Załącznik nr 1
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
nr …… z dnia …….

OPIS PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN. „PROGRAM SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE PO 65 ROKU ŻYCIA", REALIZOWANEGO W RAMACH MIEJSKIEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA „ZDROWY KRAKÓW 2019-2021"

Niniejszy dokument stanowi program polityki zdrowotnej (stan z dnia wydania pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 150/2013 z dnia 10 czerwca 2013 r.).

1. Opis problemu zdrowotnego

W skali globalnej na grypę zapada rocznie 5-15% populacji. Ocenia się, że w Polsce choruje od miliona do kilku milionów osób, w zależności od sezonu grypowego. W sezonie 2010-2011 liczba zachorowań przekroczyła nieznacznie milion (1 053 488), zapadalność 2 758, hospitalizowano 5 455 chorych i odnotowano 187 zgonów. Podobna sytuacja epidemiologiczna była w kolejnym sezonie epidemicznym 2011/2012.

Istotnym problemem zdrowotnym jest wysoki wskaźnik ciężkich powikłań, szczególnie u osób 65+.

Grypa jest ostrą zakaźną chorobą układu oddechowego, o wysokiej zaraźliwości. Zakażenie szerzy się bardzo łatwo, przede wszystkim drogą kropelkową, w mniejszym stopniu przez przedmioty zanieczyszczone wydzieliną z górnych dróg oddechowych. W skali globalnej corocznie grypa występuje w formie epidemii lub, co kilkanaście, kilkadziesiąt lat w postaci pandemii.

Pandemia wybucha wówczas, kiedy pojawia się nowy antygenowo szczep wirusa, zwykle jako wynik tzw. skoku antygenowego, na który ludzkość jest wrażliwa. Podczas pandemii grypa szerzy się bardzo szybko i liczba zachorowań jest kilkakrotnie wyższa niż podczas epidemii grypy sezonowej. W czasach nowożytnych najtragiczniejsza pandemia, tzw. „Hiszpanki", dotknęła 1/3 populacji globalnej, z liczbą zgonów sięgała 100 mln.

Wirus grypy AH1N1, który wywołał ostatnią pandemię grypy, różni się od wirusów odpowiedzialnych za epidemie grypy sezonowej. Zdecydowana większość ludzi nie była odporna na nowy wariant wirusa grypy AH1N1, dlatego grypa pandemiczna szerzyła się szybciej i w szerszym przedziale wiekowym, tj. obejmuje osoby młode i dzieci. Dodatkową groźną cechą nowego szczepu wirusa jest to, że może wywoływać zakażenie w dolnych drogach oddechowych w postaci ciężkiego wirusowego zapalenia płuc o dużej śmiertelności.

Zakażenia wirusowe predysponują także do wtórnych ciężkich zakażeń bakteryjnych, szczególnie układu oddechowego. Grypa sezonowa występuje, co rocznie w skali całego świata, a na terenie Polski najwięcej zachorowań notuje się w miesiącach zimowych i wczesno wiosennych. Zachorowania są wywoływane przez typowe wirusy grypy występujące w środowisku.

W sezonie grypowym 2012/2013 Światowa Organizacja Zdrowia zaleciła następujący skład szczepionek przeciw grypie: A/Kalifornia/7/2009 (H1N1) pdm09-like virus, A/Victoria/361/2011 (H3N2) – like virus, B/Wisconsin/1/2010 – like virus. Podobnie jak w poprzednim sezonie epidemicznym wirus AH1N1v będzie jednym z trzech głównych czynników etiologicznych, obok 2 nowych wirusów.

Podstawowym sposobem zapobiegania, a zarazem najbardziej efektywnym,

zachorowaniom na grypę jest wzmożenie odporności poprzez szczepienia ochronne, powtarzane co rocznie przed sezonem epidemicznym. Szczepionki te zapobiegają grypie wywołanej przez aktualnie krążące szczepy wirusa grypy. WHO zaleca na obecny sezon epidemiczny szczepionki zawierające antygeny wirusów A H1N1, A Victoria H3N2 i B Wisconsin. Rutynowe szczepienia są zalecane wszystkim osobom, które ukończyły 6 miesięcy życia, u których nie stwierdza się przeciwwskazań/Centrum Kontroli i Prewencji Chorób CDC 2011/. Szczepienia ochronne przeciw grypie są zalecane przez wszystkie instytucje zajmujące się zdrowiem publicznym w Polsce.

