

Program profilaktyki raka piersi na lata 2019-2022

1. Opis problemu zdrowotnego

a. Problem zdrowotny

Etiologia

„Nowotwór, to nieprawidłowa tkanka charakteryzująca się nadmiernym rozrostem, niepodporządkowanym prawidłowym funkcjom organizmu. Niekontrolowane przez mechanizmy fizjologiczne mnożenie się komórek prowadzi do uszkodzenia narządu macierzystego oraz sąsiadujących” [1].

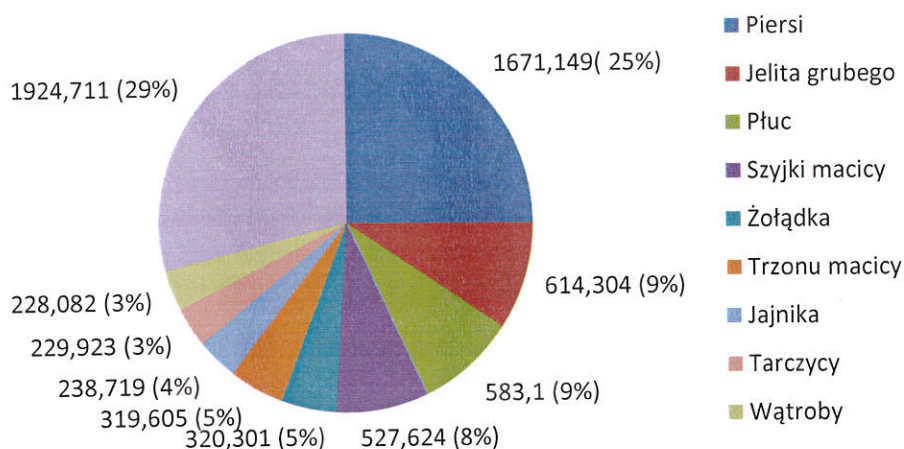
Wyróżnia się dwa rodzaje nowotworów: łagodne i złośliwe. Łagodne charakteryzują się tym, że rosną powoli i nie przenoszą się na sąsiadujące organy, złośliwe zaś często przenosi się na inne organy i występują w postaci różnej wielkości guzów i zgrubień [1].

Rak jest drugą z głównych przyczyn zgonów na świecie. W 2012 roku zarejestrowano 8,2 mln zgonów [1].

Aby ograniczyć zapadalność na nowotwory, należy zwiększyć świadomość ludzi dotyczącą czynników ryzyka, możliwości profilaktyki, w tym szczepień osób w młodym wieku, oraz na temat możliwości i potrzeby wykonywania badań screeningowych w celu wczesnego wykrycia zmian w organizmie [2].

Rak piersi, jelita grubego, płuc i szyjki macicy występują najczęściej i są najczęstszymi przyczynami zgonów wśród kobiet (zob. ryc. 1. i 2). Zapadalność na raka piersi rośnie zarówno w krajach rozwijających się, tak i rozwiniętych. Przyczyną tego stanu rzeczy są m.in.: urbanizacja, wydłużenie średniej długości życia i brak środków finansowych na wczesne rozpoznanie choroby. Dlatego profilaktyka prowadzona w ramach programów zdrowotnych stanowi podstawę walki z nowotworami [3].

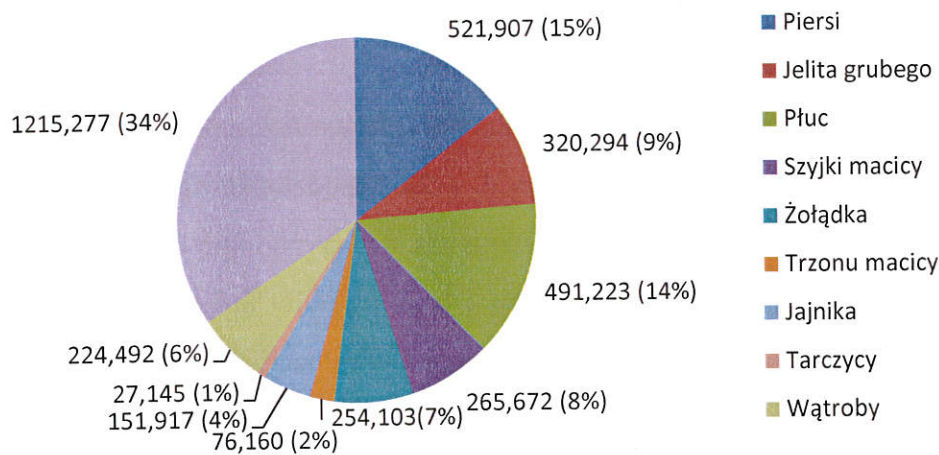
Zapadalność na nowotwory na świecie



Rycina 1. Zapadalność na nowotwory na całym świecie w 2012 roku z podziałem na poszczególne nowotwory

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [4].

Śmiertelność na nowotwory na świecie



Rycina 2. Śmiertelność z powodu nowotworów na świecie w 2012 roku z podziałem na poszczególne nowotwory

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [4].

Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (*International Agency for Research on Cancer* – IARC) bada czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory. Wśród najważniejszych, mogących wywołać raka piersi są, m.in. pewne mutacje genów, zwłaszcza BRCA1, BRCA2 i p53, powstające u osób w grupie bardzo wysokiego ryzyka. Jednakże, te mutacje są rzadkie i stanowią niewielką część wszystkich przypadków. Wpływ może mieć również używanie doustnych środków antykoncepcyjnych[5]. Liczna grupa naukowców przeprowadziła badanie (opublikowane w czasopiśmie *Lancet*), które wskazało, że 21% wszystkich zgonów z powodu raka piersi na całym świecie jest powiązanych z nadużywaniem alkoholu, nadwagą i otyłością lub brakiem aktywności fizycznej. Odsetek ten był wyższy w krajach o wysokich dochodach (27%), a najbardziej istotnymi czynnikami okazały się nadwaga i otyłość. W krajach o niskim i średnim dochodzie część zachorowań na raka piersi, które można zaliczyć do wywołanych tymi czynnikami ryzyka, wyniosła 18%; ponadto brak aktywności fizycznej przyczynił się do 10% przypadków zachorowań [6].

Podnoszenie świadomości społecznej na temat raka piersi i mechanizmy programów zdrowotnych stanowią kluczową strategię kontroli tego nowotworu [3].

Jednym z mechanizmów profilaktyki jest samobadanie – podstawowy, bardzo ważny element w procesie wczesnego wykrywania raka piersi. Wyróżnia się w nim dwa etapy: oglądanie stanu piersi oraz badanie dotykowe, tzw. palpacją. Samodzielne badanie piersi powinno być wykonywane systematycznie. Należy koniecznie skontaktować się z lekarzem, jeżeli występują: wycieki z brodawek, przebarwienia lub zmiana kształtu piersi, guzki bądź zgrubienia [3].

Drugą ważną metodą profilaktyki jest USG – obrazowe badanie z użyciem ultradźwięków. Przeprowadza się je w celu wspomagania i uzupełnienia badania mammograficznego, szczególnie w diagnostyce sutków gruczołowych. Skutecznie wykrywa łagodne oraz rakowe zmiany w piersi. Badanie USG to zaleca się kobietom powyżej 20. roku życia [7].

Kluczową rolę we wczesnym rozpoznaniu raka piersi odgrywa badanie mammograficzne, które umożliwia rozpoznanie zmiany nowotworowej, zanim ta osiągnie postać objawiającą się klinicznie. Wykazano, że mammografia pozwala zmniejszyć ryzyko zgonów z powodu raka piersi.

W Polsce, mimo że coraz więcej kobiet w wieku 50–69 lat bada się profilaktycznie, ich odsetek w porównaniu z innymi państwami europejskimi nadal jest niski (we Francji, Holandii i Szwecji w badaniach mammograficznych uczestniczy ponad 80% kobiet w tym przedziale wiekowym). Ów niski odsetek jest skutkiem niezadowalającego poziomu wiedzy na temat mammografii jako metody profilaktyki raka piersi. Z drugiej zaś strony winę stanowi niewłaściwa forma organizacji tych badań (np. zaproszenia na badania wysyłane są w okresie przedświątecznym). Nieskuteczność stosowanych metod zachęcania do udziału w badaniach i niedostatek akcji promocyjnych wśród populacji docelowej kobiet (nie zapominajmy, że różnią się one między sobą wiekiem, aktywnością fizyczną czy też wykształceniem) powoduje, iż poziom wiedzy na temat nowotworów jest wciąż niski [8].

