. 65 roku życia, na terenie Elbląga (na podstawie zgłoszeń od lekarzy)

lata	Zachorowalność w Elblągu wg. wieku	
	ogółem	65+
2015	14	5
2016	9	1
2017	11	6
2018	11	7



2. Dane dotyczące szczepień dobrowolnych przeciw pneumokokom (osoby pow. 50 r.ż.) w Elblągu (na podstawie informacji z punktów szczepień)

lata	Liczba zaszczepionych
2014	43
2015	54
2016	64
2017	42
2018	38

I.3 Opis obecnego postępowania

Od października 2008 r. szczepienie przeciwko Streptococcus pneumoniae wpisano do obowiązkowego Programu Szczepień Ochronnych dla dzieci od 2 miesiąca życia do ukończenia 5 roku życia w sposób szczególny narażonych na zachorowanie oraz dla dzieci przedwcześnie urodzonych do ukończenia 1 roku życia chorych na dysplazję oskrzelowo-opłucną. Ponadto szczepienie przeciwko Streptococcus pneumoniae w tym samym programie umieszczono jako zalecane osobom z grup ryzyka.

Od roku 2017 szczepienie przeciwko pneumokokom jest obowiązkowe dla dzieci od 6 tygodnia do 2 roku życia urodzonym po 31 grudnia 2016 r. oraz dla dzieci do ukończenia 5 roku życia (urodzonych przed 1 stycznia 2017 r.) w sposób szczególny narażonych na zachorowanie.

Program Szczepień Ochronnych na 2019 r. szczepienie przeciwko Streptococcus pneumoniae zaleca ponadto dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz osobom powyżej 50 roku życia.

Aktualnie w Polsce dostępne są dwa rodzaje szczepionek przeciwko pneumokokom:

1.

a) szczepionka 10 –walentna (PCV-10) przeciwko serotypom 1,4,5,6B,7F,9V,14,18C,19F i 23F zarejestrowana dla dzieci od 6 tygodnia życia do 5 roku życia, które nie są objęte szczepieniami obowiązkowymi; szczepionka ta nie jest zarejestrowana dla osób dorosłych

b) szczepionka 13-walentna (PCV-13) przeciwko serotypom wyżej wymienionym oraz 3,6A i 19A –zarejestrowana dla dzieci od 6 tygodnia życia, młodzieży i dorosłych.

2. Szczepionki polisacharydowe–od 2 roku życia przeznaczone są do stosowania w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej i zapaleniu płuc dla osób powyżej 65 roku życia oraz osób powyżej 2 lat, które ze względu na stan zdrowia są szczególnie narażone na ciężkie zakażenia pneumokokowe.



Zgodnie z zaleceniami ACIP (Advisory Committee on Immunization Practices) – Amerykańskiego Komitetu Doradczego ds. szczepień optymalnym schematem szczepienia przeciwkopneumokokom dla osób powyżej 65 roku życia jest podanie PCV-13 w pierwszej kolejności, a po upływie co najmniej roku –PPSV-23.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych na 2019 rok szczepienia przeciwko pneumokokom są zalecane wszystkim osobom powyżej 50 r. ż. Szczepienia dla osób z populacji docelowej objętej programem nie są finansowane ze środków publicznych. Zatem działania zaplanowane w niniejszym projekcie stanowią uzupełnienie dostępnych świadczeń. Szczepienia te nie są finansowane ze środków znajdujących się budżecie Ministra Zdrowia.

II. CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

II.1 Cel główny

Zmniejszenie liczby infekcji (zapadalności na zakażenia pneumokokowe) poprzez zwiększenie liczby osób zaszczepionych przeciw pneumokokom wśród populacji objętej programem.

