

Gruźlica – stop transmisji. Świadomość istnienia gruźlicy barierą jej rozprzestrzeniania się.

Lub

Świadomość istnienia gruźlicy barierą jej rozprzestrzeniania się

Lub

Stop Gruźlicy

Podtytuł: Okres realizacji: program wieloletni. Program pilotażowy: rok 2015 roku.

Autor: dr n. med. Katarzyna Kruczak

Oddział Kliniczny Kliniki Pulmonologii SU, Kraków

1. Opis problemu zdrowotnego

a) Problem zdrowotny

Gruźlica jest ciągle jedną z głównych przyczyn chorobowości i śmiertelności z powodu chorób zakaźnych. Jest to choroba, wywołana przez prątki kwasooporne z grupy *Mycobacterium tuberculosis* (*M. tuberculosis complex: M. tuberculosis, M. africanum, M. bovis, M. bovis – BCG, M. microti*) [1].

Ocenia się, że co najmniej 32% ludności na świecie (2,1 mld) jest zakażonych prątkiem gruźlicy. Co roku zapada na gruźlicę co najmniej 9 mln osób, a umiera z jej powodu prawie 2 mln [1,2]. 98% zgonów występuje w krajach rozwijających się, w dużej części są to zakażenia HIV. Przyczyną dużej nadal chorobowości na gruźlicę są nie tylko warunki społeczno-ekonomiczne ale pandemia zakażeń HIV oraz pojawienie się prątków opornych na leki przeciwpłatkowe [1-3].

Spółeczne uwarunkowania, zakorzeniona interpretacja, że gruźlica dotyka ludzi biednych powoduje, że osoby podejrzewające u siebie lub w najbliższym otoczeniu problem gruźlicy starają się zachować w głębokiej tajemnicy ze względu na obawy przed negatywnymi oddziaływaniami społecznymi – wykluczeniem lub wręcz agresją.

Naturalny przebieg gruźlicy składa się z 3 etapów: ekspozycji, zakażenia i aktywnej choroby [1,4].

W wyniku ekspozycji na prątek gruźlicy jedynie niewielka część osób narażonych ulegnie zakażeniu, a wśród nich u ok. 10% rozwinie się pełnoobjawowa postać choroby.

U tych osób zakażonych, bez objawów chorobowych w niekorzystnych warunkach może dojść do „reaktywacji” prątków. Około 5% choruje bezpośrednio po zakażeniu (chorobę nazywa się wówczas gruźlicą pierwotną), pozostali znacznie później (gruźlica popierwotna). Miejscem rozwoju gruźlicy w 90% przypadków są płuca. W pozostałych 10% rozwija się gruźlica innych narządów lub współistnieją oba umiejscowienia choroby. Gruźlica pierwotna (najczęstsza u dzieci) charakteryzuje się wystąpieniem zespołu pierwotnego (jednoczesne zmiany w płucu i w węzłach chłonnych węki lub śródpiersia). Objawem gruźlicy pierwotnej może być także wysiękowe zapalenie opłucnej. Rzadko ma postać ciężkiego krwiopochodnego rozsiewu (prosówka gruźlicza i zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych) [1,4].

Gruźlica popierwotna najczęściej dotyczy płuc, chociaż może się rozwinąć w każdym narządzie, zwykle z przetrwałych ognisk gruźliczych. U osób z upośledzoną odpornością może dochodzić również do ciężkiego, krwiopochodnego rozsiewu prątków.

Osoby zakażone wykazują pewną odporność na kolejne zakażenie prątkiem. Uważa się, że większość przypadków gruźlicy u osób dorosłych jest wynikiem „reaktywacji” istniejących ognisk, chociaż ostatnio (dzięki rozwojowi metod genetycznych i możliwości ustalania wzorów genetycznych szczepów prątków) zwraca się uwagę na znaczący udział ponownego zakażenia egzogenego [1,4]

b) Epidemiologia

Ze względu na złą sytuację epidemiologiczną w przeszłości, ocenia się, iż więcej niż 20% populacji (ok. 8 mln ludzi) w Polsce jest zakażonych prątkiem gruźlicy, a w grupie wiekowej powyżej 40 lat odsetek ten jest jeszcze większy [5].