Dużym problemem jest również to, że rak piersi najczęściej pojawia się w starszym wieku, a zwiększająca się przeciętna długość życia sprzyja częstszym zachorowaniom [9]. Trzeba dodać, że kobiety niechętnie się badają, co często jest spowodowane nieświadomością lub lękiem przed diagnozą, a także przebiegiem choroby. Pierwsze objawy występują dosyć późno, a co za tym idzie – proces leczenia nierzadko bywa nieprzyjemny i bolesny (jak m.in. w przypadku leczenia chirurgicznego czy chemioterapii). Nasilenie się objawów może powodować pojawienie się kolejnych nieodmagów, takich jak depresja czy dyskomfort fizyczny [10].

Ponadto możemy zaobserwować, że jakość profilaktyki, diagnostyki i leczenia, opisywana za pomocą wskaźnika przeżyć chorych na raka piersi, jest jedną z miar, których możemy użyć w celu porównania systemów ochrony zdrowia w różnych regionach świata. W krajach o wysokiej jakości opieki zdrowotnej rak piersi jest chorobą przewlekłą, z kolei w krajach o niższej jakości – śmiertelną [11].

W tym zakresie Polki mają nadal istotnie niższe szanse na przeżycie pierwszych 5 lat po zdiagnozowaniu raka piersi niż większość Europejki. Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione przyczyny, można stwierdzić, że osiągnięcie w Polsce standardów profilaktyki i leczenia nowotworu piersi na poziomie europejskim pozwoli na uzyskanie stosunkowo dużej poprawy efektów zdrowotnych i społecznych [8].

b. Epidemiologia

W 2012 roku na świecie było zarejestrowanych 14,1 mln nowych przypadków zachorowań na nowotwory i 8,2 mln zgonów. W ciągu ostatnich 5 lat zarejestrowano 32 mln nowych

przypadków na całym świecie [2]. Największa zapadalność i liczba zgonów jest rejestrowana wśród osób chorujących na takie nowotwory, jak: rak płuca, prostaty, jelita grubego i żołądka [4].

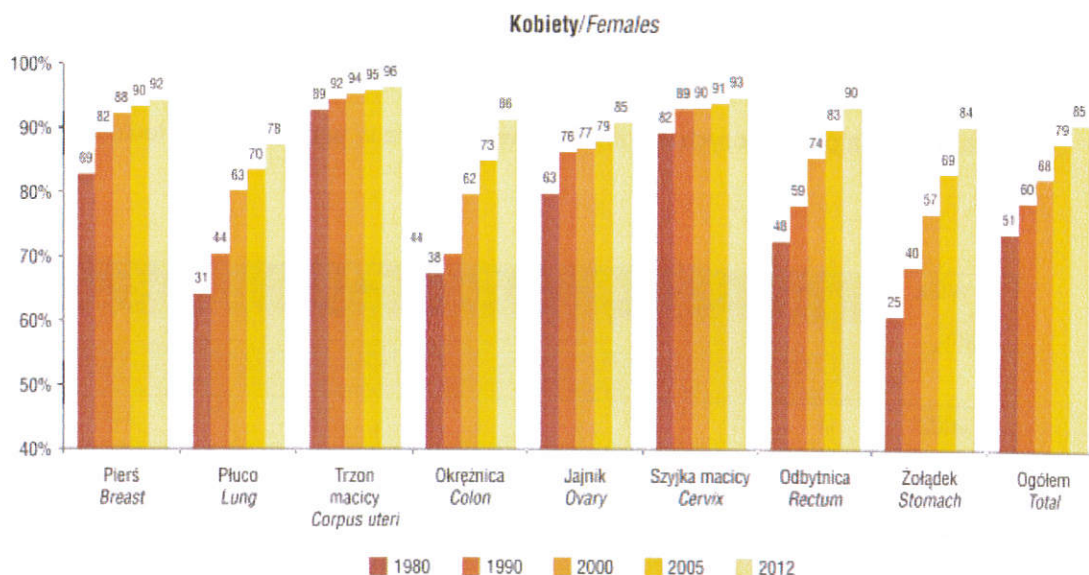
W Polsce w ciągu ostatnich trzech dekad liczba zachorowań na nowotwory złośliwe wzrosła. W 2010 roku odnotowano ponad 140,5 tys. zachorowań; częstotliwość zachorowań wśród kobiet i mężczyzn była zbliżona (odpowiednio: 70,5 tys. vs 70 tys.)

Najczęściej występującym nowotworem u mężczyzn jest rak płuca. Na drugim miejscu znajduje się rak gruczołu krokowego (13%). U kobiet najczęściej występuje rak piersi, który stanowi 1/5 wszystkich nowotworów w tej grupie. Drugim co do częstości nowotworem jest w przypadku kobiet rak jelita grubego (10%).

Ryzyko zapadalności na nowotwory złośliwe wzrasta wraz z wiekiem. Większość zachorowań (70% przypadków wśród mężczyzn i 60% – wśród kobiet) występuje po 60. roku życia [12].

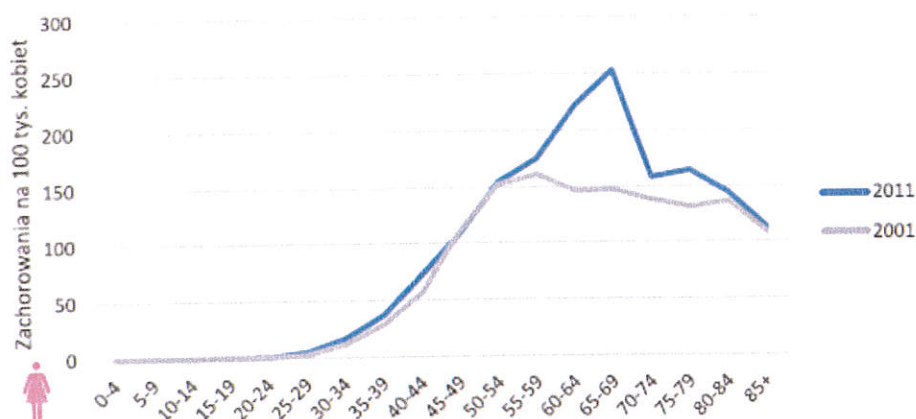
Rak piersi stanowi 10,9% wszystkich nowo zdiagnozowanych zachorowań zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów (KRN) w latach 2001–2011 (ryc. 3), [8; 13].

Statystycznie rak piersi najczęściej występuje u kobiet w wieku 50–69 lat. Jednak ostatnie obserwacje wskazują na znaczne zwiększenie liczby diagnozowanych przypadków u kobiet przed menopauzą. Trend zachorowalności u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20–49 lat) ma charakter rosnący i od ostatnich trzech dekad zachorowalność w tej grupie wiekowej wzrosła prawie dwukrotnie (ryc. 4), [8; 13].



Rycina 3. Odsetek zachorowań na nowotwory u kobiet potwierdzonych badaniem histopatologicznym, zgłoszonych do Krajowego Rejestru Nowotworów w latach 1980–2012, według przyczyn

Źródło: [13].



Rycina 4. Zachorowalność na nowotwór złośliwy piersi u kobiet w 5-letnich grupach wiekowych w Polsce (lata 2001 i 2011) (na podst. wartości wskaźnika „surowego” zachorowalności)

Źródło: [8].

Według danych pochodzących z KRN ok. 60% zachorowań w Polsce występuje między 45. a 64. rokiem życia. W województwie łódzkim najwięcej zachorowań w latach 2002–2012 również zarejestrowano w przedziale wieku 50–69 (tab. 1). Jak widać w tabeli, można też zaobserwować wzrost liczby przypadków. Sytuacja w powiecie bełchatowskim natomiast jest zbliżona do ogólnego stanu zachorowań w odniesieniu do wieku w województwie [14].