II.2 Cele szczegółowe

1. Zwiększenie o co najmniej 30 % liczby pacjentów z populacji docelowej stosujących szczepienia przeciw pneumokokom podczas trwania realizacji Programu.
2. Zmniejszenie liczby zgonów z powodu inwazyjnego zakażenia pneumokokowego podczas trwania realizacji Programu.
3. Zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród pacjentów po 65 r.ż. z grupy ryzyka na temat chorób wywoływanych przez pneumokoki i podniesienie świadomości pacjentów na temat roli szczepień w profilaktyce chorób zakaźnych podczas trwania realizacji Programu.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

1. Liczba osób zaszczepionych przeciw pneumokokom w populacji docelowej (porównanie danych początkowych pozyskanych z Powiatowej Stacji Sanitarno Epidemiologicznej(PSSE) z danymi od realizatora/realizatorów) ilości wykonanych szczepień w ramach Programu).
2. Liczba zgonów z powodu inwazyjnego zakażenia pneumokokowego na podstawie danych pozyskanych z PSSE.
3. Ilość rozmów lekarzy i pielęgniarek z pacjentami zakwalifikowanymi oraz ilość osób zgłaszających się na szczepienia w związku z prowadzoną akcją informacyjną.



III. CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ CHARAKTERYSTYKA INTERWENCJI, JAKIE SĄ PLANOWANE W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

III.1 Populacja docelowa

Program profilaktyczny będzie realizowany w grupie ryzyka: osoby w wieku 65 lat i powyżej, leczone z powodu chorób układu oddechowego z grupy J40 -J47 – przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych.

Aktualnie na terenie Miasta Elbląg zamieszkuje **113.418** osób zameldowanych na pobyt stały lub czasowy z czego **21.797** stanowią osoby urodzone do 01.01.1954 r. – po skończonym 65 roku życia (dane aktualne na dzień 01.03.2019 r. i zgodne z gminnym zbiorem meldunkowym prowadzonym przez Urząd Miejski w Elblągu).

Do programu zostaną zaproszone osoby w wieku powyżej 65 lat, zamieszkałe na terenie Miasta Elbląg, które nie były szczepione przeciwko pneumokokom i należą do grupy ryzyka – osoby leczone z powodu chorób z grupy J40-J47.

Z danych przekazanych przez Warmińsko – Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ wynika, że **liczba osób chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych (J40-J47) zgłoszone do NFZ w roku 2018 wyniosła 1502 (unikatowy PESEL).**

W ramach realizacji Programu planuje się zaszczepienie ok. 320 osób rocznie z grupy ryzyka, 640 osób w okresie objętym programem – ok. 42% populacji docelowej..

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

Do programu kwalifikowane będą osoby, które ukończyły 65 rok życia, zamieszkałe na terenie Elbląga, leczone z powodu chorób układu oddechowego z grupy J40 –J47, zakwalifikowane do szczepienia przez lekarza.

Pacjent zgłaszający się na szczepienie zobowiązany będzie do przedstawienia zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego przynależność do grupy ryzyka lub inną dokumentację na podstawie której będzie można potwierdzić przynależność do grupy ryzyka, w tym np. imienne zaproszenie otrzymane np. od realizatora.

Zaświadczenie lekarskie nie będzie wymagane, jeżeli z dokumentacji medycznej posiadanej przez podmiot wykonujący szczepienie będzie wynikać przynależność pacjenta do grupy ryzyka.

Spośród potencjalnych uczestników o zakwalifikowaniu się do programu decydować będzie kolejność zgłoszeń.



Warunkiem podania szczepionki będzie brak przeciwwskazań lekarskich do zaszczepienia oraz pisemna zgoda uczestnika programu.

Kryterium wykluczające: przeciwwskazania lekarskie do wykonania szczepienia.

Nabór do Programu będzie prowadzony przez realizatora/ów wybranego/ych w drodze konkursu.