W 2013 roku zarejestrowano 7250 nowych zachorowań na wszystkie postaci gruźlicy (współczynnik zapadalności /100 000); około 90% przypadków to gruźlica płuc. Ciągłe odnotowuje się wznowy procesu chorobowego (około 12% przypadków) i przypadki gruźlicy

włóknisto-jamistej (około 0,5%). Gruźlica pozapłucna najczęściej dotyczy opłucnej, węzłów chłonnych, układu moczowo-płciowego i układu kostno-stawowego.

W 2013 roku rozpoznano w Polsce 7 przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

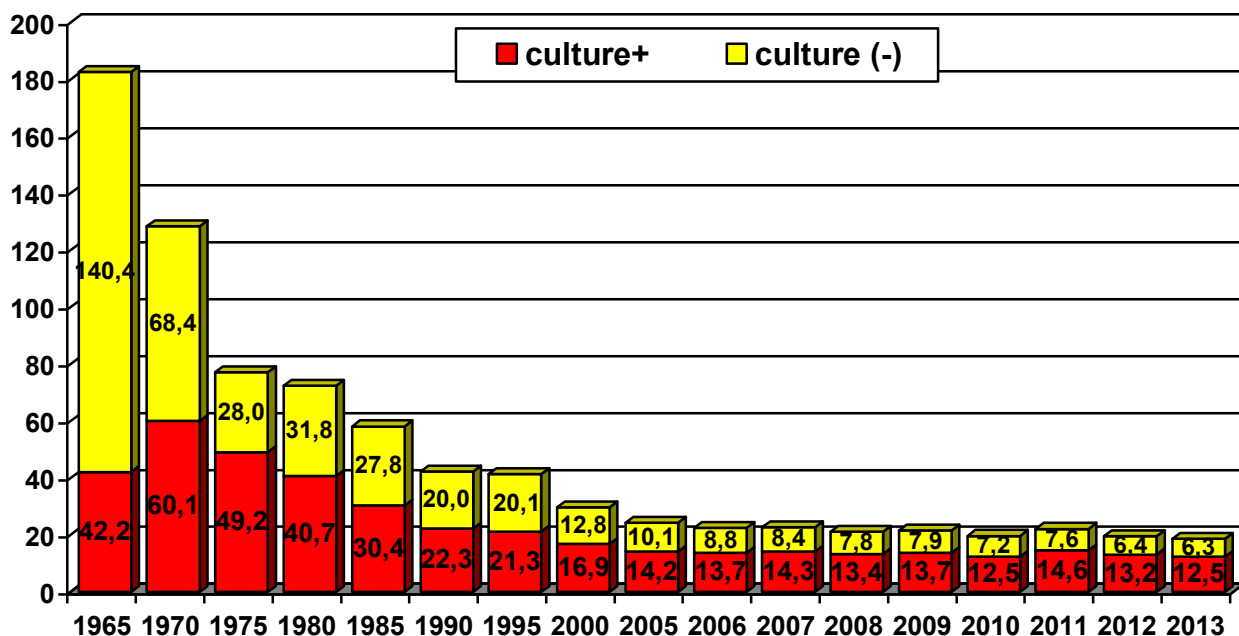
U dzieci i młodzieży gruźlica niemal zawsze jest następstwem kontaktu z dorosłymi prątkującymi chorymi na gruźlicę. Nastąpił wzrost przypadków gruźlicy wśród najmłodszych - wśród dzieci do lat 14 w 2013 roku zarejestrowano 116 przypadków (w roku 2012 - 96).

Z powodu gruźlicy zmarło w Polsce w 2012 roku 630 osób (współczynnik umieralności 1,6/100 000) [6].

Pomimo zauważalnej tendencji spadkowej nowych zachorowań od roku 2006 zaobserwowano wyhamowanie tej tendencji – w roku 2013 współczynnik zapadalności na gruźlicę wyniósł 18,8 nowych zachorowań na 100 tys. ludności (Ryc.1. Wg 6).