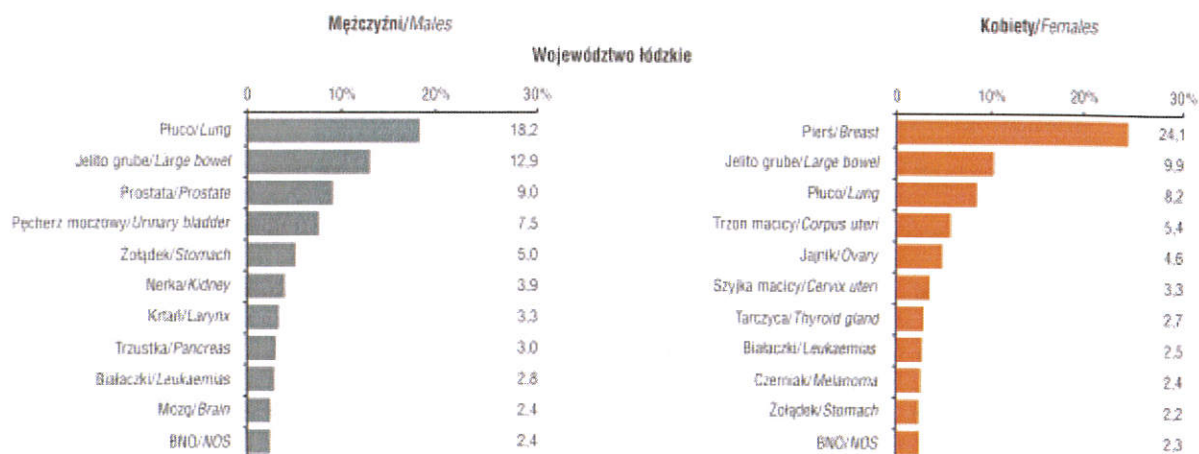
Tabela 1. Liczba osób chorych na raka złośliwego sutka w województwie łódzkim w latach 2002–2012

WIEK ROK	0–14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	50–69	70 +
2002	0	0	0	5	8	25	58	126	385	157
2003	0	0	0	4	17	30	51	109	337	154
2004	0	0	0	3	3	40	58	110	513	199
2005	0	0	2	6	11	29	51	115	609	275

2006	0	0	0	6	17	21	54	119	586	261
2007	0	0	2	5	11	19	51	121	658	213
2008	0	1	2	2	16	16	57	101	719	248
2009	0	0	0	0	15	24	61	112	727	309
2010	0	0	3	5	18	34	57	103	766	267
2011	0	0	3	6	13	46	63	109	711	237
2012	0	0	0	4	16	31	48	78	844	287
2002–2012	0	1	12	46	145	315	609	1203	6855	2707

Źródło: Opracowanie własne na podstawie [14].

W województwie łódzkim na nowotwór piersi choruje ponad 20% kobiet (ryc. 5). Województwo to jest na drugim miejscu pod względem zapadalności na raka piersi w Polsce [13].



Rycina 5. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w 2012 roku w województwie łódzkim

Źródło: [13].

Według prognoz przedstawionych przez Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, przewiduje się wzrost zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych, a przede wszystkim wśród kobiet w przedziale wiekowym 50–69 lat [15].

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

Według stanu na dzień 17 czerwca 2015 roku populacja całościowa zamieszkująca gminę Kleszczów stanowi 5604 osoby. Ta grupa obejmuje 2844 kobiety oraz 2760 mężczyzn. Program kierowany jest do kobiet – mieszkanek gminy Kleszczów – w wieku 20–60 lat. Na podstawie danych meldunkowych populacja uwzględniona w programie to 2174 osoby. W kolejnych latach będą do niego włączane kobiety spełniające ustalone kryteria wiekowe. W oparciu o trendy demograficzne z tego terenu można przyjąć, że co roku do programu dołączy ok. 50 nowych osób.

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

Jednym z elementów profilaktyki raka piersi są takie metody, jak USG czy mammografia. Obecnie został wdrożony program zdrowotny pod nazwą: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dla populacji kobiet w wieku 50–69 lat, u których wskazane jest wykonywanie badań mammograficznych w interwale raz na 2 lata.

W ramach wspomnianego programu pocztą wysyłane są imienne zaproszenia na badania profilaktyczne cytologiczne i mammograficzne, a ponadto realizuje się akcje edukacyjno-informacyjne i medialne, w tym emituje spoty reklamowe promujące program w regionalnych stacjach telewizyjnych i radiowych, oraz produkuje się i dystrybuuje materiały informacyjne. Dodatkowo prowadzona jest kontrola jakości wykonywanych badań cytologicznych i mammograficznych oraz audyt kliniczny zdjęć mammograficznych. Dzięki temu pacjentki bardziej ufają wykonywanym badaniom [16].

Głównym problemem pozostaje niska zgłaszalność kobiet na badania przesiewowe. Uwagę zwraca fakt, że prawdopodobnie wiele badań profilaktycznych wykonywanych jest poza programem. Dotyczy to przede wszystkim prywatnych klinik, które nie współpracują z NFZ. W tych przypadkach kobiety poddające się badaniom screeningowym nie zostają zarejestrowane w ogólnej bazie danych, więc liczba, jakość badań i losy pacjentek z pozytywnym wynikiem nie są w pełni monitorowane [17].

e. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Według danych epidemiologicznych ok. 1/3 zgonów dotyczy kobiet w wieku 15–44 lat. Niezadowalające też wyniki osiągamy w realizacji profilaktycznych badań mammograficznych – pomimo bezpłatnych programów zdrowotnych adresowanych do kobiet współczynnik zgonów z powodu raka piersi od lat nie wykazują wyraźniejszej tendencji malejącej.

Duża częstość występowania raka piersi w Polsce oraz wysoki odsetek zgonów są spowodowane niską wykrywalnością zmian przed rozwojem choroby i późnym rozpoznaniem raka złośliwego. Niewielka powszechność wykonywania badań przesiewowych powoduje, że kobiety dowiadują się o nowotworze, kiedy jest on już w zaawansowanym stadium. Stanowi to istotne obciążenie dla osoby chorej oraz systemu opieki zdrowotnej [17; 18].

Choroba nowotworowa wywołuje cierpienie natury psychologicznej spowodowane stereotypami społecznymi. Leczenie często bywa bolesne, a pobyty w szpitalu mogą być przyczyną rozwoju depresji lub stresu. Objawy i skutki choroby są w przypadku każdej pacjentki indywidualne, jednak na pewno zawsze wywołują, choć w różnym stopniu, negatywne emocje. Dlatego zaleca się prowadzenie działań profilaktycznych i edukacyjnych.

Badania screeningowe przyczyniają się do wczesnego wykrywania zmian w komórkach macierzystych. Wczesne rozpoznanie nowotworu jest częścią działań w systemie zwalczania nowotworów złośliwych. Opiera się na danych świadczących o tym, że wykrycie nowotworu o jedno stadium wcześniej podwyższa o ok. 25% możliwość jego wyleczenia. Ponadto wykrycie raka w fazie przedinwazyjnej przyczynia się do wyleczenia w 100%, co z kolei powoduje zmniejszenie niepożądanych skutków choroby i kosztów poniesionych w związku z leczeniem [9].

2. Cele programu

a. Cel główny

Cel główny programu to zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie możliwości zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi oraz zmniejszenie liczby zachorowań na ten nowotwór wśród kobiet w gminie Kleszczów.

b. Cele szczegółowe

1. Zwiększenie liczby kobiet wykonujących badania profilaktyczne.
2. Zwiększenie liczby kobiet wykonujących samobadanie piersi.
3. Podniesienie poziomu świadomości społecznej w kwestii onkologii i badań profilaktycznych.
4. Zwiększenie świadomości młodych i dorosłych kobiet w zakresie czynników ryzyka raka piersi.
5. Spadek lub utrzymanie wskaźników zachorowalności na nowotwór piersi.

c. Oczekiwane efekty

1. Objęcie profilaktyką ok. 60% kobiet w wieku 20–60 lat.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy kobiet na temat badań profilaktycznych.
3. Zwiększenie poziomu wiedzy w społeczeństwie na temat czynników ryzyka raka piersi.
4. Zmniejszenie zachorowalności na raka piersi w perspektywie wieloletniej wśród kobiet w gminie Kleszczów.

d. Mierniki efektywności

1. Liczba kobiet, które wykonują samobadanie piersi.
2. Liczba kobiet, które wykonały badania profilaktyczne.
3. Zapadalność i umieralność z powodu raka piersi w gminie Kleszczów (długoletnie monitorowanie).
4. Ocena jakości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację ankiet wypełnionych przez uczestniczki.

3. Adresaci programu

a. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program skierowany jest do wszystkich mieszkanek gminy Kleszczów z grupy docelowej. Do akcji zostaną włączone mieszkanki gminy Kleszczów w wieku od 20. do 60. roku życia. Na podstawie danych meldunkowych na dzień 1 czerwca 2018 roku populacja ta liczy 2071 kobiet. Uczestniczki w wieku do 35 lat będą brały udział przede wszystkim w warsztatach informacyjnych. W grupie tej podstawową metodą profilaktyki będzie samobadanie piersi. Kobiety w wieku 30–35 lat zostaną dodatkowo objęte badaniem wykonywanym przez lekarza. W uzasadnionych przypadkach (np. wykrycie zmian) uczestniczki w wieku do 35. roku życia będą poddawane uzupełniającym badaniom USG. Grupa 35–60 lat oprócz udziału w warsztatach informacyjnych zostanie objęta regularnymi badaniami mammograficznymi. Szczegółowe informacje dotyczące liczebności poszczególnych grup wiekowych przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Liczba uczestniczek programu w roku 2015 w podziale na poszczególne grupy wiekowe.