Kluczowym kryterium programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W celu spełnienia tego założenia zostanie przeprowadzona kampania informacyjno – edukacyjna, skierowana do mieszkańców z populacji docelowej, zachęcająca do aktywnego udziału w akcji szczepień. Mieszkańcy Elbląga będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, tj., np.: lokalna telewizja, lokalne portale internetowe, strona internetowa Urzędu Miejskiego w Elblągu - www.elblag.eu oraz plakaty i ulotki rozmieszczone w mieście i placówkach POZ, a także na spotkaniach Uniwersytetu Trzeciego Wieku oraz w jednostkach świadczącym pomoc i wsparcie osobom starszym.

III.3 Planowane interwencje

Szczepienia:

Każdy mieszkaniec z grupy docelowej, spełniający kryteria włączenia do programu będzie mógł skorzystać z bezpłatnego szczepienia przeciw pneumokokom.

W ramach programu osoby spełniające kryteria włączenia będą szczepione 1 dawką szczepionki przeciw pneumokokom.

Aktualnie w Polsce dopuszczone do obrotu są 2 typy szczepionki przeciwko *Streptococcus pneumoniae* dla osób w wieku 65 lat i powyżej:

1. Szczepionka skoniugowana PCV 13 przeciwko 13 serotypom *Streptococcus Pneumoniae*
2. Szczepionki polisacharydowe PPSV -23 przeciwko 23 serotypom *Streptococcus Pneumoniae*

Wytyczne Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP 2015) wskazują, że osoby powyżej 65 r.ż. bez niedoboru odporności należy szczepić dwoma szczepionkami (PCV-13 i PPSV-23). Szczepionkę PCV-13 należy podać jako pierwszą, następnie po upływie co najmniej roku należy podać PPSV-23.

Program zakłada podanie jedynie szczepionki PCV-13 w schemacie jednodawkowym.

Edukacja:

Działania edukacyjne w zakresie zagrożeń związanych z zakażeniami pneumokokowymi, efektów zdrowotnych szczepień, w tym również niepożądanych odczynów poszczepiennych



prowadzone będą na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, w formie bezpośredniej i pośredniej:

Edukacja bezpośrednia – będzie realizowana poprzez rozmowę z lekarzem i pielęgniarką,

Edukacja pośrednia – będzie oparta o ulotki informacyjne, plakaty oraz informacje na stronach internetowych realizatorów.

Kampania informacyjno – edukacyjna będzie również prowadzona przez organizatora.

Spójność programu ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami realizowanymi przez ministrów lub NFZ

Według „Komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 25 października 2018 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2019” szczepienia przeciw pneumokokom dla osób dorosłych znajdują się w katalogu szczepień zalecanych.

Inwazyjnym zakażeniom *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* – domięśniowo lub podskórnie (według wskazań producenta szczepionki) zaleca się szczepić:

- dzieci i młodzież od ukończenia 6 tygodnia życia do ukończenia 18 roku życia oraz osoby dorosłe **powyżej 50 roku życia**;
- dzieci i osoby dorosłe z przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, implantem ślimakowym, przewlekłą chorobą wątroby, w tym z marskością, osoby uzależnione od alkoholu, palące papierosy;
- dzieci i osoby dorosłe z anatomiczną lub czynnościową asplenią: sferocytozą i innymi hemoglobinopatiami, z wrodzoną i nabytą asplenią;
- dzieci i osoby dorosłe z zaburzeniami odporności: wrodzonymi i nabytymi niedoborami odporności, zakażeniem HIV, przewlekłą chorobą nerek i zespołem nerczycowym, białaczką, chorobą Hodgkina, uogólnioną chorobą nowotworową związaną z leczeniem immunosupresyjnym, w tym przewlekłą steroidoterapią i radioterapią, szpiczakiem mnogim.

Według ww. komunikatu : liczba dawek i schemat szczepienia – według wskazań producenta szczepionki. Szczepienie rozpoczęte jednym preparatem należy kontynuować do zakończenia schematu szczepienia. 1. Szczepionki skoniugowane – szczepionka 13-lub 10-walentna – od 2 miesiąca życia. 2. Szczepionka polisacharydowa – od ukończenia 2 roku życia.