Niepokojącym zjawiskiem jest utrzymujący się trend nowych przypadków gruźlicy na niskim, ale stałym poziomie co może prowadzić do niebezpiecznego wniosku o „likwidacji problemu gruźlicy”, a tym samym w wyniku jej lekceważenia do nawrotu zwiększonej ilości zachorowań. Biorąc pod uwagę migracje ludności, coraz częstsze podróże do krajów, gdzie dominuje gruźlica wielolekooporna oraz niepokojące sygnały zza wschodniej granicy można liczyć się ze wzrostem zapadalności na najbardziej zakaźne i często niewyleczalne odmiany gruźlicy (jak beijing). Należy przeciwdziałać nasilającemu się zjawisku dobrowolności szczepień, które może doprowadzić do sprzeciwu rodziców szczepienia niemowlaków szczepionką BCG

.Ryc. 1.



Zatrważającym zjawiskiem jest wzrost w skali całego kraju nowych zachorowań na gruźlicę w grupie dzieci do 14 r.ż. (Tab. II wg 6).

Tab. II.

	Liczba zachorowań w grupach wieku Number of cases in age groups (years)						Współczynniki na 100 000 ludności w każdej grupie wieku Rate per 100.000 population					
	Razem Total	0-14	15-19	20-44	45-64	65+	Razem Total	0-14	15-19	20-44	45-64	65+
	RAZEM / TOTAL											
2003	10.124	100	184	3.045	3.968	2.827	26,5	1,5	5,8	21,9	41,7	57,6
2004	9.493	120	129	2.836	3.835	2.573	24,9	1,9	4,2	20,3	39,5	51,7
2005	9.269	99	156	2.717	3.760	2.537	24,3	1,6	5,3	19,4	38,0	50,9
2006	8.587	69	156	2.529	3.655	2.178	22,5	1,1	5,5	18,0	36,4	42,8
2007	8.614	74	135	2.538	3.762	2.105	22,6	1,2	4,9	18,0	37,0	41,1
2008	8.081	76	115	2.248	3.685	1.957	21,2	1,3	4,3	15,9	35,8	38,1
2009	8.236	99	131	2.250	3.704	2.025	21,6	1,7	5,1	15,8	35,6	39,9
2010	7.509	62	114	2.086	3.441	1.806	19,7	1,1	4,6	14,6	32,8	34,9
2011	8.478	111	130	2.171	3.895	2.171	22,2	1,9	5,4	15,2	37,0	41,9
2012	7.542	95	166	1.996	3.404	1.881	19,6	1,6	7,3	13,8	32,1	34,8
2013	7.250	116	113	1.903	3.241	1.877	18,8	2,0	5,2	13,2	30,8	33,7
	NOWE ZACHOROWANIA / NEW CASES											
2003	8.890	99	181	2.786	3.352	2.472	23,3	1,5	5,7	20,0	35,2	50,3

2004	8.337	119	128	2.611	3.258	2.221	21,8	1,8	4,2	18,7	33,5	44,7
2005	8.194	98	152	2.484	3.250	2.210	21,5	1,6	5,2	17,7	32,9	44,4
2006	7.583	69	154	2.311	3.099	1.950	19,9	1,1	5,4	16,4	30,9	38,3
2007	7.567	71	128	2.331	3.191	1.846	19,9	1,2	4,7	16,5	31,4	36,1
2008	7.052	76	113	2.048	3.083	1.732	18,5	1,3	4,2	14,5	30,0	33,7
2009	7.261	99	126	2.048	3.166	1.822	19,0	1,7	4,9	14,4	30,4	35,4
2010	6.610	61	112	1.903	2.917	1.617	17,3	1,1	4,5	13,3	27,8	31,3
2011	7.515	111	127	1.979	3.339	1.959	19,7	1,9	5,3	13,8	31,7	37,8
2012	6.665	94	165	1.781	2.908	1.717	17,3	1,6	7,3	12,3	27,4	31,8
2013	6.403	116	110	1.705	2.748	1.724	16,6	2,0	5,1	11,8	26,1	30,9
W Z N O W Y / R E L A P S E S												
2003	1.234	1	3	259	616	355	3,2	0,0	0,1	1,9	6,5	7,3
2004	1.156	1	1	225	577	352	3,1	0,1	0,0	1,6	6,0	7,0
2005	1.075	1	4	233	510	327	2,8	0,0	0,1	1,7	5,2	6,6
2006	1.004	-	2	218	556	228	2,6	-	0,1	1,6	5,5	4,5
2007	1.047	3	7	207	571	259	2,8	0,1	0,3	1,5	5,6	5,1
2008	1.029	-	2	200	602	225	2,7	-	0,1	1,4	5,8	4,4
2009	975	-	5	202	538	230	2,6	-	0,2	1,4	5,2	4,5
2010	899	1	2	183	524	189	2,4	0,0	0,1	1,3	5,0	3,6
2011	963	-	3	192	556	212	2,5	-	0,1	1,4	5,3	4,1
2012	877	1	1	215	496	164	2,3	0,0	0,0	1,5	4,7	3,0
2013	847	-	3	198	493	153	2,2	-	0,1	1,4	4,7	2,7

