



WIELKOPOLSKA



URZĄD
MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

Załącznik do Uchwały
Zarządu Województwa Wielkopolskiego
Nr 825 /2024 z 30 października 2024 r.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Okres realizacji Programu: 2024-2027

Podstawa prawna: Art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Program został przygotowany zgodnie z Rekomendacją nr 14/2020 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 15 grudnia 2020

Poznań 2024

Spis treści

I. <u>Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej</u>	3
I.1 <u>Opis problemu zdrowotnego</u>	3
I.2 <u>Dane epidemiologiczne</u>	6
I.3 <u>Populacja podlegająca i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu</u>	16
I.4 <u>Dotychczasowe i obecne postępowanie</u>	19
I.5 <u>Uzasadnienie potrzeby kontynuacji programu</u>	23
II. <u>Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji</u>	25
II.1 <u>Cel główny</u>	25
II.2 <u>Cele szczegółowe</u>	25
II.3 <u>Mierniki efektywności realizacji PPZ</u>	25
III. <u>Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji</u>	26
III.1 <u>Populacja docelowa</u>	26
III.2 <u>Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej</u>	27
III.3 <u>Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ</u>	28
III.4 <u>Planowane interwencje</u>	29
III.5 <u>Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ</u>	32
III.6 <u>Sposób zakończenia udziału w PPZ</u>	32
IV. <u>Organizacja PPZ</u>	33
IV.1 <u>Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów</u>	33
IV.2 <u>Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych</u>	33
V. <u>Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ</u>	34
V.1 <u>Monitorowanie</u>	34
V.2 <u>Ewaluacja</u>	35
VI. <u>Budżet</u>	35
VI.1 <u>Koszty jednostkowe</u>	35
VI.2 <u>Koszty całkowite</u>	36
VI.3 <u>Źródła finansowania</u>	36

I. Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

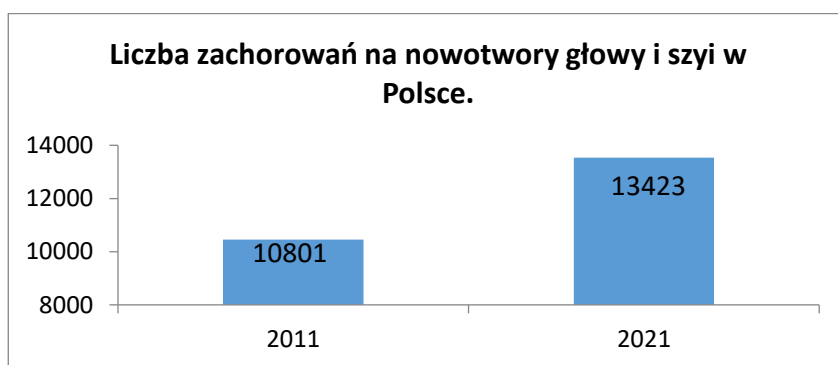
I.1 Opis problemu zdrowotnego

Nowotwory regionu głowy i szyi to guzy znajdujące się w obszarze anatomicznym pomiędzy podstawą czaszki a obojczykami, za wyjątkiem ośrodkowego układu nerwowego (mózgu) i gałki ocznej. Nowotworami głowy i szyi określa się nowotwory górnego odcinka drogi oddechowo-pokarmowej poczynając od warg do poziomu części szyjnej przełyku.

Nowotwory regionu głowy i szyi w większości wywodzą się z nabłonka wielowarstwowego płaskiego górnego odcinka drogi oddechowej i pokarmowej, w tym w jamy ustnej, gardła, krtani, jamy nosowej i zatok. Dość liczna grupa nowotworów rozwija się w gruczołach ślinowych, tarczycy i gruczołach przytarczycowych, tkance miękkiej, kościach oraz skórze.

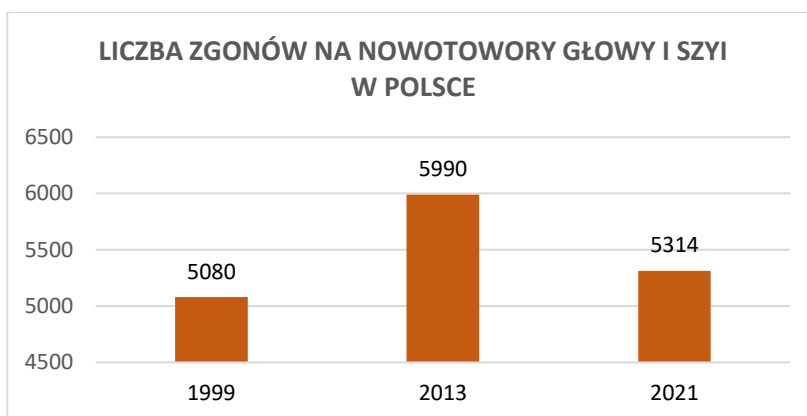
Według międzynarodowej klasyfikacji chorób ICD-10 są to choroby , którym odpowiadają kody C00-C15, C30-C33, C69, C73. Zgodnie z aktualnymi danymi Krajowego Rejestru Nowotworów na nowotwory głowy i szyi w Polsce w 2013 roku zachorowało 10 801 osób a zmarło 5 990. Stanowiły one 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet¹. W ostatnich dekadach odnotowuje się wyraźny wzrost zachorowalności na nowotwory głowy i szyi. Liczba zachorowań wzrosła o 25% tj. z 8 694 do 10 801. Rośnie również liczba zgonów. W 1999 roku liczba zgonów wynosiła 5 080 a w 2013 r. 5 990 – wzrost o 18%. Ryc.1 W 2021 roku nowotwory głowy i szyi rozpoznano u 13 423 osób, co stanowiło 7,8% wszystkich zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe w danym roku. Liczba zgonów wyniosła - 5314. Liczba zachorowań wzrosła z 10 801 do 13 434 czyli o 24,3%. Rys.2 Najczęstszym nowotworem w obrębie głowy o szyi u mężczyzn w 2021r. był rak krtani - 1743 zachorowań. Rak krtani pozostaje na 11 miejscu wśród najczęstszych nowotworów występujących u mężczyzn. U kobiet w obrębie głowy i szyi w 2021 roku dominował rak tarczycy – 3871 zachorowań – to szósty najczęstszy nowotwór.

Rysunek 1. Liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w Polsce. Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów



Rysunek 2. Liczba zgonów na nowotwory głowy i szyi w Polsce. Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

¹ Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/>, dostęp z dnia 01.03.2024 r.



I.1.1 Etiologia

Nowotwory głowy i szyi ze względu na swoje umiejscowienie rozwijają się skrycie wywołując objawy niecharakterystyczne, towarzyszące banalnym infekcjom górnych dróg oddechowych takie jak: ból gardła, ból podczas połykania, chrypka. Nowotwory głowy i szyi w większości wywodzą się z nabłonka wielowarstwowego płaskiego górnego odcinka drogi oddechowej i pokarmowej, w tym jamy ustnej, gardła, krtani, jamy nosowej i zatok. Dość liczna grupa nowotworów rozwija się w gruczołach ślinowych, tarczycy i gruczołach przytarczycowych, tkance miękkiej, kościach oraz skórze.

Pod względem histologicznym najczęściej występującym nowotworem złośliwym w tej okolicy jest rak płaskonabłonkowy oraz rak brodawkowy tarczycy.

Ekspozycja na alkohol i tytoń jest kluczowym czynnikiem wpływającym na rozwój nowotworów błon śluzowych górnych dróg oddechowych i górnej części przełyku. Nowotwory głowy i szyi są typowo związane z nadużywaniem tytoniu, a ryzyko powstania pierwotnego a następnie ryzyko rozwoju kolejnych nowotworów pierwotnych jest wprost proporcjonalne do czasu i intensywności używania tytoniu. Podobnie szacuje się, że przedłużone spożywanie alkoholu, w zależności od konsumowanej ilości, 2-3 –krotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka. Ponadto ryzyko zachorowania u osób, które regularnie spożywają alkohol i palą, jest 10-20 razy wyższe niż u osób niepalących/niepijących.

Ważnym czynnikiem mającym wpływ na rozwój raka głowy i szyi, a przede wszystkim jamy ustnej i gardła środkowego jest infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego (Human Papilloma Virus – HPV)

Innymi czynnikami ryzyka są: wiek, status społeczno-ekonomiczny, brak higieny jamy ustnej, zła dieta, drażnienie błony śluzowej np. poprzez źle dopasowane protezy, nieleczone stany zapalne, narażenie na pył drzewny i węglowy, nikiel, substancje używane w przemyśle tekstylnym i podczas obróbki skóry.

I.1.2 Patogeneza obrazu klinicznego i przebieg naturalny

Mimo swego anatomicznego i histologicznego zróżnicowania nowotwory głowy i szyi, podobnie jak wszystkie inne ludzkie nowotwory są przypadłością genetyczną, w której gromadzą się genetyczne nieprawidłowości spowodowane poprzez brak równowagi pomiędzy sygnałami mutagennymi i wrodzonymi mechanizmami obronnymi. Przy kumulacji pewnych genetycznych uwarunkowań rak płaskonabłonkowy głowy i szyi oraz nowotwory tarczycy przechodzą przez wiele faz rozwoju, poczynając od dysplazji przez raka in situ do raka

inwazyjnego, który w końcowym etapie może naciekać na sąsiednie tkanki i powodować przerzuty.