Zaplanowane interwencje będą prowadzone przez realizatora lub realizatorów wybranych w drodze otwartego konkursu ofert, w postępowaniu ogłoszonym zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego planowana jest dodatkowa konsultacja medyczna. W jej trakcie lekarz na podstawie objawów opisanych przez uczestnika programu oraz badania lekarskiego podejmie decyzję o zasadności rozpoznania



NOP oraz dalszym postępowaniu (m.in. zgłoszeniu tego przypadku do państwowej Inspekcji Sanitarnej) zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W programie będą użyte szczepionki przeciwko pneumokokom, zarejestrowane i dopuszczone do obrotu w Polsce, wybrane na podstawie opinii lekarza specjalisty (np. konsultanta w zakresie szczepień). Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu dostarczonej przez lekarza specjalistę (konsultanta w zakresie szczepień).

Szczepienie uczestników będzie przeprowadzone z zachowaniem wszelkich warunków, określonych dla prawidłowego szczepienia. Profil bezpieczeństwa szczepionek będzie podany na podstawie charakterystyki produktu dostarczonej przez lekarza specjalistę.

Realizatorem Programu zostanie podmiot, który zagwarantuje bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w tym w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej.

Interwencje będą prowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie, a prowadzone w Programie badania będą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Zaplanowane w Programie interwencje są działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, wynikają z aktualnej wiedzy medycznej.

III.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia oferowane w ramach programu będą bezpłatne dla jego uczestników i przysługiwać im będą na zasadzie dobrowolności. Świadczenie w postaci wykonania szczepienia otrzymają osoby spełniające kryteria udziału w programie, które zostaną zakwalifikowane do programu, wg kolejności zgłoszeń.

Szczepienie każdorazowo będzie poprzedzane kwalifikacją lekarską i przeprowadzone po uzyskaniu zgody uczestnika programu na jego realizację.

Działaniami edukacyjnymi zostaną objęte osoby kwalifikujące się do szczepienia.

Edukacja na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej będzie prowadzona bezpośrednio i pośrednio:

- Edukacja bezpośrednia - będzie realizowana poprzez rozmowę z lekarzem i pielęgniarką,
- Edukacja pośrednia - będzie oparta o ulotki informacyjne, plakaty i inne zaplanowane do wykorzystania materiały.



III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Kompletne uczestnictwo w Programie polega na zrealizowaniu szczepienia szczepionką przeciw pneumokokom zgodnie z wytycznymi producenta dotyczącymi dawkowania. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie trwania Programu. Może to nastąpić na życzenie uczestnika.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Etapy realizacji programu wraz z podziałem na podmioty odpowiedzialne za poszczególne zadania:

ZADANIE	PODMIOT ODPOWIEDZIALNY
Przygotowanie programu polityki zdrowotnej: - opracowanie programu - przekazanie do AOTMiT	Organizator programu
Wyznaczenie koordynatora programu	Organizator programu
Opiniowanie programu	AOTMiT
Uchwała Rady Miejskiej w Elblągu	Organizator programu
Ogłoszenie konkursu i wyłonienie realizatora programu (zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Organizator programu
Realizacja programu: a) dotarcie i z informacją o programie do osób spełniających kryteria udziału (działania promocyjno – informacyjne opisane w pkt III.2); b) rekrutacja uczestników do programu wraz z edukacją zdrowotną; c) realizacja świadczeń w ramach programu:	Organizator + Realizator programu Realizator programu



<ul style="list-style-type: none">• badanie lekarskie kwalifikujące do wykonania szczepienia,• podanie szczepionki zgodnie ze wskazaniami producenta, po wyrażeniu zgody przez pacjenta,• prowadzenie odpowiedniej dokumentacji, sporządzanie sprawozdań z realizacji programu.	Realizator programu
Monitoring realizacji programu i ewaluacja	Organizator + Realizator programu
Sprawozdanie do AOTMiT	Organizator Programu