W województwie małopolskim występuje od lat ciągle wysoki stopień zapadalności na gruźlicę – powyżej 500 nowych zachorowań – w roku 2013 nastąpił wzrost nowych zachorowań – 560 nowych przypadków (Tab VIII wg 6).

Tab. VIII.

Województwa Voivodships	Liczby bezwzględne/ Numbers					Współczynniki/ Rates				
	2009	2010	2011	2012	2013	2009	2010	2011	2012	2013
POLSKA	8.236	7.509	8.478	7.542	7.250	21,6	19,7	22,2	19,6	18,8
1. Dolnośląskie	652	582	742	594	659	22,7	20,2	25,8	20,4	22,6
2. Kujawsko-pomorskie	403	386	377	399	348	19,5	18,7	18,2	19,0	16,6
3. Lubelskie	741	646	797	656	591	34,3	30,0	37,0	30,2	27,4
4. Lubuskie	146	135	165	108	209	14,5	13,4	16,3	10,6	20,4
5. Łódzkie	749	810	746	711	574	29,4	31,9	29,4	28,1	22,8
6. Małopolskie	557	490	545	523	560	16,9	14,8	16,5	15,6	16,7
7. Mazowieckie	1.154	992	1.196	1.040	1.175	22,1	19,0	22,8	19,6	22,1
8. Opolskie	196	132	158	155	167	19,0	12,8	15,4	15,3	16,6
9. Podkarpackie	333	302	503	421	279	15,9	14,4	23,9	19,8	13,1
10. Podlaskie	181	158	173	160	150	15,2	13,3	14,6	13,3	12,5
11. Pomorskie	551	449	447	432	356	24,8	20,1	20,0	18,9	15,5
12. Śląskie	1.119	1.181	1.300	1.185	1.100	24,1	25,5	28,0	25,6	23,9
13. Świętokrzyskie	411	284	409	374	309	32,3	22,4	32,3	29,3	24,3
14. Warmińsko-mazurskie	293	260	191	196	192	20,5	18,2	13,4	13,5	13,3
15. Wielkopolskie	462	441	437	377	343	13,6	12,9	12,8	10,9	9,9
16. Zachodniopomorskie	288	261	292	211	238	17,0	15,4	17,2	12,3	13,8

Niepokojące jest to, że w nastąpił wzrost nowych zachorowań wśród dzieci do 14 r.ż. Kolejno od roku 2009; 4, 1, 2, 5 i w roku 2013 7 przypadków nowych zachorowań (wg6).

Wśród chorych prątkujących (informacja ustna – Wojewódzkie Referencyjne Laboratorium Prątka) w 2013 roku aż ok. 50 % stanowili chorzy prątkujący obficie (AFB+++), stanowiący bardzo niebezpieczne źródło zakażenia dla otoczenia. Fakt ten świadczy o opóźnionej diagnostyce chorych, opóźnionym leczeniu i następowej transmisji gruźlicy w środowisku.

Przyjmuje się, że nowe przypadki gruźlicy pochodzące z zakażeń egzogennych (transmitowanych w środowisku od źródła zakażenia) to od 30-40% [7].