Ponadto w przypadku rozproszonej ekspozycji na czynnik rakotwórczy, jakim jest tytoń, nierzadko zaobserwować można wiele zmian występujących na różnych etapach rozwoju choroby w górnych drogach oddechowych i w górnej części przełyku np.: w postaci pól kanceryzacji. Jako że pierwsze przedkliniczne zmiany w strukturze komórkowej narażonej błony śluzowej występują na wiele lat przed pojawieniem się pierwszych klinicznych objawów, które mogą być zdiagnozowane jako nowotwór, zjawisko pól kanceryzacji jest, wbrew utartym opiniom, zjawiskiem znacznie bardziej powszechnym².

Rozpoznanie

Szczegółowe badanie podmiotowe oraz specjalistyczne badanie przedmiotowe zgodnie z wystandaryzowaną kartą badania otolaryngologicznego stanowią podstawę do wstępnej diagnozy. Historia choroby powinna zawierać ocenę czynników ryzyka, które mogły wyindukować rozwój zmiany nowotworowej, w tym szczegółowy wywiad rodzinny, informację o nawykach i ryzykownych zachowaniach seksualnych (min. palenie tytoniu i spożywanie alkoholu, seks z wieloma partnerami w tym seks oralny) oraz czynniki związane z wykonywanym zawodem. Badanie pacjenta powinno być kompleksowe i obejmować poza szczegółowym badaniem otolaryngologicznym, badanie palpacyjne szyi oraz badanie za pomocą nasofiberoskopu. Poza badaniem fizykalnym w rozpoznawaniu nowotworów głowy i szyi niezwykle istotne jest obrazowanie radiologiczne (USG, TK-tomografia komputerowa, RM-rezonans magnetyczny,) biopsja oraz rozpoznanie histopatologiczne tkanek³.

Leczenie

Leczenie nowotworów głowy i szyi podzielić można na dwie szeroko pojęte kategorie: leczniczą i paliatywną. W miarę rozwoju choroby podejście lecznicze staje się coraz mniej efektywne i zastępowane jest stopniowo terapią paliatywną. Wstępny wybór strategii leczenia uzależnić trzeba od rozpoznania histologicznego, lokalizacji i klasyfikacji pierwotnego guza oraz jego położenia anatomicznego i reakcji na już przeprowadzone leczenie. Standardowo w przypadku guzów we wczesnym stadium rozwoju (stopień I i II) terapia przebiega jednotorowo, tj. stosuje się jednocześnie tylko jedną metodę leczenia, taką jak radioterapia (RTH) i/lub zabieg chirurgiczny. Wybór pomiędzy powyższymi metodami zależy od wielkości, umiejscowienia i klasyfikacji nowotworu pierwotnego i od stopnia naciekania otaczających go tkanek miękkich. Leczenie zaawansowanych nowotworów (stopień III i IV) wymaga podejścia multidyscyplinarnego, polegającego na połączeniu leczenia chirurgicznego i radioterapii lub chemioradioterapii w oparciu o zintegrowaną wiedzę z zakresu wielu dyscyplin medycznych, z zachowaniem kolejności zabieg operacyjny – radioterapia.

Rokowanie

Wyniki leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi w Polsce są wysoce niezadowolające - należą do jednych z najgorszych w kraju spośród wszystkich chorób nowotworowych. Związane jest to m.in. ze znacznym zaawansowaniem narządowym choroby nowotworowej w momencie zgłoszenia się chorego do leczenia. U chorych w stopniu zaawansowania I lub II odsetek trwałych wyleczeń (zależnie od lokalizacji) wynosi między 60 a 90 %. W przypadku bardziej

² Ibidem

³ ibidem

zaawansowanych (III lub IV: cT3-4 i/lub N 1-3) za wyjątkiem części przypadków raka głośni , leczenie jest mniej skuteczne, odsetek niepowodzeń miejscowych wynosi >60% oraz występuje wyższe ryzyko przerzutów w narządach odległych.

Promowanie abstynencji, ograniczenie lub rzucenie palenia tytoniu, który jest istotnym czynnikiem ryzyka w powstaniu raka w odniesieniu do nowotworów układu oddechowego oraz górnego odcinka przewodu pokarmowego, stanowi podstawową strategię służącą ograniczeniu zachorowalności na najczęściej występujące raki płaskonabłonkowe narządów głowy i szyi.

1.2. Dane epidemiologiczne

Zgodnie z aktualnymi danymi Krajowego Rejestru Nowotworów nowotwory głowy i szyi (wg ICD-10 choroby kodowane jako C00-C15, C30-C33, C69, C73) stanowiły w 2013 roku 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet⁴. Specjalistom z zakresu leczenia tych nowotworów powyższe statystyki wydają się zaniżone. Dane WHO pokazują, iż każdego roku rozpoznaje się na świecie 550 000 nowych zachorowań na nowotwory jamy ustnej i gardła oraz 160 000 krtani. Szacuje się, iż rocznie na nowotwory głowy i szyi umiera około 400 000 osób⁵. W Polsce w 2013 roku nowotwory złośliwe głowy i szyi (rozumiane szeroko tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) stanowiły czwartą u mężczyzn i piątą u kobiet przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie zgłoszono 10 801 nowych zachorowań (tj. 6 552 przypadków u mężczyzn i 4 249 u kobiet), co w stosunku do roku 1999 oznacza wzrost o 25% (tj. 2 107 przypadków). W 2013 roku w Wielkopolsce nowotwory złośliwe głowy i szyi stanowiły aż 8% zachorowań u mężczyzn i 5% u kobiet⁶.

W 2021 roku w Polsce nowotwory głowy i szyi rozpoznano u 13 423 osób, co stanowi 7,8% wszystkich zarejestrowanych zachorowań na nowotwory złośliwe w danym roku. Liczba zgonów wyniosła - 5314. Liczba zachorowań wzrosła z 10 801 do 13 434 czyli o 24,3%.⁷

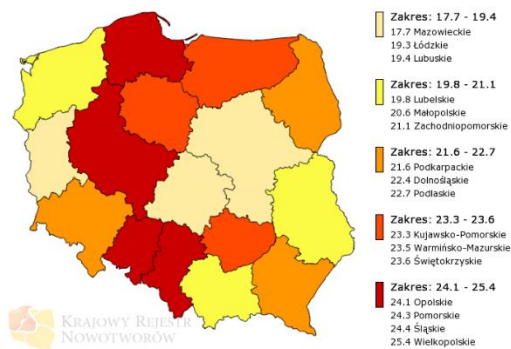
⁴ WOJCIECHOWSKA U, BARAŃSKA K, MIKLEWSKA M, DIDKOWSKA JA. CANCER INCIDENCE AND MORTALITY IN POLAND IN 2020. NOWOTWORY. JOURNAL OF ONCOLOGY 2023;73(3):129-145.

DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.5603/NJO.2023.0026](https://doi.org/10.5603/NJO.2023.0026) DOSTĘP Z DNIA 14.03.2024 R.

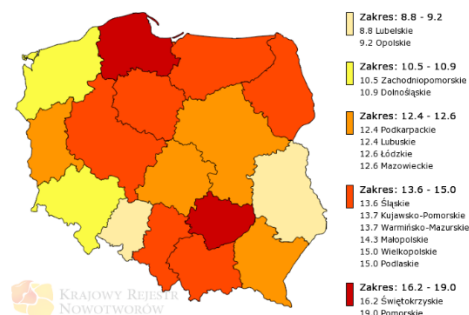
⁵ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, dostęp z dnia 24.02.2015

⁶ Dyzmann-Sroka Agnieszka, Trojanowski Maciej, Kubiak Anna, Olenderczyk Wiesława, Plucińska Agata, Szczęch Beata, Wosicka Teresa. Biuletyn nr 12 "Nowotwory złośliwe w Wielkopolsce w 2013 roku", Wielkopolskie Centrum Onkologii, 2015.

⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów -dostęp z dnia 20.03.2024r.

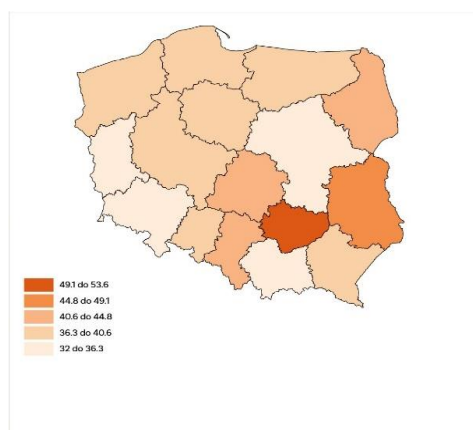


Mężczyźni

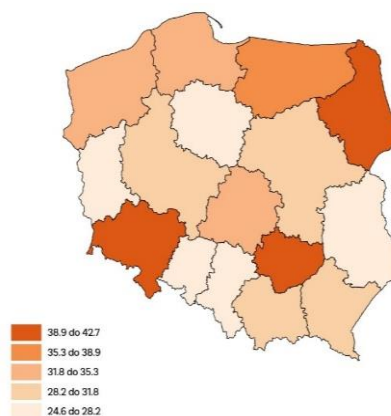


Kobiety

Ryc. 3 Zachorowalność na nowotwory głowy i szyi, ASR 2013.



Mężczyźni



Kobiety

Ryc.4 Zachorowalność na nowotwory głowy i szyi w Polsce w 2021 - dane z KRN

Prognoza dla nowotworów głowy i szyi w Polsce, przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych, szacowała wzrost liczby nowych przypadków na 10% w latach 2015-2025.