	Grupa 20–29 lat	Grupa 30–34 lata	Grupa 35–60 lat	Razem
Uczestniczki programu N=	461	292	1118	1871

W kolejnych latach trwania projektu (jest on planowany na okres 4 lat) dołączą do niego następne osoby wchodzące w wiek umożliwiający uczestnictwo w akcji. Biorąc pod uwagę aktualne dane meldunkowe oraz trendy dotyczące przyrostu naturalnego na tym terenie, można przyjąć, że populacja uczestnicząca w programie będzie się zwiększała w każdym roku o kolejne 50 kobiet.

Reasumując: pełna liczba tworząca populację bazową programu w czasie 4 lat trwania projektu to – według aktualnych danych meldunkowych – ok. 2071 kobiet.

Dostępne środki finansowe pozwalają na włączenie do akcji całej populacji docelowej.

b. Tryb zapraszania do programu

Jednym z podstawowych założeń programu jest dotarcie do wszystkich osób z populacji docelowej i uzyskanie wysokiej frekwencji. W związku z powyższym zostanie przeprowadzona kampania informacyjno-edukacyjna skierowana do mieszkańców, zachęcająca do aktywnego udziału w akcji. Mieszkańki gminy Kleszczów będą informowane o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, takich jak gazeta *Informator Kleszczowski*, strona internetowa miasta oraz plakaty i ulotki. Tego typu działania mają udowodnioną skuteczność na tym terenie i są stosowane z powodzeniem od dłuższego czasu. Praktycznie każde gospodarstwo domowe na terenie gminy ma dostęp do Internetu.

Dodatkowo podczas zgłaszania nowych mieszkańców gminy do ewidencji ludności każda kobieta kwalifikująca się do programu (lub tuż przed osiągnięciem ustalonego progu wiekowego) otrzyma instrukcję dotyczącą aktualnych programów zdrowotnych dostępnych dla mieszkańców wraz z krótkimi informacjami organizacyjnymi. W ramach działań uzupełniających stosowane będą interwencje, takie jak np. kontakt telefoniczny lub ogłoszenie w trakcie mszy świętej w lokalnym kościele parafialnym. Podmiot leczniczy realizujący program umieści informację o nim na tablicy ogłoszeń oraz na swojej stronie internetowej.

4. Organizacja programu

a. Etapy organizacyjne programu

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjna, prowadzona metodami opisanymi w punkcie 3 dotyczącym adresatów programu zdrowotnego. Kobiety kwalifikujące się do wzięcia udziału w akcji zostaną poinformowane m.in. o zagrożeniach związanych z rakiem piersi oraz o zasadach organizacyjnych akcji.

Drugim etapem są warsztaty informacyjne kierowane do kobiet z grupy wiekowej uwzględnionej w programie.

Trzeci etap stanowi rekrutacja uczestniczek do akcji polegającej na prowadzeniu badań mammograficznych. Działania te będą dotyczyły wyłącznie kobiet w wieku powyżej 35. roku życia. W razie potrzeby mammografia będzie wspomagana przez USG. Badanie USG piersi, w uzasadnionych przypadkach, zostanie również przeprowadzone wśród uczestniczek programu z młodszych grup wiekowych.

Do programu będą zapraszane wszystkie kobiety z grupy docelowej po uzyskaniu ich zgody. Podstawowe kryterium formalne, obok posiadania statusu mieszkańca gminy, stanowi wyrażenie przez uczestniczkę chęci uczestniczenia w akcji i podanie telefonicznego numeru kontaktowego. Informacje te zostaną zgromadzone w siedzibie wykonawcy programu, z uwzględnieniem przepisów o ochronie danych osobowych [34].

b. Planowane interwencje

We wstępnej części programu kobiety z wybranej grupy wiekowej będą mogły wziąć udział w warsztatach informacyjnych dotyczących zagrożeń związanych z rakiem piersi oraz z metodami jego profilaktyki. Obok wiedzy przekazywanej w postaci prelekcji wzbogaconej o prezentacje multimedialne uczestniczki otrzymają materiały informacyjne (m.in. ulotki dotyczące tej tematyki). Ponadto, zostaną one przeszkolone w zakresie prawidłowego samobadania piersi. Szkolenia poprowadzą doświadczeni edukatorzy mający stosowne wykształcenie/specjalizację (Zdrowie Publiczne, Epidemiologia, Onkologia itp.). Działania te będą miały miejsce na terenie domów kultury zlokalizowanych na obszarze gminy Kleszczów w terminach zapewniających optymalny dostęp wszystkim kobietom z grup docelowych.

Poza tym, każda mieszkanka z grupy docelowej spełniająca warunki włączenia do programu będzie mogła skorzystać w jego ramach z bezpłatnego badania

mammograficznego. Badanie uzupełniające to USG. Ta ostatnia procedura w uzasadnionych przypadkach obejmie uczestniczki w wieku poniżej 35 lat, jako uzupełnianie diagnostyki. Częstotliwość tych działań będzie zależna od potrzeb ustalonych przez lekarza. Badanie przeprowadzi realizator wyłoniony w ramach otwartego konkursu ofert.

Badanie odbędzie się na terenie gminy Kleszczów w miejscu wskazanym przez realizatora akcji. Jest on zobowiązany zapewnić zasoby kadrowe, rzeczowe oraz lokalowe niezbędne do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa [31; 32; 33].

c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Do części warsztatowej (prelekcje dotyczące problematyki nowotworów piersi) kwalifikowane będą wszystkie chętne kobiety z grupy docelowej, mające status mieszkanki gminy Kleszczów. Wizyta związana z badaniem mammograficznym dotyczy kobiet w wieku powyżej 35. roku życia i rozpocznie się konsultacją lekarską (w celu wykluczenia przeciwwskazań) oraz zakwalifikowaniem pacjentki. W razie wystąpienia czasowych przeciwwskazań, związanych np. z chorobą, wyznaczony zostanie kolejny termin wizyty. Ponadto, w trakcie konsultacji lekarskiej każda uczestniczka akcji będzie poinformowana o zagrożeniach związanych z nowotworami piersi.

Dodatkowe kryterium formalne to podpisanie przez uczestniczkę świadomej zgody na udział w badaniu (druk zgody w załączniku). Podpisane oświadczenia trafią do dokumentacji medycznej pacjentki.

d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Ze względu na wiek uczestników oraz specyfikę badania akcja ma charakter ciągły. Pacjentki będą przyjmowane w trakcie całego roku kalendarzowego. Zostanie zapewniona dywersyfikacja godzin przyjęć w celu uzyskania jak najwyższej dostępności do oferowanych świadczeń. Informacje te będą rozpowszechnione za pomocą wcześniej wspomnianych mediów. W razie potrzeby akcja informacyjna zostanie poparta bezpośrednimi kontaktami telefonicznymi.

Na podstawie listy kobiet zgłoszonych do programu oraz danych dotyczących frekwencji z lat ubiegłych zostaną zakupione i zabezpieczone wszelkie niezbędne wyroby medyczne. Tego typu działania organizacyjne zapewnią optymalne wykorzystanie środków przeznaczonych na realizację programu.

W razie dodatniego wyniku w badaniu mammograficznym (lub badaniu USG) uczestniczka programu będzie kierowana na uzupełniające badania specjalistyczne mające na celu potwierdzenie lub wykluczenie zmian nowotworowych.

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

Jak wcześniej wspomniano, obecnie wdrożono program zdrowotny pod nazwą: Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowany ze środków NFZ dla populacji kobiet w wieku 50–69 lat, u których wskazane jest wykonywanie badań mammograficznych w interwale raz na 2 lata [16].

Głównym problemem pozostaje niska zgłaszalność kobiet na badania screeningowe. Jak wyżej wskazano, uwagę zwraca fakt, że prawdopodobnie wiele badań profilaktycznych wykonywanych jest poza programem. Dotyczy to przede wszystkim prywatnych klinik, które nie współpracują z NFZ. W tych przypadkach kobiety poddające się badaniom screeningowym nie zostają zarejestrowane w ogólnej bazie danych, więc liczba, jakość badań i losy pacjentek z pozytywnym wynikiem nie są w pełni monitorowane [17].