Najnowsze wskazania epidemiologiczne do szczepień przeciw grypie, podane we wrześniu 2011 roku przez Grupę Ekspertów Polskich FLU FORUM 2011 i aktualizowane w 2012 roku, obejmują osoby od 6 m. ż. do 18 r. ż., osoby 55+, osoby z przewlekłymi chorobami układu oddechowego: astma, niewydolność układu oddechowego, chorych z POCHP z ciężkimi postaciami choroby, zwłaszcza w wieku starszym, pacjentów z niewydolnością układu krążenia, przewlekłymi chorobami nerek, chorujących na cukrzycę, wszystkich chorych na cukrzycę po ukończeniu 6 m. ż., osoby w stanach upośledzonej odporności, pracowników ochrony zdrowia, osoby narażone na kontakt z dużą liczbą ludzi np. pracownikom szkół, handlu, transportu. Populacją, do której adresowane są szczepienia przeciw grypie obejmuje osoby od 65 r. zamieszkałe w Krakowie.

W Polsce szczepienia przeciw grypie są zalecane, co oznacza, że Główny Inspektor sanitarny uważa je za ważne, ale nie są finansowane ze środków publicznych. Zatem pacjent musi sam za nie zapłacić.

W populacji osób po 65 r. ż. zaleca się podawanie szczepionki od września do listopada. W Polsce najwięcej zachorowań na grypę notuje się od stycznia do marca. Dlatego też uzasadnione jest szczepienie w sezonie grypowym, kiedy stwierdza się krążenie wirusa w populacji, ponieważ działanie ochronne ujawnia się już po 7-10 dniach.

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia PZH, szczepi się jedynie mniej niż 16% osób 65+ , podczas gdy w Wielkiej Brytanii aż 78%.

W populacji młodszej liczba osób szczepionych z sezonie 2010/2011 wynosiła 5,2%. WHO zalecało już na 2010 rok zaszczepienie 75% populacji 65+, u których układ immunologiczny, ze względu na wiek nie jest w pełni sprawny i u których istotnie częściej stwierdza się choroby przewlekłe, usposabiające do ciężkiego przebiegu grypy i groźnych, nierzadko śmiertelnych powikłań. Korzyści ze szczepień przeciw grypie ujawniają się we wszystkich grupach wiekowych. Miernikiem efektywności szczepień ochronnych przeciw grypie są dane świadczące o skuteczności tej metody profilaktyki.

Skuteczność u zdrowych dorosłych kształtuje się na poziomie 70-90%.

U starszych wynosi około 60%. Populacja osób po 65 roku życia jest szczególnie zagrożona nie tylko ciężkim przebiegiem samej choroby, ale także poważnymi powikłaniami grypy, nierzadko śmiertelnymi. W populacjach zwiększonego ryzyka, zaleca się immunizację czynną z użyciem szczepionki przeciw grypie, przed kolejnym sezonem epidemicznym. Przyjętym przez Światową Organizację Zdrowia celem jest zaszczepienie przeciw grypie 75% populacji osób po 65 roku życia. Szczepienia przeciw grypie w istotny sposób redukują ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego: o 67% ryzyko powtórnego zawału mięśnia sercowego, o 50% ryzyko udaru, o 52% redukują konieczność hospitalizacji związanej z chorobami płuc i o 79% konieczność hospitalizacji związanej z grypą i pogrypowym zapaleniem płuc, zapaleniem oskrzeli, śpiączką cukrzycową i kwasicą metaboliczną. Bardzo istotne znaczenie ma szczepienie przeciwko grypie pensjonariuszy domów przewlekłej opieki. Ponieważ wśród osób starszych, rzadziej uzyskuje się zadawalającą odpowiedź na szczepienie, zwykle tylko u 50 do 70% w grupie osób poddanych uodpornieniu, dlatego też duże znaczenie przypisuje się innym sposobom zapobiegania zachorowaniom na grypę. Istotne znaczenie ma ograniczenie narażenia mieszkańców domów opieki przewlekłej na

wirusy grypy.

Dla osiągnięcia tego celu, zalecane są szczepienia ochronne przeciw grypie dla pracowników domów opieki przewlekłej, którzy są najczęstszym źródłem zakażenia pensjonariuszy wirusem grypy. Takie postępowanie nie tylko zmniejsza zachorowania na grypę wśród personelu, ale także ogranicza zachorowalność, umieralność z powodu grypy i tzw. umieralność ogólną wśród pensjonariuszy. Dzięki rozszerzeniu szczepień ochronnych przeciw grypie na personel opiekujący się osobami, zwykle starszymi, przebywającymi w domach opieki przewlekłej, rzadziej choruję one na grypę. Prowadzenie tak zaplanowanych programów profilaktycznych nie tylko przyczynia się do zmniejszenia zachorowań na grypę, ale również ciężkich powikłań i zgonów.