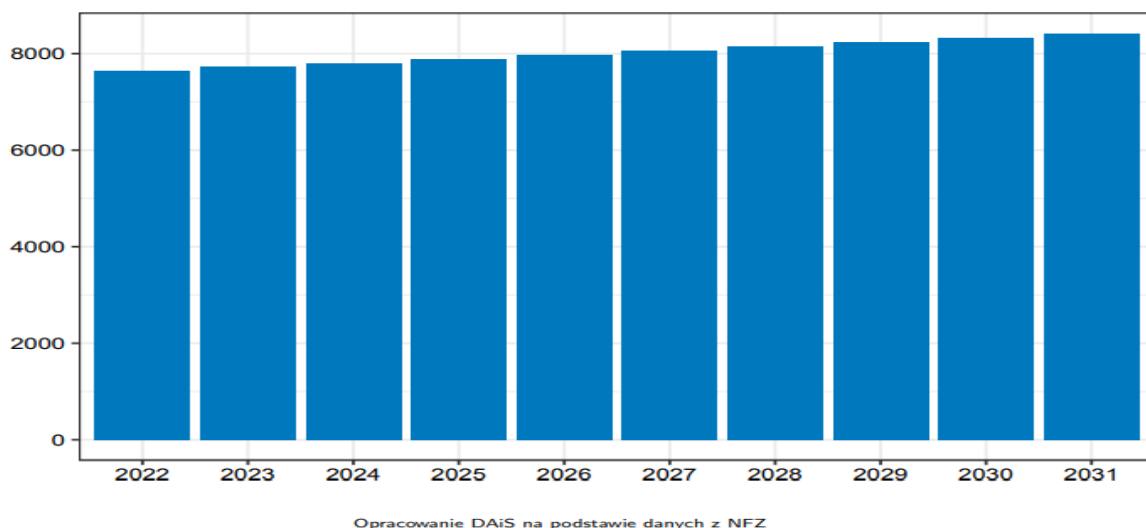
Ryc. 5 Prognoza dla liczby nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi u obu płci,

w Polsce. Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych.

Najnowsze dane wg prognoz Map Potrzeb Zdrowotnych

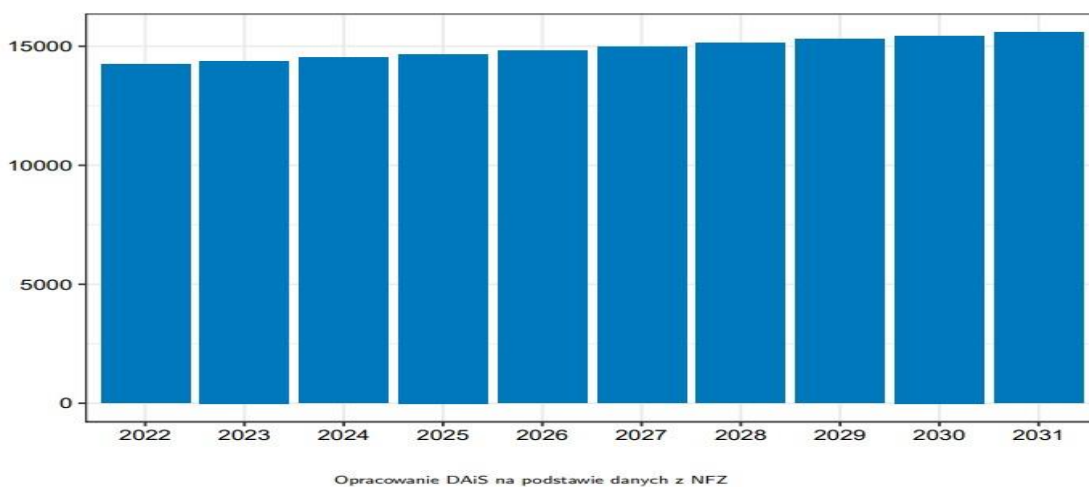
W latach 2022–2031 dla grupy nowotworów „Głowa i szyja” prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej. W roku 2022 zapadalność rejestrowana wynosiła 7,6 tys. i do 2031 r. wzrośnie do 8,4 tys. (wzrost o 10,5 %).

Wykres poniżej przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2022–2031.⁸



Ryc. 6 Prognozowana zapadalność minimalna rejestrowana w Polsce w latach 2022-2031

Wariant 2 – demograficzny „maksymalny” W latach 2022–2031 dla grupy nowotworów „Głowa i szyja” prognozuje się w Polsce wzrost zapadalności rejestrowanej. W roku 2022 zapadalność rejestrowana wynosiła 14,2 tys. i do 2031 r. wzrośnie do 15,6 tys. (wzrost o 9.9 %). Wykres poniżej - przedstawia prognozę zapadalności rejestrowanej w Polsce w latach 2022–2031.



⁸ Mapy Potrzeb Zdrowotnych – dostęp 20.03.2024

Ryc. 7 Prognozowana zapadalność maksymalna rejestrowana w Polsce w latach 2022-2031

Nowotwory głowy i szyi są nadal rozpoznawane w III i IV stadium zaawansowania niezależnie od województwa. Tej grupie pacjentów medycyna może zaoferować jedynie leczenie paliatywne, którego celem jest przedłużenie życia i poprawa jego komfortu. Szczegółowa analiza stadium zaawansowania w momencie diagnozy dla wybranych lokalizacji anatomicznych rejonu głowy i szyi, przeprowadzona przez Wielkopolski Rejestr Nowotworów w oparciu o bazę KRN, uzupełnioną informacjami z dokumentacji medycznej, potwierdziła dane z Map Potrzeb Zdrowotnych. Leczenie obecnie wykrywanych przypadków dotyczy najczęściej pacjentów w III i IV stadium zaawansowania choroby (tab. 1), co przekłada się na znacznie gorsze rokowania dla pacjenta.

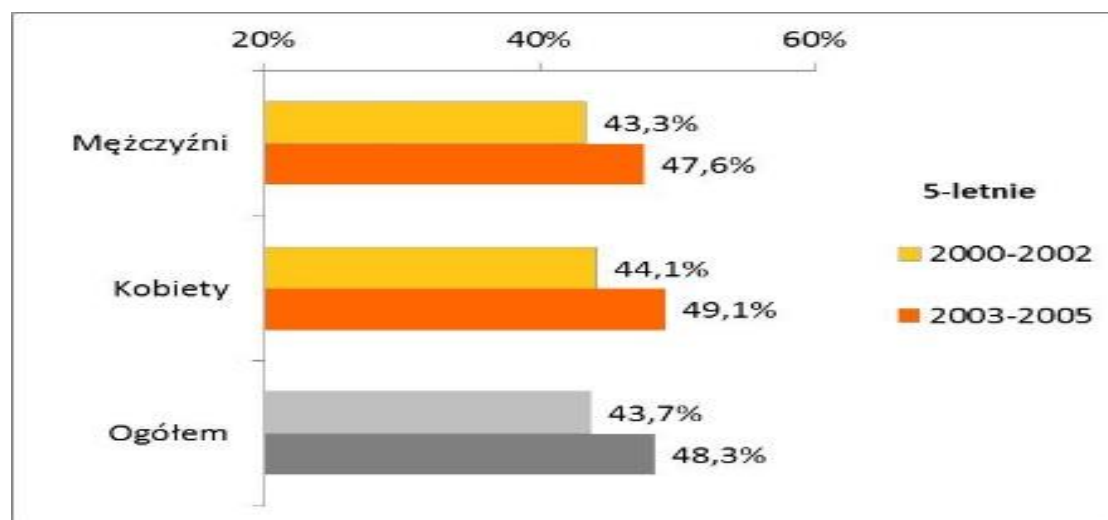
JAMA USTNA	
% pacjentów z określonym stadium 49% , w tym:	
stadium I-II	31%
stadium III-IVB	57%
stadium IVC	12%
% pacjentów bez określonego stadium 51%	
KRTAŃ	
% pacjentów z określonym stadium 57% , w tym:	
NADGŁOŚNIA	13%
GŁOŚNIA I PODGŁOŚNIA	87%
stadium I-II	75%
stadium III-IVB	25%
stadium IVC I paliatywne	0%
% pacjentów bez określonego stadium 43%	
USTNA CZĘŚĆ GARDŁA	
Ślinianka	
% pacjentów z określonym stadium 100% , w tym:	
stadium I-II, low-grade or grade unknown	28%
stadium III-IV and/or high-grade	72%
% pacjentów bez określonego stadium 0%	
Gardło	
% pacjentów z określonym stadium 89%, w tym:	

Każde T, Każde N, M0	91%
Każde T, Każde N, M1	9%
% pacjentów bez określonego stadium 11%	
ZATOKI PRZYNOSOWE I JAMA NOSOWA	
% pacjentów z określonym stadium 87%, w tym:	
T1-4a, Każde N, M0	85%
T4b, Każde N, M0	8%
Każde T, Każde N, M1	7%
% pacjentów bez określonego stadium 13%	
NOSOGARDŁO	
% pacjentów z określonym stadium 100%, w tym:	
Nieznane umiejscowienie pierwotne	
N1-2a	22%
N2b-N3	78%
% pacjentów bez określonego stadium 0%	

Tabela 1 Stadium zaawansowania klinicznego nowotworów głowy i szyi w momencie diagnozy, Wielkopolska, 2010 r.⁹

Do nowotworów głowy i szyi zaliczamy aż 20 różnych lokalizacji anatomicznych (rozumiane szeroko, tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) - przeżycia w poszczególnych grupach są różne. Poniżej przedstawione zostały wybrane lokalizacje nowotworowe z analizą przeżyć 5-letnich.