Proponowany program zdrowotny rozszerza dostępność badań w ramach programu dla kobiet z innych grup wiekowych, u których wystąpią wskazania do wykonywania USG lub mammografii, a także zapewnia i umożliwia przeprowadzenie oraz dostęp do badań w krótszych przedziałach czasowych kobietom, w odniesieniu do których lekarz wskaże konieczność przeprowadzenia takiego badania.

f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwość kontynuacji

Pełne uczestnictwo w programie polega na regularnym poddawaniu się badaniom mającym na celu wykrycie zmian, które mogą być związane z rakiem piersi. Zakończenie udziału jest możliwe na każdym etapie programu na życzenie uczestniczki. Musi ono być potwierdzone na piśmie i dołączone do dokumentacji medycznej pacjentki.

g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

W trakcie programu zostaną wdrożone procedury służące do zachowania poufności danych. Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Akcja badań diagnostycznych w kierunku nowotworów piersi będzie prowadzona z zachowaniem wszelkich warunków fachowych i sanitarnych określonych dla tej procedury medycznej, wynikających z obowiązujących norm i przepisów prawa. Badanie zostanie poprzedzone lekarskim badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań. W pomieszczeniach, w których przeprowadzi się badania, znajdą się instalacje oraz wyposażenie wymagane dla gabinetów zabiegowych, tzn. umywalka z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz płynem dezynfekcyjnym, pojemniki z ręcznikami jednorazowego użytku oraz na ręczniki zużyte. Zgodnie z wymaganiami ogólnobudowlanymi pomieszczenia i urządzenia będą umożliwiały ich mycie oraz dezynfekcję [33]. Warunki prowadzenia badań mammograficznych spełnią wymogi dotyczące bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii wyposażenia pracowni, stosowanej aparatury oraz ochrony radiologicznej uczestniczek programu [36].

h. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji programu

Placówka będzie dysponowała wymaganą kadrą oraz sprzętem niezbędnym do wykonywania badań mammograficznych oraz USG piersi.

W programie zastosuje się wyroby medyczne zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie RP, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe (m.in. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Polskie Towarzystwo Do Badań Nad Rakiem Piersi i Polskie Towarzystwo Onkologiczne) [32].

Aparatura stosowana w programie będzie przechodziła obowiązkowe przeglądy techniczne oraz niezbędne kalibracje. Zostanie to potwierdzone stosownymi dokumentami (paszporty techniczne itp.)

Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizacją programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie realizatora akcji badań zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych [34; 35].

i. Dowody skuteczności planowanych działań

- **Opinie ekspertów klinicznych**

Dr Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, przypomina, że badania skriningowe są najbardziej opłacalne i skuteczne, jeżeli liczba zgłoszeń osiąga poziom 70–80%. To cel, do którego dąży organizator programu profilaktycznego poświęconemu zwalczaniu raka piersi.

Wbrew pozorom nie zwiększy on kosztów leczenia, ale w perspektywie obniży je. Nowotwory wykrywane w trakcie screeningu to rak pierwszego stopnia zaawansowania. Leczenie takich chorób nie jest drogie i pozwala zredukować koszty [19].

Kierownik Kliniki onkologii i chirurgii Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku, prof. Tadeusz Pieńkowski podkreśla, że „Dzień Walki z Rakiem Piersi ma przypominać kobietom, jak ważne jest wczesne wykrywanie tej choroby. Guz piersi wykryty na etapie, gdy ma nie więcej niż 1 cm średnicy, jest w 95% uleczalny. Dla porównania: w przypadku raka zaawansowanego pięcioletnie wyleczenia uzyskuje się zaledwie u 20–30% pacjentek” [20].

Dr Ewa Dziewulska z Centrum Onkologii w Warszawie podkreśla, „że mammografia spełnia wszystkie kryteria dobrego testu przesiewowego – jest czuła, swoista i powtarzalna. Oczywiście, ma wady, ale przecież nie ma badania idealnego. Na chwilę obecną nie ma innej alternatywy pozwalającej wcześniej wykrywać raka piersi i leczyć go w stadiach mniej zaawansowanych” [21].

Z kolei prof. Romuald Dębski z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie potwierdza: „za małą zgłaszalność kobiet na przesiewowe badania mammograficzne jest główną przyczyną mniejszej skuteczności leczenia raka piersi w Polsce. Statystyki wskazują, że w USA oraz wielu krajach Europy Zachodniej odsetek zgonów z powodu tego nowotworu wynosi ok. 20%, natomiast w Polsce jest on dwukrotnie wyższy – ok. 40%” [21].

- *Zalecenia, wytyczne i standardy postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wniosek*

Dnia 9 stycznia 2006 roku odbyło się posiedzenie grupy ekspertów powołanych przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (PTG) wraz z reprezentantami genetyków polskich. Podczas spotkania opracowano rekomendacje PTG dotyczące wykrywania wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka gruczołu sutkowego i/lub jajnika oraz opieki nad rodzinami, w których ono występuje. Zostały ustalone następujące zalecenia:

1. Podstawą do wyłonienia pacjentek z grupy wysokiego ryzyka dziedzicznie uwarunkowanego raka jajnika i raka gruczołu sutkowego jest dokładny wywiad rodzinny. Należy w nim ustalić występowanie i wiek zachorowania na te nowotwory u wszystkich krewnych I i II stopnia pacjentki (krewnymi I stopnia są: rodzice, rodzeństwo i dzieci

pacjentki; krewnymi II stopnia są: dziadkowie, rodzeństwo ojca i rodzeństwo matki oraz wnuki pacjentki).

2. Do grup wysokiego ryzyka zachorowania kwalifikuje się rodziny, w których:

- a) wystąpiły trzy zachorowania lub więcej na raka gruczołu sutkowego i/lub jajnika u krewnych I i II stopnia (włączając w to pacjentkę);
- b) u jednej i tej samej pacjentki lub u jej krewniej I lub II stopnia wystąpiły jednocześnie lub w różnym czasie zachorowania na raka gruczołu sutkowego i jajnika;
- c) jeżeli u pacjentki stwierdzono wcześniej mutację genu BRCA1;
- d) jeżeli wśród krewnych I i II stopnia (włączając w to pacjentkę) wystąpiły dwa zachorowania na raka gruczołu sutkowego i/lub jajnika – w tym jedno zachorowanie przed 50. rokiem życia;
- e) jeżeli pacjentka lub jedna z jej krewnych I stopnia zachorowała na raka gruczołu sutkowego lub jajnika przed 40. rokiem życia.

3. Pacjentki z rodzin odpowiadających kryteriom wymienionym w punkcie 2 powinny być w celu diagnostyki kierowane do Genetycznej Poradni Onkologicznej oraz włączone do badań nosicielstwa genu mutacji BRCA1 i ewentualnych mutacji innych genów, mogących mieć udział w rozwoju raka piersi i jajnika.

4. Badanie nosicielstwa wymaga świadomej, pisemnej zgody pacjentki, a jego wynik jest poufny.

5. Kobiety z rodzin wymienionych w punkcie 2, także z tych, w których już stwierdzono mutację genu BRCA1, ale same nie są nosicielkami tej mutacji, powinny być objęte programami opieki ukierunkowanymi na wczesne wykrywanie i zapobieganie zachorowaniom na raka gruczołu sutkowego i raka jajnika.

6. W ramach programów zdrowotnych zaleca się:

- wykonywanie corocznie, od 20. do 25. roku życia, badania palpacyjnego i obrazowego piersi (u młodych kobiet – USG);
- od ok. 35. roku życia – wykonywanie mammografii i USG;
- od 50. roku życia – mammografii.

Najkorzystniejsze jest coroczne badanie za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI).

Kobietom z silnie obciążonym wywiadem rodzinnym, w tym zwłaszcza nosicielkom mutacji genu BRCA1 z rodzin, w których wystąpiły zachorowania na raka jajnika przed 50. rokiem życia lub w których u jednej krewnej wystąpiły kolejne zachorowania na raka gruczołu sutkowego i jajnika, należy przedstawić możliwość profilaktycznego usunięcia przyczyn [22].

- *Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej*

Populacyjne badania przesiewowe raka stanowią bardziej złożone przedsięwzięcie zdrowia publicznego niż wczesna jego diagnostyka i zwykle są bardziej opłacalne. Odbývają się w ramach programów zdrowotnych o wysokim standardzie, których celem jest zmniejszenie zapadalności na nowotwory wśród populacji docelowej. Udział w programach jest dostępny dla każdego z grupy docelowej [3].

Jak wskazują wyniki badań zaprezentowane podczas Europejskiego Kongresu Onkologicznego w 2013 roku, jakość i efektywność leczenia onkologicznego zależy od jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w danym kraju. Skuteczność leczenia raka piersi jest silnie powiązana z finansowaniem ochrony zdrowia. W krajach europejskich o wysokich finansowaniu udaje się wyleczyć aż o 1/3 więcej chorych na raka niż w państwach o najniższym finansowaniu, co przekłada się na niższą śmiertelność. W statystykach Banku Światowego wysokość nakładów na ochronę zdrowia poniesionych w roku 2012 stawia Polskę na 24. miejscu z 27 państw Unii Europejskiej. Mimo że Polska zajmuje jedną z ostatnich pozycji w statystykach, na przestrzeni ostatnich lat wartość umów zawieranych przez NFZ z pacjentami co roku się zwiększała. W roku 2004 wartość tych umów we wszystkich rodzajach świadczeń wynosiła 1,2 mld zł, natomiast w 2013 – ponad 4,5 mld zł [8; 23].