IV.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizator winien dysponować kadrami, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnym do prowadzenia interwencji zaplanowanych w ramach programu

Szczepienia będą realizowane w podmiotach leczniczych posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, posiadających aktywne listy pacjentów oraz spełniających wymagania konkursowe określone przez Gminę Miasto Elbląg, w szczególności:

- a) zgodność zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez realizatora programu, w świetle obowiązujących przepisów, z przedmiotem programu,
- b) w zakresie personelu udzielającego świadczeń w ramach programu:
 - co najmniej 1 lekarz spełniający warunki Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie udzielania świadczeń z dziedziny poz,
 - co najmniej 1 pielęgniarka poz z uprawnieniami do wykonywania szczepień,
 - personel do obsługi organizacyjnej programu odpowiedzialny za rejestrację pacjentów, prowadzenie bazy danych;
- c) w zakresie dostępności do świadczeń w ramach programu:
 - dostępność do świadczeń co najmniej 3 razy w tygodniu, w tym 1 raz w godzinach popołudniowych (co najmniej do godz. 17:00);
- d) w zakresie wyposażenia w sprzęt i materiały:
 - wyposażenie gabinetu lekarskiego i gabinetu szczepień zgodne z obowiązującymi przepisami w tym zakresie,
 - posiadanie systemu komputerowego z dostępem do internetu oraz drukarką do gromadzenia, przetwarzania i przekazywania danych;
- e) w zakresie ceny.

V. SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ



V.1 Monitorowanie

Monitorowanie będzie odbywało się na bieżąco. Będzie się składać z oceny zgłaszalności do programu i oceny jakości świadczeń w programie.

Ocena zgłaszalności do programu to kluczowy element bieżącego monitoringu przebiegu programu. Informacje dotyczące liczby wykonanych szczepień zostaną odniesione do wartości liczbowych wynikających z harmonogramu akcji i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych, tworzonych miesięcznie oraz rocznie.

Monitoringowi poddana zostanie liczba zgód na udział w programie. Zmiana ich liczby w trakcie trwania projektu, porównana z liczebnością populacji docelowej będzie użytecznym wskaźnikiem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych, dodatkowo stanowiąc odzwierciedlenie zmian w zakresie świadomości społeczeństwa związanej m.in. z rolą szczepień ochronnych w ochronie szeroko pojętego zdrowia publicznego.

Jakość świadczeń będzie na bieżąco monitorowana za pomocą ankiety. Kwestionariusz zostanie udostępniony wszystkim uczestnikom akcji. Ankieta będzie miała charakter anonimowy. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia ze świadczonych usług medycznych (kwestionariusz w załączniku). Wyciągnięte wnioski posłużą zwiększeniu jakości prowadzonego programu i zwiększeniu poziomu zadowolenia uczestników.

V.2 Ewaluacja

Ocena efektywności programu zostanie dokonana przez organizatora programu.

Efektywność programu szczepień przeciw pneumokokowym zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie. Im wyższa frekwencja, tym większe prawdopodobieństwo uzyskania efektu zbliżonego do opisywanego w cytowanej literaturze naukowej.

Skuteczność programu zostanie oceniona na podstawie obserwacji trendów rutynowo zbieranych statystyk zapadalności na inwazyjne choroby pneumokokowe (statystyki NIZP, KOROUN, NFZ).

Ze względu na fakt, że inwazyjnych chorób pneumokokowych (posocznica, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych) odnotowuje się stosunkowo niedużo, stąd efektywność programu nawet na przełomie kilku lat może być słabo widoczna. Doświadczenia krajów, w których szczepionka jest stosowana w większej skali skłaniają do szacunków znacznego obniżenia się liczby zachorowań na choroby pneumokokowe, nawet do 98%. Taki szacunek skuteczności



programu wprowadzonego przez samorząd, można by przeprowadzić w oparciu o założony rejestr i dość złożoną procedurę rejestracji i monitorowania zakażeń, co wykracza poza możliwości samorządu. Stąd założenie korzystania z publicznie dostępnych rejestrów i statystyk prowadzonych przez PZH, KOROUN oraz właściwy oddział wojewódzki NFZ.