Niezwykle istotne w problemie transmisji gruźlicy jest istnienie tzw. grup ryzyka zachorowania na gruźlicę – osób w wysokim stopniu zakażonych prątkiem gruźlicy, którzy powinni być ciągle monitorowani w kierunku rozwoju aktywnej choroby, gdyż z nich często wywodzą się chorzy na gruźlicę. W województwie przebadano kilka takich grup ryzyka [5].

Należałoby również zwrócić uwagę na rosnący problem imigrantów z krajów o wysokich współczynnikach zapadalności na gruźlicę zwłaszcza w aspekcie otwarcia granic naszych granic na kraje wschodnie, sąsiadujące z Polską w których występują wysokie współczynniki zapadalności na gruźlicę. Wśród chorych wywodzących się z takich imigrantów są pacjenci z najcięższą postacią gruźlicy odpornej na leki trudno wyleczalnej i często prowadzącej do zgonu (informacja ustna – Specjalistyczny Szpital Wojewódzki Jarosław).

c). Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia programu.

Populacja województwa małopolskiego wg danych Biuletynu IGiChP z roku 2014 na dzień 30.06.2013 wynosiła 1 006 999. Szeroką akcją edukacyjną programu powinna zostać objęta cała populacja z wyłączeniem dzieci przed rozpoczęciem gimnazjum, gdyż we wszystkich grupach wiekowych notowane są nowe zachorowania. Szeroka akcja uświadamiająca dotycząca zgłaszania się do lekarzy powinna obejmować jak najszerszą grupę osób.

c) Obecne postępowanie w omawianym problemie zdrowotnym ze szczególnym uwzględnieniem gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Aktualnie brak jest zorganizowanych działań edukacyjnych proponowanych w tym programie i brak jest **możliwości** finansowania.

d) Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Wzrost zapadalności na gruźlicę w województwie małopolskim, wysoki stopień zakaźności chorych – czego dowodem jest wzrost przypadków obficie prątkujących, wzrost zachorowań na gruźlicę u dzieci– co świadczy o transmisji gruźlicy od osób dorosłych, duży stopień utajonej infekcji gruźliczej w tzw. grupach ryzyka (bezdumni, kontakty bliskie chorego na gruźlicę, personel medyczny i inni), duży stopień transmisji gruźlicy w populacji (30-40%) o czym świadczą wspomniane wyżej badania genetyczne są dowodem na to, że sytuacja epidemiologiczna gruźlicy w województwie małopolskim nie jest dobra. Zbyt późne rozpoznanie gruźlicy skutkuje jej transmisją i wzrostem nowych zakażeń i przypadków aktywnej gruźlicy. Wynika to z małej wiedzy o objawach tej choroby w społeczeństwie i zbyt późnym zgłaszaniu się do lekarza. Niejednokrotnie przypadki, które trafiają do lekarza są wysoce zakaźne dla otoczenia i są źródłem zakażenia dla innych. Wprowadzenie więc programu edukacyjnego dla społeczeństwa ze szczególnym uwzględnieniem osób odpowiedzialnych za wczesne wykrywanie gruźlicy jak: jednostki służby zdrowia (POZ – lekarze, pielęgniarki w tym środowiskowe, personel Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, pielęgniarki epidemiologiczne w szpitalach) jak również personel Ośrodków Pomocy Społecznej, personel szkolny, **pracownicy stacji sanitarno epidemiologicznych**, skutkowałyby wzrostem poziomu wiedzy o tej chorobie, **wzrostem tolerancji środowiskowej osób i rodzin dotkniętych problemem gruźlicy, zwłaszcza w małych nietolerancyjnych środowiskach wiejskich**, prowadziło do szybkiej diagnostyki i przerwaniu transmisji choroby.

2. Cele programu

a) Cel główny

Wczesna identyfikacja osób podejrzanych o gruźlicę co zapobiegłoby dalszej transmisji gruźlicy w wyniku działań edukacyjnych w populacji województwa małopolskiego. Zahamowanie transmisji na wczesnym etapie choroby spowodowałoby spadek przypadków zachorowań.

W wyniku upowszechniania wiedzy o problemie światowym gruźlicy –

b) Cele szczegółowe

Populacja zapozna się z objawami gruźlicy (plakaty, audycje, artykuły prasowe) co powinno spowodować szybkie zgłaszanie się osób podejrzewających u siebie gruźlicę na specjalna

infolinię i/lub bezpośrednio do lekarza celem dalszej diagnostyki oraz sprzyjać **wzrostowi tolerancji dla osób i rodzin dotkniętych tym problemem, jak również pozwoli na uświadamianie o konieczności szczepień noworodków** .