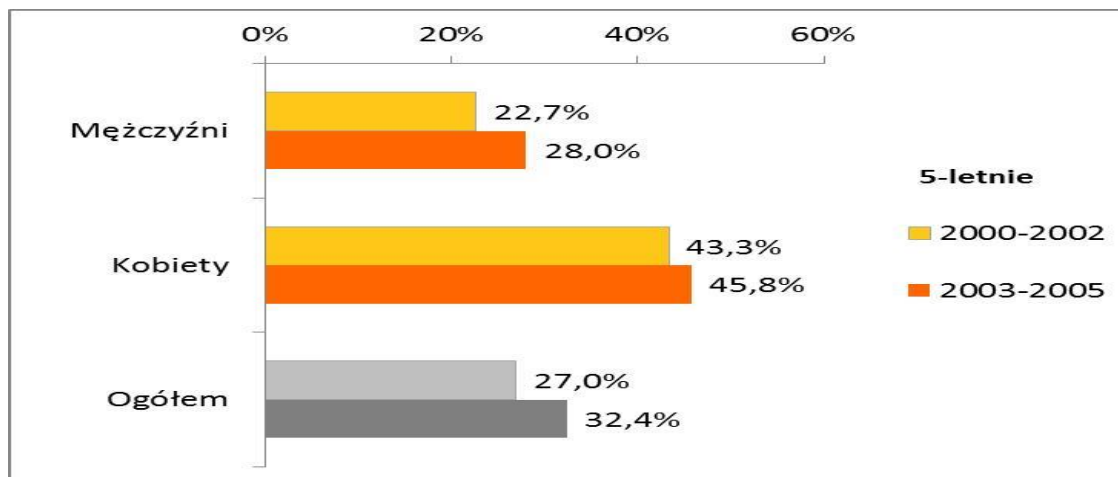
Przeżycia 5-letnie w Polsce wśród pacjentów z nowotworami wargi, jamy ustnej i gardła w ciągu pierwszej dekady XXI wzrosły u mężczyzn z 43,3% do 47,6%, natomiast u kobiet z 44,1% do 49,1% (Rys.8).



Ryc.8. Wskaźniki 5-letnich przeżyć względnych u chorych na nowotwory jamy ustnej i gardła w Polsce

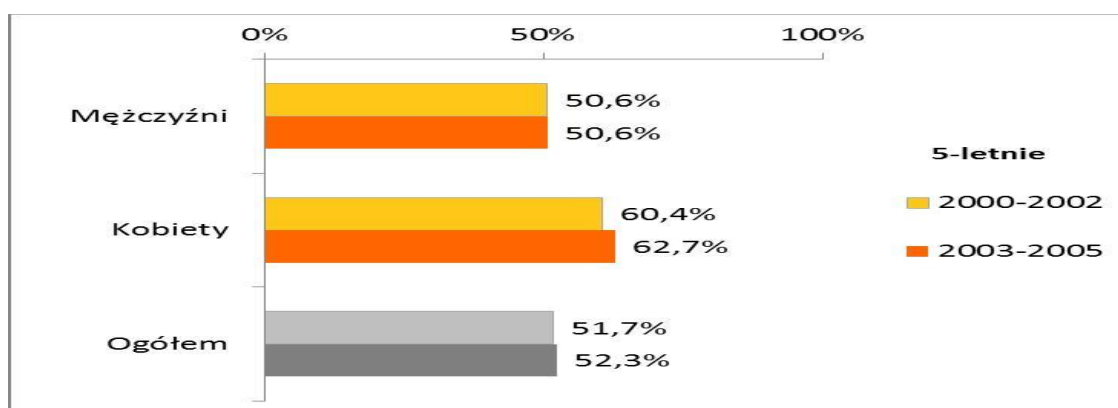
⁹ Ibidem

Przeżycia 5-letnie w Polsce wśród pacjentów z nowotworami języka w ciągu pierwszej dekady XXI nieznacznie wzrosły: u mężczyzn z 22,7% do 28,0%, u kobiet z 43,3% do 45,8% (Rys. 9).



Ryc. 9. Wskaźniki 5-letnich przeżyć względnych u chorych na raka języka w Polsce

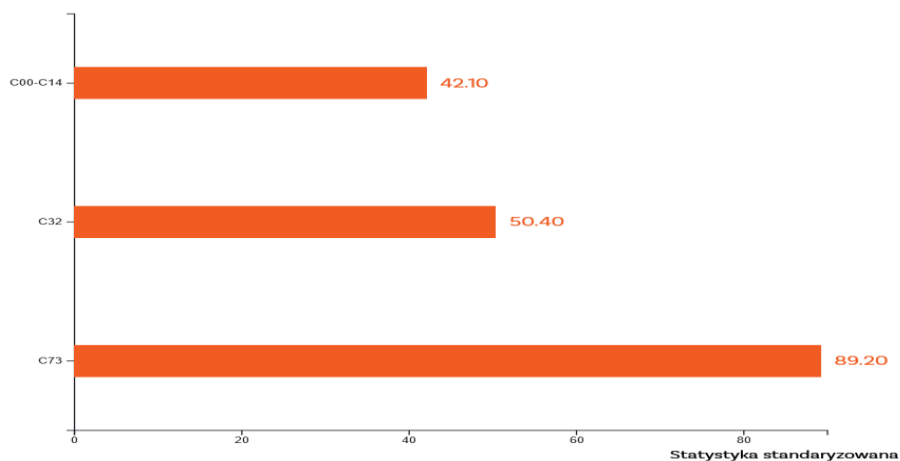
Przeżycia 5-letnie w Polsce wśród pacjentów z nowotworami krtani w ciągu pierwszej dekady XXI u mężczyzn pozostały na poziomie 50,6%, natomiast u kobiet nieznacznie wzrosły z 60,4% do 62,7% (Rys. 10).



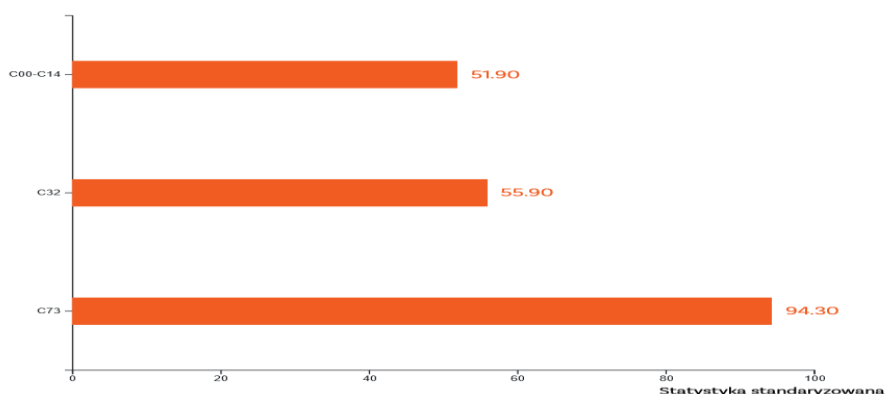
Ryc. 10. Wskaźniki 5-letnich przeżyć względnych u chorych na nowotwory krtani w Polsce

Przeżycia 5-letnie dla raka krtani w latach 2010-2015 pozostają na podobnym poziomie: u kobiet 55,9%, u mężczyzn 50,4% - przedstawiają rys.11,12,13¹⁰

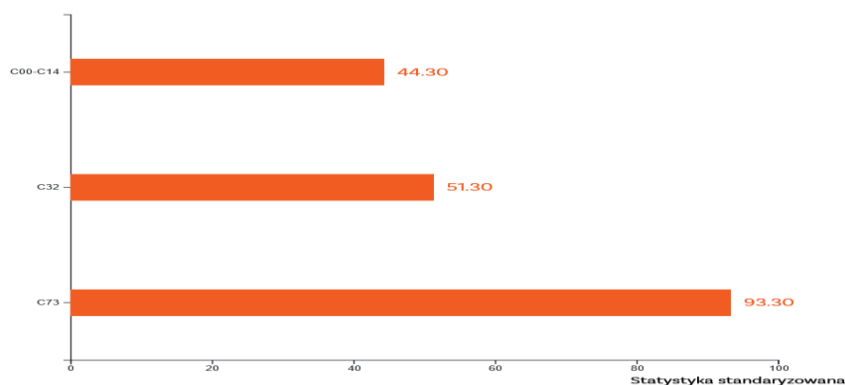
¹⁰ Krajowy Rejestr Nowotworów - dostęp z dnia 20.03.2024r.



Ryc. 11 Wskaźnik 5-letnich przeżyć w latach 2010-2015 -Mężczyźni



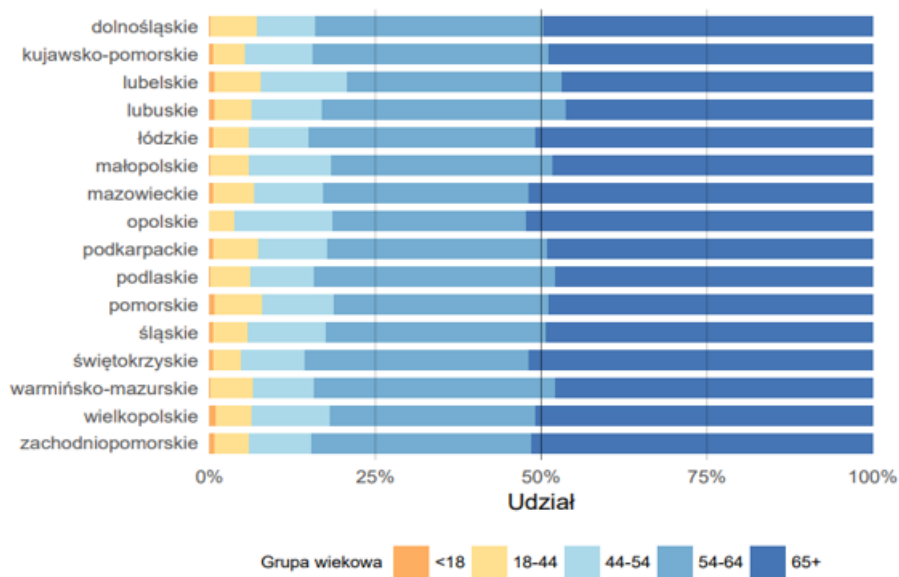
Ryc.12 Wskaźnik 5-letnich przeżyć w latach 2010-2015 -kobiety