Jednym z najlepszych mierników skuteczności systemu opieki onkologicznej jest wskaźnik względnej szansy przeżycia (wskaźnik przeżywalności; ang. *relative survival rate*) obrazujący proporcję liczby osób w określonym wieku chorujących na raka, które przeżywają dany okres (np. 1 rok lub 5 lat), w stosunku do liczby osób w tym samym wieku, niechorujących na raka, przeżywających ten sam okres. Wskaźnik przeżywalności stanowi obiektywne odwzorowanie efektywności diagnostyki (czyli wczesnego wykrycia choroby) oraz leczenia (czyli skuteczności używanej metodologii), dzięki czemu za jego pomocą możliwe jest

porównywanie zmian zachodzących w danym systemie opieki zdrowotnej w zakresie onkologii.

Można również porównywać systemy ochrony zdrowia w różnych regionach kraju. W Polsce u kobiet, u których zdiagnozowano nowotwory złośliwe piersi w latach 2000–2002, jednoroczne wskaźniki przeżyć wynosiły 92,8%, natomiast dla zdiagnozowanych w latach 2003–2005 – 93,2%. Przeżycia 5-letnie wśród pacjentek z nowotworami złośliwymi piersi nieznacznie wzrosły: z 75,0% w latach 2000–2002 do 77,2% pacjentek zdiagnozowanych w latach 2003–2005 [8].

Aktualnie w kwestii przeprowadzanych badań cytologicznych nastąpiła w krajach Unii Europejskiej duża poprawa. Tylko w latach 2010–2020 w UE w ramach programów zleconych przez organy publiczne zostanie wykonanych ponad 500 mln badań przesiewowych w kierunku nowotworów sutka, szyjki macicy lub jelita grubego. Pierwsze dane z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (*European Health Interview Survey – EHIS*) Wave I na temat badań przesiewowych w kierunku raka sutka, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego zostały opublikowane w grudniu 2010 roku. Według tych danych spośród państw objętych badaniem Francja ma największy odsetek (92,9%) kobiet w wieku 50–69 lat, które kiedykolwiek zostały poddane mammografii, a następne w kolejności są: Hiszpania (92,3%), Austria i Niemcy (90%), Belgia (89,5%) i Węgry (86,9%); w Bułgarii zaś (19,5%) i Rumunii (13,5%) odsetek ten jest najniższy [24].

Wykonując badanie cytologiczne lub mammograficzne, można opierać się na dwóch ścieżkach. Pierwszą ścieżką są badania wykonywane dzięki Programowi Profilaktyki Raka Szyjki Macicy lub Raka piersi, a drugą wykonywanie badań w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).). W 2012 roku zgłaszalność na badania mammograficzne wyniosła 46,96%, a w 2013 – 47,18%. Liczba badań wykonywanych w programie stale wzrasta (czego przyczyną może być m.in. ich wysoka jakość, wynikająca ze stale prowadzonych kontroli świadczeniodawców realizujących Program profilaktyki raka piersi, a także z audytu klinicznego zdjęć mammograficznych), natomiast liczba badań wykonanych w AOS maleje [25].

Badania przesiewowe są najskuteczniejsze i niezastąpione w walce z chorobami nowotworowymi. Jednak Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz eksperci Komisji Europejskiej szacują, że badania przesiewowe będą skuteczne i opłacalne w wypadku, gdy osiągną 70–75% zgłaszalności. Tymczasem odsetek zgłaszających się kobiet w Polsce

zasadniczo uległ co prawda poprawie, jednak wciąż w niektórych województwach spada. Faktyczny udział kobiet (korzystających z zaproszeń i zgłaszających się samodzielnie) w badaniach mammograficznych wzrósł od 36% w 2009 roku do ponad 40% w roku 2012. Niestety, zbiorcze dane na temat kobiet, które wykonały badania cytologiczne lub mammograficzne, np. ze szpitali podstawowej albo ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, są niepełne; z tego powodu nie można zrobić rzetelnej analizy efektywności programów profilaktycznych [26].

- *Informacje nt. podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w jednostce zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego*

Gmina Kleszczów skutecznie realizuje programy zdrowotne. Mieszkańcy mogą korzystać z bezpłatnych badań profilaktycznych (np. mammograficznych, cytologicznych i badań prostaty) [27].

Obecnie w Polsce jest wdrażany program profilaktyki raka piersi. Jest on adresowany do kobiet w wieku 50–69 lat, które spełniają jedno z kryteriów: nie wykonywały mammografii i w ciągu ostatnich 24 miesięcy otrzymały pisemne wskazanie do powtórzenia badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy. Program ma na celu nieodpłatne wykonywanie mammografii w placówkach, które współpracują z NFZ. Jedynym minusem tych wizyt może być zbyt długi czas oczekiwania w kolejce na wizytę [28].

Amberheart – Fundacja do walki z rakiem piersi – jest kanadyjską, niezależną organizacją charytatywną, prowadzoną przez profesjonalistów działających aktywnie na rzecz walki z rakiem piersi poprzez kreowanie i realizację programów edukacyjnych i profilaktycznych opartych na współczesnych osiągnięciach naukowych. Podstawowym celem organizacji jest przygotowanie, bazujących na najnowszej wiedzy, programów edukacyjnych pogłębiających wiedzę na temat profilaktyki raka piersi oraz ich praktyczne zastosowanie w celu podniesienia świadomości dotyczącej tego nowotworu i wśród kobiet [29].

Stowarzyszenie „Amazonki” (Warszawa-Centrum) jest organizacją samodzielną, pozarządową i niemedyką, służącą wsparciem psychicznym i podnoszącą świadomość wśród kobiet. „Amazonki” przez lata zrealizowały w ramach stowarzyszenia liczne programy edukacyjne i społeczne, takie jak: „Różowa Wstążeczka” – przeznaczony dla dziewcząt szkół ponadgimnazjalnych, „Breast Friends – Przyjaciele od Piersi” – akcentujący

konieczność indywidualnego podejścia do pacjenta i znaczenie wsparcia osób bliskich, czy jedna z głośniejszych akcji: „Wielka Kampania Życia” – prowadzona od 15 lat wspólnie z firmą Avon na rzecz profilaktyki raka piersi. Stowarzyszenie liczy obecnie ok. 20 tys. członków [30].

5. Koszty

Przy opracowywaniu kosztorysu posłużono się następującą metodą – z danych dotyczących liczebności populacji uzyskanych z Urzędu Gminy w Kleszczowie wybrano populację docelową w ramach zadanego programu zdrowotnego.

Według danych otrzymanych z Urzędu Gminy i analiz własnych ustalano odsetek osób, które skorzystają z programu. Odsetek ten różni się w zależności od grupy wiekowej, która jest objęta programem, i waha od ok. 10% (w odniesieniu do całości populacji) do nawet ok. 90% (dla grupy dzieci i młodzieży). Przy realizacji programu profilaktyki raka piersi założono odsetek uczestniczących kobiet na poziomie 60%.

Koszty jednostkowe przewidziane na realizację programu pomnożono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają, uwzględniając też w kalkulacji koszty przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badań lekarskich USG i mammografii.

a. Koszty jednostkowe

Całkowity budżet programu został zaplanowany przy założeniach przedstawionych w tabeli 4.

Tabela 3. Założenia całkowitego budżetu programu profilaktyki raka piersi

Szacowana populacja	Odsetek uczestniczących	Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
2071 kobiet	60%	1243 kobiet	ok. 225 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Na niżej opisany koszt składają się koszty: przygotowawcze, kampanii informacyjnej, realizacji badań lekarskich, USG i mammografii.

b. Planowane koszty całkowite

Na całkowity roczny budżet projektu składają się niżej wymienione pozycje kosztowo-organizacyjne.

1. Koszty organizacyjne:

- opracowanie organizacji programu, sposobu raportowania, zasad monitorowania realizacji zadań;

- wystandaryzowane protokoły postępowania pracy poszczególnych uczestników programu (lekarzy, pielęgniarek);
- wydruki ankiet;
- materiały biurowe;
- opracowanie schematów realizacji badania: rekrutacja uczestniczek programu, badania lekarskiego, USG i mammograficznego.

2. Koszty realizacji programu:

- wykonawstwo badań lekarskich;
- wykonawstwo badań USG;
- wykonawstwo badań mammograficznych.

Koszt całkowity realizacji programu zależy jest od wyceny przedstawionej przez oferentów w procedurze konkursowej, a także od liczebności populacji – w zależności od wskazań lekarskich liczba kobiet kwalifikujących się do badań USG lub mammograficznych może ulegać zmianie w trakcie trwania programu.