Największy odsetek osób choruje przede wszystkim na nieinwazyjne choroby pneumokokowe (zapalenie ucha środkowego, zatok, nieinwazyjne zapalenie płuc) stąd też monitorowanie spadku zapadalności na te choroby byłoby najlepszym miernikiem efektywności programu. Jest to częściowo możliwe dzięki danym uzyskiwanym od płatnika publicznego. Miasto Elbląg podejmie starania o pozyskanie odpowiednich danych zarówno z okresu realizacji programu szczepień jak i min. 2 lat po jego zakończeniu (w danej edycji). Stąd pełna ewaluacja efektów programu możliwa będzie dopiero po min. 2-3 latach od zakończenia procedury szczepień (w danej edycji). Jednak zmiana częstości występowania chorób pneumokokowych w tym IChP powinna być widoczna już w pierwszych latach realizacji programu – zgodnie z dostępnymi danymi literaturowymi.

VI. BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

VI.1 Koszty jednostkowe

Jednostkowy koszt wykonania szczepienia w podmiocie leczniczym szacuje się na ok **250 zł/osoba**. Na koszt składa się:

220 zł:

- zakup szczepionki przeciw zakażeniom pneumokokowym,

30 zł – koszty realizatora:

- badanie lekarskie – kwalifikację do wykonania szczepienia,
- podanie szczepionki zgodnie ze schematem podanym przez producenta,
- utylizacja odpadów,
- sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień,
- prowadzenie rejestru świadczeń wykonywanych w ramach programu oraz sporządzanie sprawozdań z jego realizacji,
- edukacja pacjenta i akcja informacyjna.

VI.2 Koszty całkowite:

Planowany kosztorys programu na rok 2019

Lp.	Pozycja kosztorysu	Liczba szczepień	Koszt jednostkowy	Koszt całkowity
1	Koszt wykonania szczepienia 1 osoby	320	250,-zł	80.000 zł
2	Koszt działań informacyjno - edukacyjnych dla organizatora			1.000 zł
3.	Całkowity koszt programu na rok			81.000 zł



2019 rok koszt całkowity szczepień – ok 81.000 zł ,

2020 rok koszt całkowity szczepień –ok. 81.000 zł

Całość kosztów programu na lata 2019-2020 przewidziano na ok. 162.000 zł

VI.3 Źródła finansowania

Program będzie finansowany ze środków budżetu gminy Miasto Elbląg, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od możliwości budżetowych Gminy Miasto Elbląg.