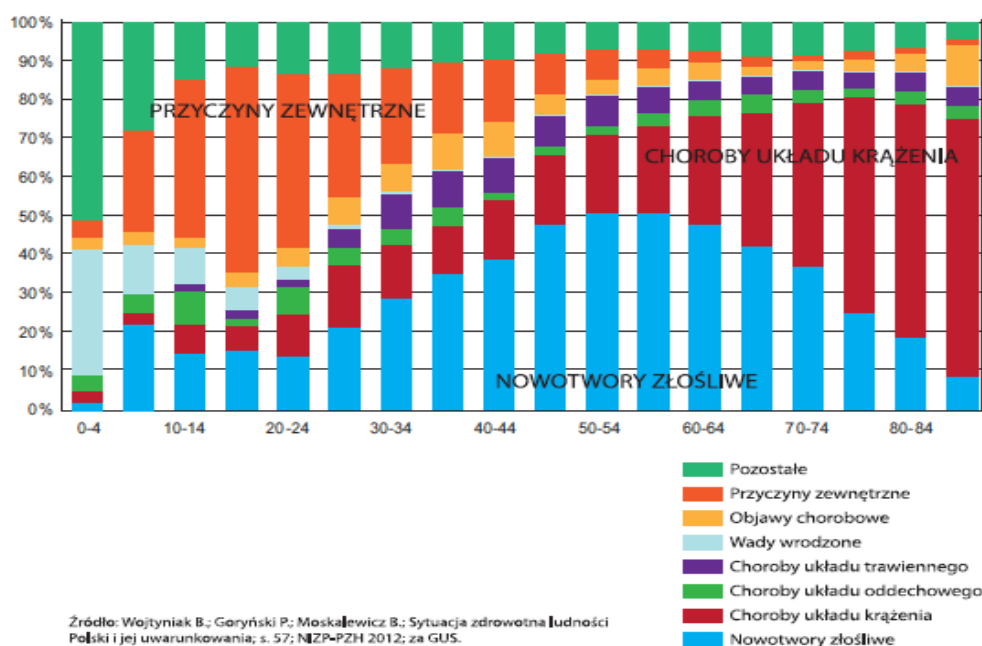
Ryc. 13 Wskaźnik 5-letnich przeżyć w latach 2010-2015 -ogółem

Poniższa rycina pokazuje, że wiek stanowi najsilniejszy czynnik ryzyka zachorowania na nowotwory. Rośnie ono u obu płci wraz z wiekiem (do 64 roku życia włącznie). W populacji mężczyzn 60%, a w populacji kobiet 52% rozpoznanych nowotworów głowy i szyi występuje u osób w wieku 45-64. Najwyższe wartości ryzyka zachorowania osiąga, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet na przełomie piątej i szóstej dekady życia¹¹.

¹¹ Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje



Ryc. 14 Struktura zapadalności rejestrowanej wg wieku oraz zamieszkania pacjenta (głowa i szyja)

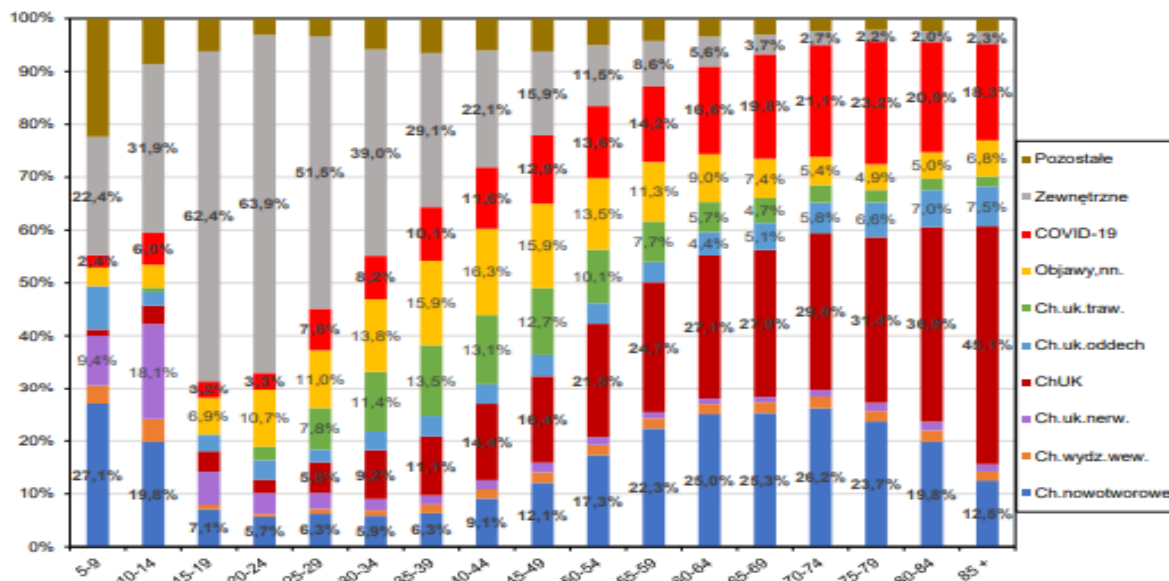


Źródło: Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B.: Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania; s. 57; NIZP-PZH 2012; za GUS.

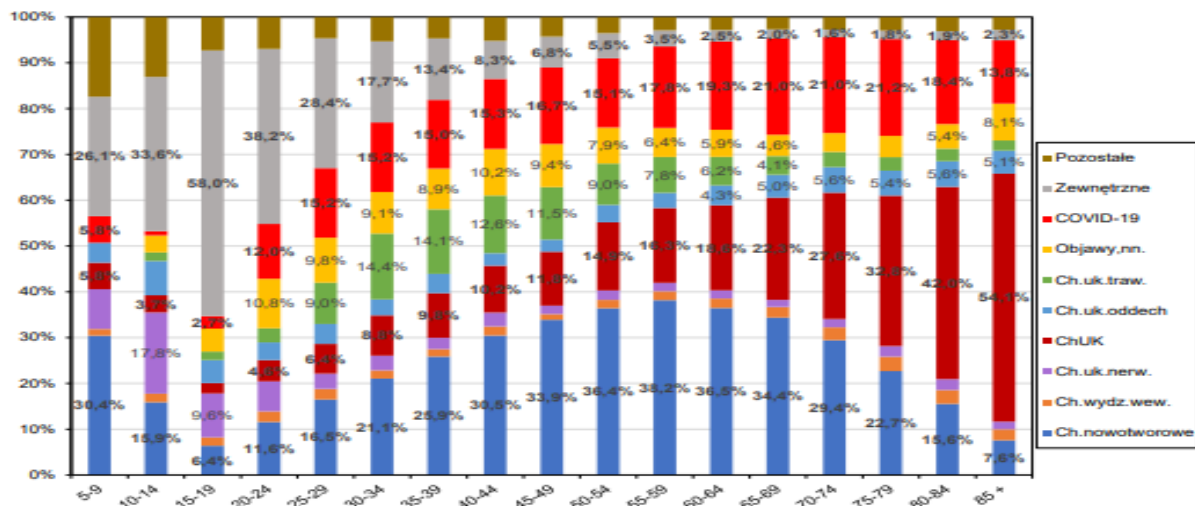
Ryc. 15 Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności u mężczyzn i kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2010 r.

Znaczenie poszczególnych szerokich grup chorób jako przyczyny zgonów w poszczególnych grupach wieku w roku 2021 przedstawiają poniższe dwie ryciny. Życie młodszych osób, mężczyzn w wieku 5-44 lata i kobiet w wieku 10-29 lat było najbardziej zagrożone przyczynami zewnętrznymi takimi jak wypadki (komunikacyjne, upadki, zatrucia, utonięcia), samobójstwa, skutki przestępstwa. W kolejnych grupach wieku życia mężczyzn najbardziej zagrażały choroby układu krążenia i w trochę mniejszym stopniu choroby nowotworowe, a w wieku powyżej 80 lat COVID-19. Natomiast życiu kobiet w wieku 30-74 lata najbardziej w 2021 r. zagrażały nowotwory złośliwe ogółem, które

dopiero w najstarszym wieku ustępują chorobom układu krążenia. COVID-19 był drugą, po nowotworach, co do częstości przyczyną zgonu kobiet w wieku 35-64 lata.¹²



Ryc.16 Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności mężczyzn w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2021 r. (na podstawie danych GUS)

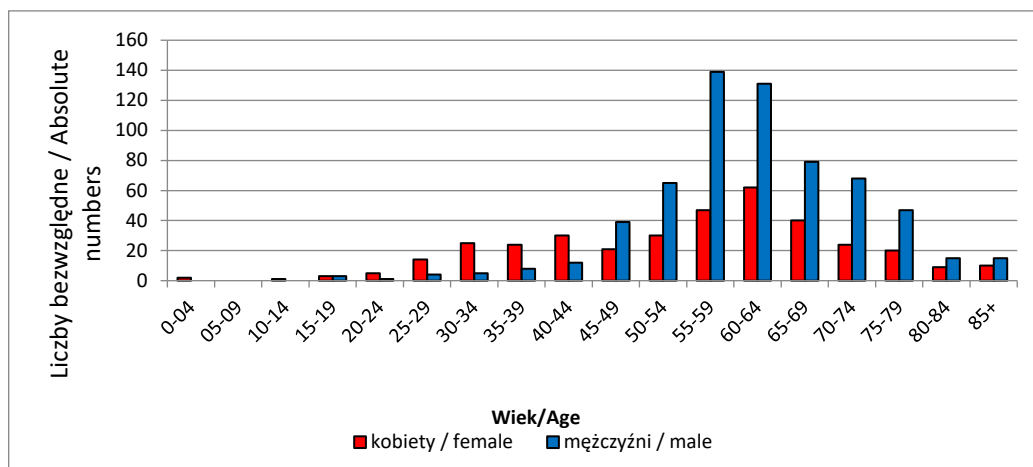


Ryc.17 Udział głównych grup przyczyn zgonów w umieralności kobiet w poszczególnych pięcioletnich grupach wieku w 2021 r. (na podstawie danych GUS)