Specjalne wykłady prowadzone by były dla wspomnianych wyżej: pracowników służby zdrowia, **ośrodków pomocy społecznej szczebla gminnego i powiatowego**, kierownictwa i personelu ośrodków pomocy społecznej, **pracowników sanepid** jadłodajni oraz noclegowni dla bezdomnych, personelu szkolnego celem szerokiego uświadomienia o konieczności zwracania uwagi na objawy gruźlicy oraz jak najszybsze motywowanie osób u których te objawy wystąpią do zgłoszenia się do dalszych badań **oraz wsparcia rodzin i środowisk dotkniętych tym problemem**.

Wskazane byłyby pogadanki w szkołach dla dzieci, rodziców i nauczycieli (począwszy od **przedszkoli**) prowadzone przez lekarza, pielęgniarkę lub inne osoby mające na co dzień do czynienia z problemem o objawach gruźlicy i konieczności motywowania przez dzieci osób z rodziny i najbliższego otoczenia, u których takie występują do szybkiego zgłoszenia się do lekarza.

Należałoby zwrócić się ze szczególnym apelem do **osób zatrudniających** imigrantów o konieczności badań wstępnych rtg klatki piersiowej przed rozpoczęciem pracy w Polsce.

c) Oczekiwane efekty

Zmniejszenie współczynników zapadalności na gruźlicę i zwiększenie odsetka osób diagnozowanych i leczonych we wczesnych stadiach choroby w Małopolsce. **Wzrost tolerancji dla osób chorych na gruźlicę**.

d) Mierniki efektywności

Porównanie odsetka osób zgłaszających się do lekarzy z podejrzanymi o gruźlicę objawami w trakcie programu i sprzed tego okresu jak i po zakończeniu programu. Również ważna będzie ocena w jakim stadium gruźlica będzie rozpoznawana – chodzi o to aby były to stadia

wczesne. Porównanie odsetka osób mających wiedzę dotyczącą gruźlicy oraz zmiana nastawienia do tego problemu.

3. Adresaci programu (populacja programu)

a) Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Aktualny program ma mieć charakter pilotażowy. Część przeznaczona do populacji ogólnej miałaby charakter szeroko uświadamiający przez dotarcie do niej dzięki plakatom, audycjom radiowym lub telewizyjnym, reportażom prasowym. Część przeznaczona dla grup ryzyka mogłaby objąć wykłady dla kilkudziesięciu osób z następujących grup: lekarzy POZ, pielęgniarki środowiskowe, personel SOR , , dyrektorów i nauczycieli szkół, pielęgniarek szkolnych, a także kierownictwa i personelu noclegowni, jadłodajni,.

b) Tryb zapraszania do programu

Zaproszenie do programu będzie zaprezentowane w formie plakatów dostępnych w poradniach POZ, aptekach, centrach handlowych. Zainteresowani będą mogli zadzwonić na infolinię, gdzie będą udzielane informacje przez lekarza z propozycją dalszego postępowania i diagnostyki. Specjalne zaproszenia na wykłady dla lekarzy POZ (z możliwością zaproszenia do współpracy Izby Lekarskiej, dzięki którym lekarze i uzyskają punkty), SORów, personelu we współpracy z Małopolskim Kuratorem Oświaty, jadłodajni, noclegowni dla bezdomnych będą wysyłane na adresy poszczególnych jednostek.

4. Organizacja programu

a) Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Pierwszym elementem organizacyjnym jest przygotowanie plakatu informacyjnego, przedstawiającego problem i zachęcającego osoby – adresatów programu do kontaktu telefonicznego na założoną infolinię i/lub bezpośredniego zgłoszenia się do lekarza. Temu też ma służyć audycja telewizyjna lub radiowa oraz artykuł prasowy.