- Założenia budżetu realizacji badań lekarskich:

ok. 75 300 tys. zł - 753 kobiet x koszt badania lekarskiego ok. 100 zł = 75 300 zł.

- Założenia budżetu realizacji badań USG:

18 720 tys. zł – 234 kobiety x koszt badania USG ok. 80 zł = 18 720 zł.

Tabela 4. Założenia całkowitego budżetu programu profilaktyki raka piersi – badanie USG

Szacowana populacja	Odsetek uczestniczących	Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
292 kobiet	80%	234 kobiety	ok. 80 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

- Założenia budżetu realizacji badań mammograficznych:

ok. 100 650,00 zł – 671 kobiety x koszt badania mammograficz. ok. 150 zł = 100 650,00 zł.

Tabela 5. Założenia całkowitego budżetu programu profilaktyki raka piersi – badanie mammograficzne

Szacowana populacja	Odsetek uczestniczących	Populacja korzystających	Koszt jednostkowy programu
1118 kobiet	60%	671 kobiety	ok. 150 zł/osobę

Źródło: opracowanie własne.

Koszt łączny realizacji programu przy zakładanej liczbie wykonanych badań USG i mammograficznych oraz przy objęciu programem całości zakładanej populacji korzystającej – wynosi ok. **195 000,00 tys. zł.**

3. Koszty ogólne programu:

- koszty obsługi administracyjnej programu;
- koszty monitorowania zewnętrznego;
- koszty ewaluacji przez ekspertów;
- rezerwa budżetowa.

4. Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej:

- przygotowanie listy kluczowych mediów;
- zaplanowanie i przeprowadzenie działań typu *media relations* – nawiązanie relacji z lokalnymi mediami;
- organizacja kampanii informacyjnej;
- zaprojektowanie, utrzymanie i aktualizacja zakładki na stronie internetowej Urzędu Gminy dedykowanej projektowi (przygotowanie grafiki, treści, aktualizacja informacji w serwisie);
- zaprojektowanie i zamieszczenie bannerów reklamowych w lokalnych serwisach informacyjnych *on-line*;
- zaprojektowanie, przygotowanie poradników i ulotek adresowanych do rodziców nt. kampanii informacyjnej, plakatów informacyjnych, dystrybuowanych w szkołach podstawowych;
- przygotowanie i realizacja reklamy informującej o prowadzonej kampanii, emitowanej w lokalnej prasie.

Tabela 6. Planowany budżet całkowity

Rodzaj kosztów	Kwota
1. Koszty organizacyjne	15 000,00 zł
2. Koszty realizacji badania lekarskiego	75 300,00 zł
3. Koszty realizacji badania USG	18 720,00 zł
4. Koszty realizacji badania mammograficznego	100 650,00 zł
5. Koszty ogólne programu	15 000,00 zł
6. Koszty kampanii informacyjno-promocyjnej	10 000,00 tys. zł
Razem	234 670,00. zł

Źródło: opracowanie własne.

Maksymalne koszty całkowite, przy zakładanej liczbie wykonanych badań USG i mammograficznych i przy objęciu programem całości zakładanej populacji korzystającej niezbędne do realizacji programu – szacowane są na **234 670,00. zł**.

Jeżeli weźmie się pod uwagę trudności w uzyskaniu stałego dostępu do mammografu i ultrasonografu na potrzeby mieszkanek Gminy Kleszczów, wskazany byłby zakup na wyłączne potrzeby gminy sprzętu diagnostycznego:

- aparatu USG – szacowany koszt to ok. 80–120 tys. zł w zależności od klasy i wyposażenia urządzenia;
- mammografu – szacowany koszt to ok. 140–220 tys. zł w zależności od klasy i wyposażenia urządzenia.

Środki finansowe dostępne w budżecie gminy Kleszczów pozwalają na rozważenie zakupu urządzeń.

c. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków budżetu gminy Kleszczów, zgodnie z umowami zawartymi z jego realizatorami. Środki finansowe przeznaczone na ten cel mogą ulec zwiększeniu bądź zmniejszeniu w kolejnych latach w zależności od możliwości budżetowych gminy.

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

W Polsce, mimo że coraz więcej kobiet w wieku 50–69 lat bada się profilaktycznie, ich odsetek w porównaniu z innymi państwami europejskimi nadal jest niski.. To skutek niezadowalającego poziomu wiedzy na temat mammografii jako metody profilaktyki raka piersi. Z drugiej zaś strony, winę za ten stan rzeczy ponosi utrudniony dostęp do badań mammograficznych oraz niewłaściwa forma ich organizacji.

W województwie łódzkim ponad 23% kobiet choruje na raka piersi. Znajduje się ono na drugim miejscu pod względem zapadalności na ten nowotwór w Polsce

Według danych epidemiologicznych ok. 1/3 zgonów dotyczy kobiet w wieku 15–44 lat. Niezadowalające wyniki osiągamy też w realizacji profilaktycznych badaniach mammograficznych; pomimo bezpłatnych programów zdrowotnych adresowanych do kobiet współczynniki zgonów z powodu raka piersi od lat nie wykazują wyraźniejszej tendencji malejącej.

Badania screeningowe przyczyniają się do wczesnego wykrywania zmian w komórkach macierzystych. Wczesne rozpoznanie nowotworu jest częścią działań w systemie zwalczania nowotworów złośliwych. Opiera się na danych świadczących o tym, że wykrycie nowotworu o jedno stadium wcześniej podwyższa o ok. 25% możliwość jego wyleczenia. Ponadto, wykrycie raka w fazie przedinwazyjnej przyczynia się do wyleczenia w 100%, co z kolei powoduje ograniczenie niepożądanych skutków choroby i kosztów leczenia.

Jak wcześniej wspomniano, obecnie wdrożono program zdrowotny pod nazwą Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowany ze środków NFZ dla populacji kobiet w wieku 50–69 lat, u których wskazane jest wykonywanie badań mammograficznych w interwale raz na 2 lata.

Proponowany program zdrowotny rozszerza dostępność badań w ramach programu dla kobiet z innych grup wiekowych, u których wystąpią wskazania do przeprowadzania badań USG lub mammograficznych. Ponadto zapewnia i umożliwia wykonywanie oraz dostęp do badań w krótszych przedziałach czasowych kobietom, w odniesieniu do których lekarz wskaże konieczność wykonania takiego badania.

Efektem długofalowym ma być również zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie możliwości zapobiegania i wczesnego wykrywania raka piersi oraz zmniejszenie liczby zachorowań wśród kobiet w gminie Kleszczów.

Organizacja badania została tak zaplanowana, by uzyskać maksymalną efektywność przy zakładanych kosztach działań. Realizacja programu zdrowotnego w przedstawiony sposób gwarantuje optymalne wykorzystanie dostępnych zasobów. Uwzględniono nie tylko koszty samych procedur medycznych, lecz również działań informacyjnych, które są niezbędne w przypadku prowadzenia programu zdrowotnego adresowanego do tak szerokiej populacji.

6. Monitoring i ewaluacja

Monitoring i ewaluacja projektu będą się opierały na ocenie trzech podstawowych zagadnień:

- zgłaszalności do programu;
- jakości świadczeń w programie;
- efektywności realizacji programu.

a. Ocena zgłaszalności do programu

Stanowi ona jeden z podstawowych elementów bieżącego monitoringu przebiegu programu. Dane dotyczące wykonanej liczby badań będą porównywane z wartościami liczbowymi wynikającymi z harmonogramu badania i zakładanej populacji docelowej. Bieżąca ocena realizacji zostanie dokonana na podstawie raportów okresowych.

Monitoringowi poddana będzie liczba odmów oraz zgód na udział w badaniu. Ich zmiana w trakcie trwania projektu okaże się dobrym odzwierciedleniem skuteczności działań informacyjnych i promocyjnych oraz świadomości społeczeństwa w zakresie chorób nowotworowych.

b. Ocena jakości świadczeń w programie

Ten element będzie przeprowadzony na drodze specjalistycznej oceny wykonanej przez zewnętrznego eksperta w dziedzinie onkologii. Ocenie zostanie poddana całość programu zdrowotnego ze szczególnym uwzględnieniem przyjętej metodologii oraz zastosowanych rozwiązań w zakresie możliwości realizacji założonych celów. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie na bieżąco nadzorować koordynator programu.

c. Ocena efektywności programu

Podstawowe elementy poddane analizie to:

- liczba kobiet, które wezmą udział w programie;
- liczba nowych rozpoznań uzyskana w ramach programu;
- liczba nowych rozpoznań nowotworów piersi.

Obniżenie wskaźnika zachorowalności na nowotwory piersi może być trudne do zaobserwowania w krótkim (np. rocznym) okresie. Oczekuje się, że tendencja ta zyska charakter długofalowy. Ocena poszczególnych wskaźników zachorowalności będzie prowadzona w ramach danych gromadzonych w KRN. Pewne znaczenie dla oceny efektywności programu będą miały również statystyki ogólnopolskie.