VII. BIBLIOGRAFIA

- Hryniewicz, W. Epidemiologia zakażeń pnemokokowych w Polsce i na świecie, Nowa, 13 walentna skoniugowana szczepionka przeciw pneumokokom w świetle aktualnej wiedzy na temat zakażeń Streptococcus pneumoniae, Elsevier Urban&Partner, 2010: 4-5;
- www.szczepienia.pzh.gov.pl
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie niepożądanych odczynów poszczepiennych i kryteriów ich rozpoznawania (Dz.U. z 2010, nr 254, poz. 1711),
- Albrecht P., Patrzalek M., Kotowska, M., Radzikowski A. Kliniczne i praktyczne efekty szczepień koniugowaną szczepionką pneumokokową w zapobieganiu inwazyjnej chorobie pneumokokowej, zapaleniom płuc i ucha środkowego u dzieci wświewle doświadczeń polskich i światowych. *Pediatrics Pol*, 2009, 84 (1),
- Bernatowska, E., *Szczepienia Ochronne*. Warszawa, 2010.
- Albrecht P., Hryniewicz W., Kuch A. i wsp. Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego. Warszawa, 2011, Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), <http://www.cdc.gov/>, 2010.
- Dinleici, E., & Abidin, Z., Current knowledge regarding the investigational 13-valent pneumococcal conjugate vaccine. *Expert Rev. Vaccines.*, 2009, 8 (8), 977-986.
- Raport Grupy na rzecz Programu Szczepień Ochronnych w Polsce www.parasoldlazycia.pl, 2016.
- Raport „Inwazyjna choroba pneumokokowa w Polsce w 2017 roku”, <http://www.koroun.edu.pl/pdf/ICHP2017.pdf>
- Czajka H., Inwazyjne pneumokoki –zapobieganie zakażeniom, *Zakażenia – Supplement*. 2007, 3.
- CDC, Epidemiology and prevention of vaccine - preventable diseases „The Pink Book” – 7th ed - 2002, 205 - 217. 2. CDC Recommendation and Reports. Preventing pneumococcal disease:Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* April 4, 1997 /Vol.46/ No. RR-08.
- Duszczyk E., Talarek, E., Profilaktyka zakażeń pneumokokowych u osób starszych, *Zakażenia* 2008, 4.



- Kwieciński A. Zakażenia *Streptococcus pneumoniae* – wybrane aspekty. Informator Lekarski, 2008, 3.
- Kyaw M.H., Christie P., Clarke S.C. et al.: Invasive pneumococcal disease in Scotland, 1999-2001: use of record linkage to explore associations between patients and disease in relation to future vaccination policy. *Clin Infect Dis* 2003, 37:1283–1291.
- Robinson K.A., Baughman W., Rothrock G. et al.: Epidemiology of invasive *Streptococcus pneumoniae* infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA*, 2001, 285:1729–1735.
- Active Bacterial Core Surveillance report. Dostępny pod: www.cdc.gov/abcs/reportsfindings/survreports/spneu08.pdf (accessed 31 March 2010).
- Centers for Disease Control and Prevention. Dostępne pod: www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr4608.pdf (accessed 31 March 2010).
- Kaplan V., Clermont G., Griffin M.F. et al.: Pneumonia: still the old man's friend? *Arch Intern Med* 2003; 163:317–323.
- Robinson K., A., Baughman W., Rothrock G. et al.: Epidemiology of invasive *Streptococcus pneumoniae* infections in the United States, 1995-1998: Opportunities for prevention in the conjugate vaccine era. *JAMA*, 2001, 285:1729–1735.
- Read M., Lee C.: Age-related Differences in Immune Responses to the Pneumococcus and the Relation to Vaccination Development. *European Respiratory Disease?*, 2010, 6:54–61.
- Sadkowska-Tadys M. et al. Infectious diseases in Poland in 2015. *PRZEGL. EPIDEMIOLOG.*, 2017, 71(3):295-309.



ANKIETA

dotycząca badania satysfakcji ze sposobu realizacji programu i jakości udzielonych świadczeń
(badanie anonimowe)

Jak oceniasz swój poziom satysfakcji z realizacji „Programu profilaktycznego przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród mieszkańców Elbląga po 65 roku życia z grupy ryzyka”

poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

poziom wiedzy o możliwych do wystąpienia odczynach poszczepiennych

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie i objęcia programem szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

Jak oceniasz, jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu:

terminowość wykonania szczepień

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

poziom usług lekarskich (badania przed szczepieniem)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

poziom usług pielęgniarskich (podanie szczepienia)

1	2	3	4	5	6
bardzo słabo					bardzo wysoko

Czy uważasz, że realizacja tego typu programu jest potrzebna?

1	2	3	4	5	6
Zdecydowanie nie					Zdecydowanie tak

Czy w przyszłości wzięłbyś udział w tego typu programie zdrowotnym

1	2	3	4	5	6
Zdecydowanie nie					Zdecydowanie tak

Uwagi

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