Wykłady przeznaczone dla osób bezpośrednio kontaktujących się z osobami potencjalnie chorymi (lekarze i pielęgniarki POZ w tym środowiskowe, personel SORów, ośrodków pomocy społecznej szczebla gminnego i powiatowego, pracowników szkół, jadłodajni, noclegowni) będą zawierały: przegląd danych epidemiologicznych dotyczących zachorowań na gruźlicę w Małopolsce, problemy zakaźności i transmisji gruźlicy, objawy gruźlicy, metody diagnostyczne w gruźlicy, problemy braku tolerancji, która jest istotną barierą chęci osoby zarażonej do zgłaszania się do lekarza, itp.

b) Planowane interwencje

Przeprowadzenie konferencji i wykładów dla każdego powiatu i każdej gminy województwa małopolskiego, przeprowadzenie wykładów dla min 10% szkół w województwie (ok 300 szkół).

Planowane uruchomienie infolinii dla populacji województwa ok. 6 wykładów dla osób z grup mających wpływ na wczesną diagnostykę gruźlicy wymienionych powyżej.

Szklenia dla pacjentów i ich rodzin w szpitalach leczących gruźlicę płuc.

d) Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu

Program ma charakter pilotażowy i z uwagi na jej szeroki charakter przez planowane audycje, artykuły prasowe, infolinię, plakaty objąby swoją akcją uświadamiającą dość dużą grupę osób. Osoby zainteresowane uzyskaniem większej wiedzy na temat gruźlicy mogłyby wziąć udział w specjalnym szkoleniu dla pacjentów.

Drugi typ wykładów byłby prowadzony dla osób mających wpływ na wczesne wychwycenie osób chorych. Byłoby to ok. 6 grup po kilkadziesiąt osób.

Trzeci typ szkoleniowo – informacyjny miałby za zadanie informowanie społeczności lokalnej o epidemiologii gruźlicy, w wyniku której spodziewany jest wzrost tolerancji dla osób i rodzin dotkniętych tym problemem.

d) Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Spotkania szkoleniowe będą odbywać się w łatwo dostępnych obiektach, w dogodnych godzinach. Przez cały czas trwania pilotażu będzie działać infolinia (przez 3 miesiące od poniedziałku do piątku przez 2 godziny dziennie).

e) Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Zadaniem programu będzie szeroko rozumiana edukacja, wyodrębnienie jak najwcześniejsze osób chorych lub zagrożonych gruźlicą i jak najwcześniejsze skierowanie tych osób do publicznej służby zdrowia celem dalszej diagnostyki i ew. leczenia. **Wzrost tolerancji dla osób i rodzin dotkniętych tym problemem.**

e) Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

W wyniku prowadzonej akcji edukacyjnej oraz wykładów zagrożone gruźlicą osoby zostają skierowane do specjalistycznych jednostek celem diagnostyki i leczenia. **Nastąpi zwiększenie motywacji społecznej do wsparcia osób i rodzin dotkniętych tym problemem.**

g) Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Prowadzenie programu nie wiąże się z żadnym osobistym ryzykiem uczestników programu.

h) Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji program

Koordinatorem programu będzie małopolski konsultant wojewódzki w zakresie chorób płuc a szkolenia będą prowadzone przez doświadczonych pulmonologów oraz pracowników instytucji zajmujących się wykrywaniem i leczeniem jak również wspieraniem osób i rodzin dotkniętych problemem gruźlicy. Możliwe wsparcie szkoleniowe osób, które były lub są pacjentami chorymi na gruźlicę.

i) Dowody skuteczności planowanych działań

Dane epidemiologiczne pokazują, że prowadzenie edukacji dotyczącej wczesnych objawów gruźlicy i konieczności szybkiego zgłaszania się do lekarza powodują zahamowanie transmisji i spadek współczynników zapadalności na tą chorobę.