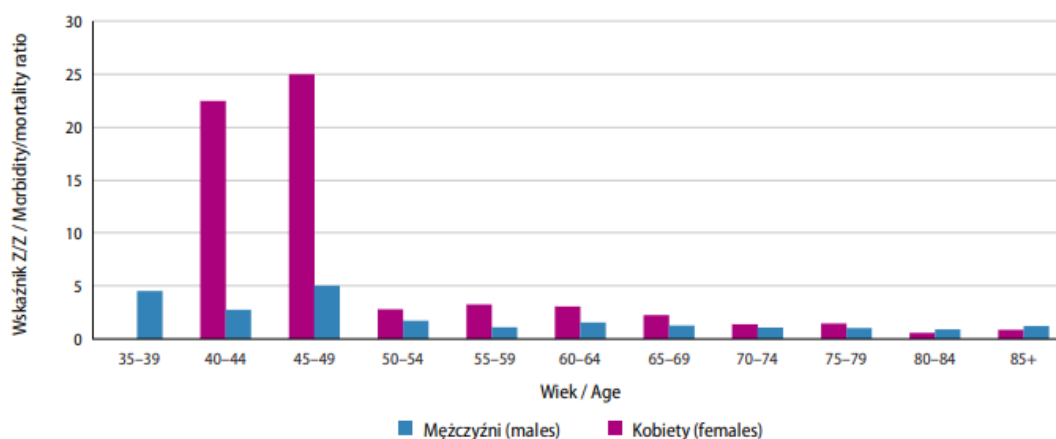
Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi przygotowany został na podstawie założeń Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi oraz National Institute for Health and Care Excellence, zgodnie z którymi ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi, podobnie jak w przypadku większości nowotworów, zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia

¹² Główny Urząd Statystyczny - dostęp z dn.11.04.2024r.

włącznie. Grupa wiekowa pomiędzy 40 a 69 rokiem życia jest najbardziej narażona na zachorowanie na nowotwór głowy i szyi. (Ryc. 18).



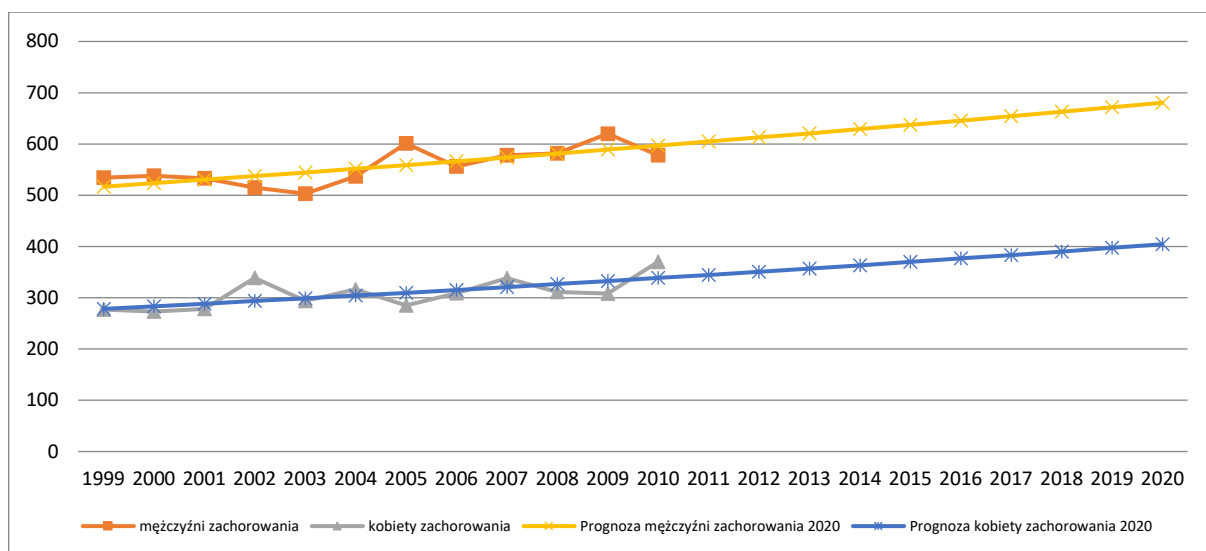
Ryc. 18 Liczba bezwzględna zachorowań na nowotwory głowy i szyi, w podziale na 5-letnie grupy wieku, w Wielkopolsce w roku 2011. Źródło: Wielkopolskie Biuro Rejestracji Nowotworów (WBRN).



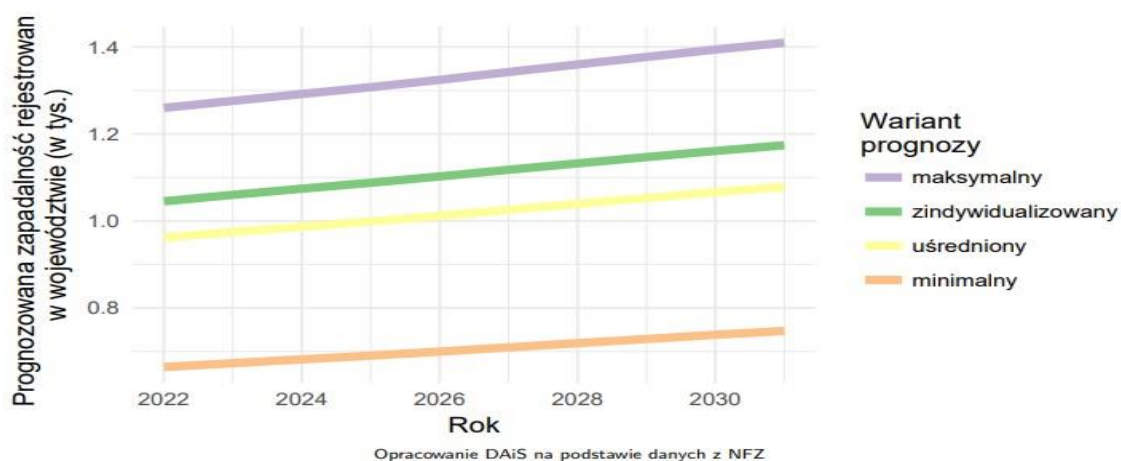
Ryc.19 Wskaźnik Zachorowania/Zgony na nowotwory złośliwe głowy i szyi dla kobiet i mężczyzn w 2020 roku.

Liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w minionej dekadzie, wykazywały istotny wzrost dla tej grupy nowotworów (Rys. 20).

Rys.20 Liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi w Wielkopolsce na lata 2011-2020. Źródło: WBRN



Prognoza liczby zachorowań zaktądając wyłącznie zmiany demograficzne wskazuje, że w województwie wielkopolskim zapadalność rejestrowana w latach 2020–2029 wzrośnie o 10,81%.¹³



Ryc.21 Porównanie scenariuszy dot. prognozy zapadalności rejestrowanej dla województwa wielkopolskiego w latach 2020–2029.

1.3. Populacja podlegająca i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

Do programu badań profilaktycznych kwalifikowane będą osoby z grupy wiekowej 40-65 lat (osoby w wieku aktywności zawodowej!), znajdujące się w grupie ryzyka tj. są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem.

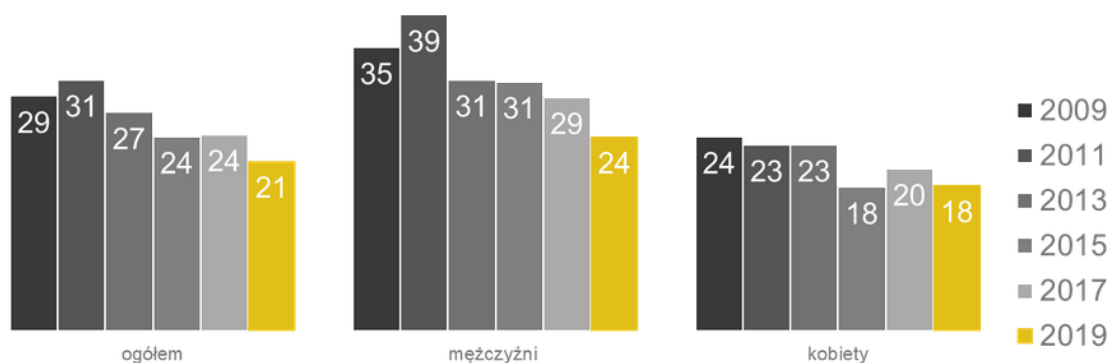
Palenie tytoniu jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka nowotworów głowy i szyi. W 2014 do włączenia do programu w ciągu całego okresu jego trwania kwalifikowało się **4 171**

¹³ Wielkopolskie Biuro Rejestracji Nowotworów -dostęp 2024r.

538 osób (populacja z grupy wiekowej 40-65 lat, GUS 2014), co wyliczono na podstawie odsetka osób palących w populacji kobiet i mężczyzn. Biorąc pod uwagę fakt, iż w roku 2013 w Polsce paliło ok 32% dorosłej populacji (wyniki przeprowadzonych w 2012 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 32%, zaś w populacji kobiet – 21%¹⁴, możliwym jest oszacowanie całej populacji kwalifikującej się do włączenia do programu).