7. Okres realizacji programu

Program planowany jest na okres 2019–2022 (tzn. na 4 lata). W poszczególnych latach do akcji będą zapraszane kolejne kobiety wchodzące w wiek kwalifikujący je do uczestnictwa w programie.

8. Bibliografia

1. Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej, podstawowe definicje; URL: http://ptok.pl/dla_pacjentow/wazne_informacje/informacje_ogolne [dostęp: 07.07.2015, 14:20].
2. World Health Organization, Media Center, *Cancer*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/> [dostęp: 07.05.2015, 14:10].
3. World Health Organization, Media Center, „Breast cancer”, <http://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/> [dostęp: 07.20.2015, 14:10].
4. WHO, GLOBOCAN 2012: „Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012”; URL: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx [dostęp: 07.20.2015; 13:00].
5. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer, <http://www.iarc.fr/en/publications/index.php> [dostęp: 07.20.2015, 15:00].
6. Danaei G., Vander Hoorn S. et al.: „Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors”, *Lancet*. 2005;366: 1784–1793.
7. Polska Unia Onkologii, „Rak piersi”, <http://www.puo.pl/badania-profilaktyczne/rak-piersi> [dostęp: 07.22.2015, 15:00].
8. Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A. et al.: *Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja*. Warszawa 2014.
9. Wronkowski Z., Zwieko M., Nowacki M.P.: Raport końcowy – „Program modelowania skryningu raka piersi i raka szyjki macicy w Polsce, 1999–2000”, *Nowotwory J Oncol*. 2002;52.
10. Bąk B., Wrześniewska M.: „Skuteczność szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV w profilaktyce pierwotnej raka szyjki macicy”, *Probl Pielęg*. 2012;20(3):353–360.
11. Kozierkiewicz A. et al.: *Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich*. Ośrodek Analiz Uniwersyteckich, Warszawa–Kraków 2011.
12. Krajowy rejestr nowotworów: „Nowotwory złośliwe ogółem”, <http://onkologia.org.pl/nawotwory-zlosliwe-ogolem-2/> [dostęp: 07.10.2015, 07:00].

13. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2011 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów*. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów, Warszawa 2013, http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/COI_Nowotwory2013_web.pdf [dostęp: 07.21.2015; 12:15].
14. Krajowy Rejestr Nowotworów.: „Dane statystyczne”, http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_wojewodztwa_wg_wieku [dostęp: 07.22.2015; 21:00].
15. Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Prognoza zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku*. Warszawa 2009.
16. Ministerstwo Zdrowia: „Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy i populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi”, <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/promocja-zdrowia/dzialania-w-ramach-programow-zdrowotnych/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/populacyjny-program-profilaktyki-i-wczesnego-wykrywania-raka-szyjki-macicy-i-populacyjny-program-wczesnego-wykrywania-raka-piersi> [dostęp: 07.20.2015; 21:15].
17. Niemiec T.: *Raport: Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*. Warszawa 2007.
18. Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nowotwory-sutka-kobiet/> [dostęp: 07.22.2015; 18:00].
19. „Rynek Zdrowia, Edukacja i badania skriningowe, czyli jak realnie zmniejszyć koszty leczenia onkologicznego”, <http://amazonki.net/artykuly/czytaj/1508/wykrywanie/edukacja-i-badania-skriningowe-czyli-jak-realnie-zmniejszyc-koszty-leczenia-onkologicznego> [dostęp: 07.22.2015; 21:20].
20. Rynek Zdrowia: „Rak piersi główną przyczyną zgonów kobiet po 35. roku życia”, <http://www.rynekzdrowia.pl/Serwis-Onkologia/Eksperci-rak-piersi-glowna-przyczyna-zgonow-kobiet-po-35-roku-zycia,145561,1013.html> [dostęp: 07.22.2015; 21:00].
21. Morga J.: „Eksperci: mammografia obniża umieralność z powodu raka piersi”, <http://naukawpolsce.pap.pl/aktualnosci/news,385084,ekspersi-mammografia-obniza-umieralnosc-z-powodu-raka-piersi.html> [dostęp: 07.22.2015; 21:15].

22. Spaczyński M. et al: „Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące wykrywania wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka gruczołu sutkowego i/lub jajnika oraz opieki nad rodzinami, w których ono występuje”, *Prz Menopauz.* 2004;2:10–12.
23. The European Cancer Congress 2013: „Survival after cancer diagnosis in Europe is strongly associated with how much governments spend on health care”, <http://www.ecco-org.eu/Amsterdam2013/Global/News/ECC-2013-Press-Releases-EN/2013/09/Survival-after-cancer-diagnosis-in-Europe> [dostęp: 07.23.2015; 06:15].
24. Komisja Europejska: *Sprawozdanie komisji dla Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów*. Bruksela 2014, http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/2nd_implreport_cancerscreening_co_eppac_pl.pdf [dostęp: 07.20.2015; 20:30].
25. Minister Zdrowia: *Sprawozdanie z realizacji narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych w 2013 r.* Warszawa 2014, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0004/18850/Sprawozdanie-NPZCHN-2013r.pdf [dostęp: 07.20.2015; 21:40].
26. Najwyższa Izba Kontroli: *NIK o realizacji programu zwalczania nowotworów*. Warszawa 2014, <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-realizacji-programu-zwalczania-nowotworow.html> [dostęp: 07.20.2015; 20:45].
27. Portal Informacyjny gminy Kleszczów: „Zdrowie”, <https://www.kleszczow.pl/zdrowie/> [dostęp: 07.09.2015; 15:00].
28. Narodowy Fundusz Zdrowia: „Program profilaktyki raka piersi”, <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/program-profilaktyki-raka-piersi,14.html#Content> [dostęp: 07.22.2015; 21:30].
29. „Amberheart – Fundacja do walki z rakiem piersi”, <http://www.amberheart.net/homepl.htm> [dostęp: 07.22.2015; 22:00].
30. Stowarzyszenie „Amazonki”, <http://amazonki.com.pl/onas/> [dostęp: 07.23.2015; 06:30].
31. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. 2011, nr 112, poz. 654.
32. Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych, Dz. U. 2010, nr 107, poz. 679.

33. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. 2012, nr 0, poz. 739.
34. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 1997, nr 133, poz. 883.
35. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2014 r. poz. 177.
36. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2006 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpiecznej pracy z urządzeniami radiologicznymi, Dz. U. nr 180, poz. 1325.

9. Załączniki

a. Ankieta satysfakcji

ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Badania mammograficzne

1. Jak ocenia Pani poziom obsługi w rejestracji w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
a. <i>Troska o pacjenta w trakcie rozmowy</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. <i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. <i>Kompetentna informacja</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. Jak ocenia Pani poziom lekarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. <i>Zapewnianie intymności pacjenta podczas wizyty</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. <i>Punktualność</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. Jako ocenia Pani poziom pielęgniarskiej opieki medycznej w trakcie wizyty w przychodni?

	<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
a. <i>Stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b. <i>Komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c. <i>Sprawność obsługi</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d. <i>Czas oczekiwania na zabieg przed gabinetem</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4. Jak ocenia Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
☐	☐	☐	☐	☐	☐

5. Inne uwagi

.....

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy Państwu za pomoc i wypełnienie ankiety.

*Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości
świadczonych usług i najwyższego komfortu naszym pacjentom.*

*Dlatego jesteśmy Państwu szczególnie wdzięczni
za poświęcony czas.*

b. Zgoda na badanie

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU dotycząca badania mammograficznego

Ja niżej podpisana.....oświadczam, że uzyskałam informacje dotyczące ww. diagnostyki oraz otrzymałam wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestniczka programu:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z uczestniczką programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań diagnostycznych.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis i data złożenia podpisu

ORYGINAŁ

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W BADANIU
dotycząca badania mammograficznego

Ja niżej podpisana.....oświadczam, że uzyskałam informacje dotyczące ww. diagnostyki oraz otrzymałam wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym badaniu i jestem świadoma faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Uczestniczka programu:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z uczestniczką programu, używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. badań diagnostycznych.

Osoba uzyskująca zgodę na badanie:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami) Podpis i data złożenia podpisu

KOPIA

c. Sprawozdanie z wykonanych badań

**SPRAWOZDANIE Z WYKONANIA
BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH
NA RZECZ MIESZKANEK GMINY KLESZCZÓW**

1. Sprawozdanie

- ☐ miesięczne, za miesiąc
- ☐ roczne, za rok

2. Liczba przyjętych pacjentek

**3. Liczba pacjentek skierowanych na dalszą
diagnostykę**

4. Uwagi:

.....

.....

.....

.....

Data

.....

Podpis