5. Koszty

a) Koszty jednostkowe

Koszt udziału w programie będzie przeliczony na chętnych biorących udział w wykładach oraz ilości osób skorzystających z infolinii.

b) Planowane koszty całkowite (kwoty brutto)

- opracowanie programu 3 tys. PLN

– koszt koordynacji programu 2 tys. PLN

– koszty audycji radiowo telewizyjnych 30 000

- koszty opracowania i druku plakatów informacyjnych (5000 sztuk) 1000 - 15000 PLN

- koszty opracowania i druku broszur informacyjnych dla uczestników wykładów (ok. 5000 osób - 1000 = 8000 PLN)

- koszty przygotowania wykładów oraz wynagrodzeń za prowadzenie wykładów: 1000 = 5x 2000 PLN + 11 000 PLN + 30 000 PLN

- koszt funkcjonowania infolinii przez 3 miesiące (od poniedziałku do piątku przez 2 godziny dziennie): 6000 PLN

- koszty wynajęcia sali wykładowej i obsługi wykładów 1000+ 5x2000 + catering = 30 000 PLN

- koszty opracowania i wydruku tzw ankiet satysfakcji: (1000 + 2000 PLN) -3000

razem 127 000, 00 zł

c) Źródło finansowania

Budżet województwa małopolskiego

d) Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Szacowane ilości ludności świata zakażone prątkami gruźlicy, ok 2,1 mld ludności, ok 8 mln obywateli naszego kraju, jak również narastający problem napływu gruźlicy, na którą obecnie brak jest skutecznych leków, uwarunkowania geopolityczne stawiające nasze województwo w bezpośredniej bliskości skutków jakie może przynieść eskalacja konfliktu na wschodzie, tj. napływu obywateli Ukrainy zarażonych gruźlicą wielolekooporną. Brak tolerancji dla osób i ich rodzin, które zostały dotknięte problemem gruźlicy, a która to jest bezpośrednim powodem niemożności pozyskania rzetelnych informacji o stanie pacjenta, jak również wewnętrzne „uśpienie” pojawiające się prztekonaniem, że gruźlica – jak czarna ospa została całkowicie wykorzeniona z rzeczywistości stanowią podstawę do bardzo energicznych działań mających na celu edukację społeczną w powyższym zakresie. Brak zdecydowanych kroków, przy wyjątkowej zakaźności gruźlicy przenoszonej drogą kropelkową tj. poprzez oddech może doprowadzić w niedalekiej przyszłości do jej reaktywacji i wielokrotnionych środków na leczenie. Koszty leczenia osób chorych na gruźlicę wielolekooporną są bowiem kilkanaście razy wyższe niż leczenia gruźlicy w jej pierwszych stadiach rozwoju.

(6. Monitorowanie i ewaluacja

a) Ocena zgłaszalności do programu

Odsetek osób, które uczestniczyły w wykładach w stosunku do liczby zarejestrowanych uczestników.

b) Ocena jakości świadczeń

Uczestnicy wykładów wypełniają tzw. ankietę satysfakcji; po zwrocie ankiety uczestnik otrzymuje broszurę informacyjną.

c) Ocena efektywności programu

Ocena ilości zgłaszanych się pacjentów do POZ po kontakcie z infolinią, audycji, po przeczytaniu artykułu w stosunku do ilości osób sprzed programu. Wzrost rozpoznawania ilości przypadków gruźlicy we wczesnych stadiach rozwoju choroby. **Wzrost tolerancji dla osób i rodzin dotkniętych tym problemem.**

7. Okres realizacji programu

rok 2015???

Piśmiennictwo:

1. I. Grzelewska-Rzymowska, K. Kruczak: Gruźlica i inne mykobakteriozy. W: A. Szczeklik: Choroby wewnętrzne. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2013.
2. Global Tuberculosis Control- WHO report 2012, Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2012).
3. J.H. Bates, G.A. Huitt: Gruźlica i zakażenia prątkami atypowymi. W: Atlas chorób płuc. Gdańsk, Via medica, 2007: 119-132.
4. A. Raja: Immunology of tuberculosis. Indian. J. Med. Res., 2004; 120: 213-232.

5. K. Kruczak i wsp.: Comparison of IGRA tests and TST in diagnosis of latent tuberculosis infection and prediction tuberculosis in risk groups in Krakow (Poland). Scand J Infect Dis: May 2014, on line.
6. Korzeniowska-Kosela M.: Gruźlica I choroby układu oddechowego w Polsce w 2013 roku. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc.
7. K. Kruczak i wsp: Efficiency of molecular methods for epidemiological investigation In tuberculosis (TB). ERS Congress; Vienna 2012.