W 2019 roku do nałogowego (codziennego) palenia przyznała się **ponad jedna piąta Polaków – 21%**. Jest to wynik mniejszy niż w poprzednim badaniu, przeprowadzonym w 2017 roku, wówczas wynosił on 24%. Tym samym występuje tendencja spadkowa ilości osób palących nałogowo – **od 2011 roku w polskim społeczeństwie było o 10 punktów procentowych mniej palaczy**.

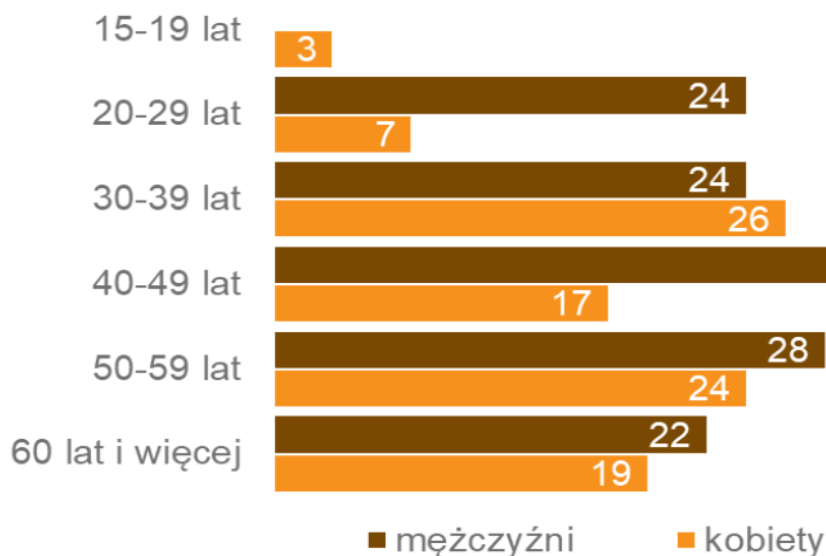
Badania pokazują, że nałogowymi palaczami częściej są mężczyźni niż kobiety (24% wobec 18%). Odsetek palących, zarówno mężczyzn jak i kobiet, nie zmienił się w sposób istotny statystycznie w stosunku do poprzedniego pomiaru.¹⁵



Ryc.22 Odsetek osób codziennie palących tytoń – lata 2009-2019.

¹⁴ WHO report on the global tobacco epidemic 2013.

¹⁵ <https://www.gov.pl/web/gis/postawy-polakow-wobec-palenia-tytoniu--raport-2019>



Ryc. 23 Regularne palenie a wiek (odsetek osób palących codziennie wśród kobiet i mężczyzn w poszczególnych grupach wiekowych).

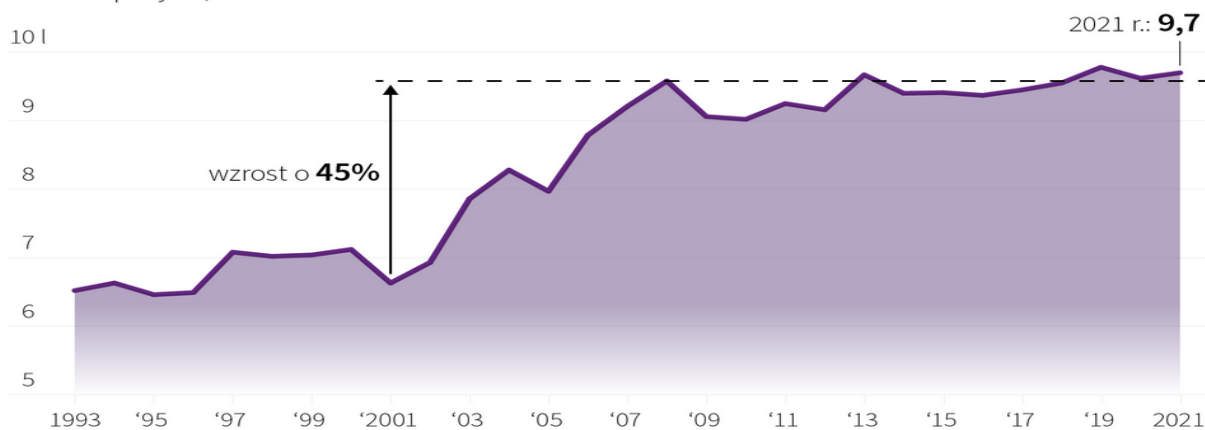
Dodatkowymi czynnikami ryzyka, poza paleniem tytoniu i wiekiem, związanym z zachorowaniem na nowotwory głowy i szyi są infekcje wirusem brodawczaka ludzkiego oraz nadmierne spożywanie napojów alkoholowych.

Na podstawie raportów z Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom spożycie alkoholu na mieszkańca Polski systematycznie rośnie na przestrzeni lat. Do konsumpcji zachęcają relatywnie niskie, w porównaniu z innymi krajami europejskimi, ceny trunków. W 2021 r. na 1 mieszkańca w Polsce przypadało spożycie 9,7 l 100-proc. alkoholu. Jest to wynik o 3 litry wyższy niż jeszcze 20 lat temu. W latach 1993-2000 spożycie utrzymywało się na względnie stałym poziomie 6,5-7 l, jednak od początku XXI wieku zaczęło rosnąć. Najbardziej dynamiczny wzrost spożycia zanotowano w latach 2001-2008, w których konsumpcja alkoholu na 1 mieszkańca wzrosła aż o 45 proc. Rekordowo duże spożycie - 9,78 l 100-proc. alkoholu na 1 mieszkańca Polski miało miejsce przed pandemią w 2019 r.¹⁶

¹⁶ <https://kcpu.gov.pl/statystyki-i-raporty/>

SPOŻYCIE CZYSTEGO ALKOHOLU W LATACH 1993-2021

Roczne spożycie, w litrach na mieszkańca

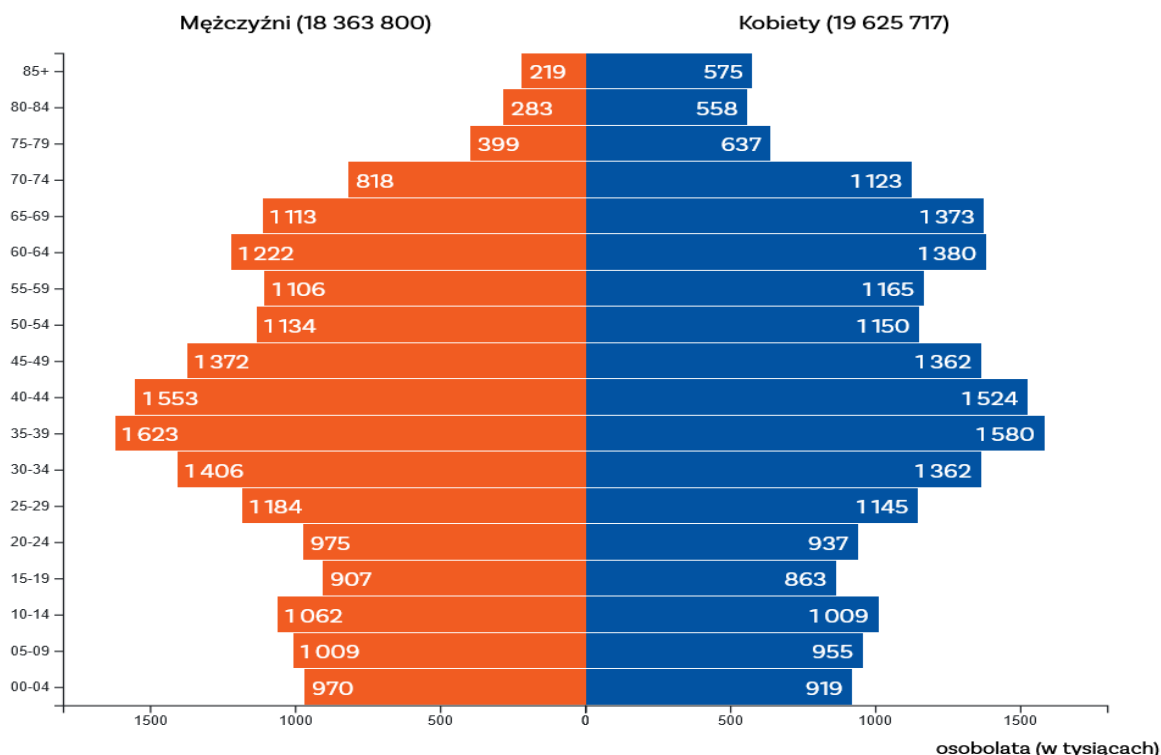


Źródło: PIE na podstawie danych PARPA

Ryc.24 Spożycie czystego alkoholu w latach 1993-2021

Docelową grupę wiekową wyodrębniono, uwzględniając założenia Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi oraz National Institute for Health and Care Excellence.