Cele strategiczne szczepień wg. WHO są następujące: ochrona integralności systemu opieki zdrowotnej i krytycznej infrastruktury państwa, zmniejszenie chorobowości i śmiertelności oraz ograniczenie rozprzestrzeniania się grypy. Polskie Ministerstwo Zdrowia przypomina lekarzom o obowiązku informowania pacjentów o konieczności poddania się szczepieniom ochronnym i korzyściach z tego wynikających oraz możliwych odczynach poszczepiennych. Najlepsze rezultaty daje szczepienie rozpoczęte przed sezonem epidemicznym. W podsumowaniu pragnę podkreślić, że wprowadzenie szczepień ochronnych pozwoli na zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu ciężkiego przebiegu grypy, bądź powikłań wymagających leczenia szpitalnego.

Szczepienia zapobiegawcze nie tylko przyczyniają się do ograniczania zachorowań i skutków społeczno-ekonomicznych związanych z chorobami zakaźnymi, ale także sprzyjają dalszej poprawie zdrowia publicznego.

Mocnym argumentem jest także to, że korzyści wynikające ze szczepień ochronnych, są poparte rzetelną analizą farmakoekonomiczną, wskazującą jednoznacznie, że koszt uzyskania życia w pełnym zdrowiu (koszt QALY) udaje się znacząco zmniejszyć realizując programy szczepień ochronnych.

Dotychczasowe doświadczenia z realizacji programu szczepień ochronnych przeciw grypie w Krakowie są bardzo zachęcające, a osoby 65+ są zainteresowane zabezpieczeniem się przeciw grypie, co napawa optymizmem w czasach podważania zasadności szczepień ochronnych w zapobieganiu chorobom zakaźnym.

2. Cele Programu

a. Cel główny:

- celem głównym Programu jest zmniejszenie zachorowalności na grypę wśród mieszkańców Miasta Kraków w wieku powyżej 65 lat;
- zmniejszenie transmisji wirusa w środowisku.

b. Cele szczegółowe:

Cele szczegółowe to zwiększenie wiedzy mieszkańców Krakowa na temat zagrożeń dla zdrowia związanych z grypą oraz wzrost świadomości zdrowotnej mieszkańców Krakowa w zakresie potrzeby szczepień przeciw grypie. Oczekuje się poprawy zachowań prozdrowotnych mieszkańców Krakowa powyżej 65 roku życia w zakresie profilaktyki zakażeń szerzących się droga kropelkową – grypy oraz zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie zasadności i potrzebie szczepienia się przeciw grypie.

c. Oczekiwane efekty:

- poprawa zachowań zdrowotnych mieszkańców Krakowa 65+ w zakresie profilaktyki zakażeń szerzonych się drogą kropelkową – grypy;

- zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców Krakowa po 65 roku życia w zakresie zasadności, bezpieczeństwa i korzyści ze szczepień przeciw grypie;
- szczepienia mogą zmniejszyć bezpośrednie koszty medyczne, jak i koszty pośrednie związane z absencją w pracy i ograniczoną wydajnością;
- istotne zmniejszenie liczby zachorowań;
- istotny spadek umieralności na grypę;
- zmniejszenie liczby hospitalizacji;
- odciążenie placówek ochrony zdrowia.

d. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu:

- efektywność kosztów szczepienia na zyskany rok życia skorygowany o jakość życia QALY u osób w wieku > 65 lat (w USA 980 USD na uzyskany QALY);
- szczepienia zmniejszają lub minimalizują koszty opieki medycznej, koszty społeczne i indywidualne, znacząco ograniczają niezdolność do pracy i zmniejszoną wydajność.

3. Adresaci Programu (populacja Programu)

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Populację, do której adresowany jest Program, stanowią mieszkańcy Miasta Krakowa mający ukończony 65 rok życia.
Planowane jest objęcie programem około 5 000 osób.

b. Tryb zapraszania do Programu

Informacja o Programie będzie rozpropagowana poprzez stronę internetową Urzędu Miasta Krakowa (www.bip.krakow.pl, www.krakow.pl), lokalne media, podmioty lecznicze.

4. Organizacja Programu

1) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Program realizowany będzie w tzw. punktach szczepień zlokalizowanych w podmiotach leczniczych na terenie Miasta Krakowa, które wyłonione zostaną w drodze konkursu ofert.

2) Planowane interwencje:

Etap I:

Kwalifikacja lekarska uwzględniająca przeciwwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych – zebranie wywiadu lekarskiego i przeprowadzenie badania lekarskiego fizykalnego.

Etap II:

Wykonanie szczepienia przez lekarza lub pielęgniarkę.

3) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników:

Kryterium wieku (ukończony 65 rok życia) oraz zamieszkanie na terenie Gminy Miejskiej Kraków.

5. Monitorowanie i ewaluacja

Koordynatorem Programu jest Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób zakaźnych, który sprawuje nadzór merytoryczny nad realizacją programu oraz opracowuje raport końcowy z jego realizacji.