Rys.25 Dane demograficzne Polski 2021 (GUS 2021)



I.4 Dotychczasowe i obecne postępowanie

W latach 2014 -2016 w województwie wielkopolskim zrealizowano pilotażowo Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi. Łącznie w ramach Programu przebadano ponad 5120 osób oraz przeszkolono około 800 osób. W 2014 r., w ramach programu, przebadano 2000 osób na etapie podstawowym, z których do dalszej diagnostyki zakwalifikowano 142 osoby (tzw. recall

rate 7,1%), a w 19 przypadkach wykryto zmiany złośliwe. W 2015 r. z grupy liczącej 1630 przebadanych osób do dalszej diagnostyki skierowano 185 (tzw. recall rate 11,35%), wykryto 12 zmian złośliwych. W roku 2016 przebadano 1490 osób, z czego u 13 osób zdiagnozowano nowotwory złośliwe w obrębie głowy i szyi. Pilotaż ewidentnie wskazał na konieczność wprowadzenia programu na terenie całego kraju. Odnosząc się do faktu, że realizację programu na etapie podstawowym prowadzono na terenie całego województwa w sześciu ośrodkach i łącznie przebadano 5120 osób, a do badań pogłębionych chorzy trafiali do Wielkopolskiego Centrum Onkologii, to odsetek wykrytych zmian złośliwych w ramach Programu Profilaktyki NGiSz wyniósł **0,86%**.

Podstawowym celem programów badań przesiewowych jest wczesna wykrywalność choroby i poprawa ogólnego przeżycia.

Celem i założeniem Programu PNGiSz w Wielkopolsce było podnoszenie wiedzy i zachowań prozdrowotnych społeczeństwa, edukacja w kierunku upowszechniania wiedzy na temat tych nowotworów oraz badań otolaryngologicznych, co wpływać ma na stopniowe zmniejszanie zachorowalności na nowotwory głowy i szyi. Poprzez program profilaktyki wtórnej oczekuje się zwiększenia odsetka zmian wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania, co z kolei wpływać ma na osiągnięcie po 8-10 latach zmniejszenia umieralności w populacji wyznaczonej do skryningu.

Pod względem zaawansowania wykryte nowotwory w ramach pilotażowej wersji **Programu PNGiSz w 63% odpowiadały nowotworom w bardzo wczesnej i wczesnej fazie rozwoju.**¹⁷

Według danych w Wielkopolskim Rejestrze Nowotworów i Krajowym Rejestrze Nowotworów aż 70% nowotworów głowy i szyi tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73 rozpoznawana była w tym okresie w III lub IV stadium choroby.¹⁸

Na podstawie osiągniętych wyników Programu PNGiSz w Wielkopolsce można zauważyć, że założenia i oczekiwania co do zwiększenia odsetka zmian wykrywanych we wczesnych stadiach zaawansowania zostały spełnione.

Podsumowując działania w ramach pilotażowej wersji Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w Wielkopolsce można z całą pewnością stwierdzić, że stały się one fundamentem do rozwoju profilaktyki i podnoszenia świadomości w tym zakresie na terenie całej Polski.

W listopadzie 2016 roku Ministerstwo Zdrowia, po pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji, zaakceptowało Ogólnopolski Program Polityki Zdrowotnej w zakresie profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi oraz ogłosiło konkurs na jego realizację. Założenia Programu zostały opracowane pod kierunkiem Prof. zw. dr hab. med. Wojciecha Goluśńskiego Kierownika Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, w oparciu o doświadczenia zebrane w ramach realizacji pilotażowych badań profilaktycznych.

Program na terenie całej Polski prowadzono w latach 2017-2022

55757 przebadanych uczestników !!!

- 6448 - diagnostyka pogłębiona
- 2363 - diagnostyka histopatologiczna
- 1091 pobranych wycinków do badania histopatologicznego,

¹⁷ Liucija Weselik Skuteczność Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi w Wielkopolsce -Rozprawa doktorska 2022r.

¹⁸ Wojciechowska U., Czaderny K., Ciuba A., Olasek P., Didkowska J., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów 2018)

- 872 biopsji cienkoigłowych z badaniem cytologicznym.
- 279 badań na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego HPV z barwieniem immunohistochemicznym p16
- 3996 - usg szyi

Obecnie pacjenci mogą korzystać z porad otorynolaryngologa w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) finansowanej przez NFZ, gdzie wymagane jest skierowanie od Lekarza Rodzinnego lub innego specjalisty oraz konieczne jest zapisanie się do kolejki oczekujących.

W Polsce od 2015r.dostępna jest tzw. „szybka ścieżka terapii onkologicznej”. Do skorzystania z szybkiej ścieżki (terapii) onkologicznej uprawnia karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Karta ta wystawiana jest przez lekarza POZ, w przypadku podejrzenia lub stwierdzenia nowotworu na podstawie zgłoszonych przez pacjenta objawów oraz zleconych badań w ramach diagnostyki podstawowej. W przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego, kartę DiLO może wystawić również lekarz specjalista w poradni lub szpitalu. Lekarze w gabinetach prywatnych nie posiadają prawa do wystawienia ww. karty. Z kartą DiLO pacjent zgłasza się do lekarza specjalisty.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – obejmuje:

- diagnostykę wstępną (potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu),
- diagnostykę pogłębioną (z określeniem typu nowotworu, jego stadium oraz umiejscowienia ewentualnych przerzutów),
- rozpoznanie nowotworu,
- skierowanie do leczenia.

Zgodnie z założeniami systemu, od wpisania pacjenta na listę oczekujących na konsultację specjalisty do postawienia diagnozy nie może minąć więcej niż 7 tygodni.

Następnym krokiem jest wybór miejsca leczenia. Decyzja należy do pacjenta, który od lekarza specjalisty dostaje skierowanie na tzw. konsylium. Konsylium tworzą lekarze określonych specjalizacji (m.in. onkolog, chirurg, radioterapeuta). W skład zespołu terapeutycznego mogą też wejść psycholog, pielęgniarka, inny pracownik medyczny. Konsylium ustala plan leczenia i wyznacza koordynatora, którego zadaniem jest nadzorowanie procesu leczenia. Czas od dnia zgłoszenia się pacjenta do szpitala, do rozpoczęcia leczenia nie powinien przekroczyć 2 tygodni. Po zakończeniu leczenia pacjent z pełną dokumentacją trafia – zależnie od stanu zdrowia – pod opiekę specjalisty lub lekarza POZ. Wykaz placówek realizujących szybką terapię onkologiczną znajduje się na stronach internetowych oddziałów NFZ.

Świadczenia gwarantowane, udzielane w Polsce przez podmioty lecznicze, są określone w aktach prawnych znajdujących się w niżej wymienionych obwieszczeniach (stan na 26.08.2020):

- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2017 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Zgodnie z ww. dokumentami, sytuacja finansowania badań diagnostycznych w kierunku nowotworów głowy i szyi przedstawia się następująco:
- W ramach POZ możliwe jest wykonanie:
USG – tarczycy i przytarczyc (88.713), ślinianek (88.717), węzłów chłonnych (88.790).

- AOS gwarantuje możliwość wykonania następujących badań diagnostycznych: USG – tarczycy i przytarczyc (88.713), naczyń szyi – doppler (88.714), ślinianek (88.717), krtani (88.719), węzłów chłonnych (88.790), badań endoskopowych – laryngoskopia i inne wzziernikowanie tchawicy (31.42), TK – głowy bez wzmocnienia kontrastowego (87.030), głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (87.031), głowy ze wzmocnieniem kontrastowym (87.049), szyi bez wzmocnienia kontrastowego (87.036), szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (87.037), głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (87.032), szyi bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym (87.038), tętnic głowy i szyi (87.033), RM – głowy bez wzmocnienia kontrastowego (88.900), głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (88.901), szyi bez wzmocnienia kontrastowego (88.973), szyi bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (88.975).

- Ponadto AOS obejmuje następujące zabiegi: w zakresie narządu wzroku – biopsja woreczka łzowego (09.12), biopsja spojówki (10.21), biopsja gruczołu łzowego (09.11), biopsja powieki (08.11); w zakresie jamy ustnej, gardła i krtani – biopsja kości podniebienia (27.21), biopsja dziąsła (24.11), biopsja wyrostka zębodołowego (24.12), zamknięta (igłowa) biopsja języka (25.01), biopsja igłowa ślinianki/przewodu (26.11), biopsja podniebienia miękkiego/języczka (27.22), biopsja wargi (27.23), biopsja jamy ustnej – inne (27.24), biopsja migdałka podniebiennego i migdałka gardłowego (28.11), biopsja gardła (29.12), biopsja kości twarzy (76.11); w zakresie narządu słuchu – biopsja ucha zewnętrznego (18.12), biopsja ucha środkowego i wewnętrznego (20.32); w zakresie nosa – zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa (22.11), biopsja nosa (21.22), endoskopia zatok nosa bez biopsji (22.191); w zakresie przewodu pokarmowego – biopsja ssąca przełyku (42.243); w zakresie skóry i gruczołów – biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (06.111), biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana (06.112), biopsja gruboigłowa tarczycy (06.113), biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana (06.114); w zakresie układu limfatycznego – biopsja układu limfatycznego (40.11)

- Dodatkowo w zakresie wirusologii AOS gwarantuje badania diagnostyczne w kierunku wykrywania wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV) HPV-DNA (F38), jednak wykonuje się je tylko w przypadku uzyskania określonych wyników z badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy oraz w celu monitorowania stanu pacjentek po leczeniu raka szyjki macicy.

- Ponadto rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nakłada na świadczeniodawców, którzy realizują diagnostykę i leczenie onkologiczne na podstawie kart DiLO, obowiązek zapewnienia dostępu do realizacji świadczeń diagnostyki onkologicznej w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, TK, RM, PET, medycyny nuklearnej oraz badań endoskopowych.

- W ramach leczenia szpitalnego gwarantuje się finansowanie następujących procedur w obrębie głowy i szyi: biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy (06.111), biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana (06.112), biopsja gruboigłowa tarczycy (06.113), biopsja gruboigłowa tarczycy – celowana (06.114), otwarta biopsja tarczycy (06.12), biopsja przytarczyc (06.13), biopsja powieki (08.11), biopsja gruczołu łzowego (09.11), biopsja woreczka łzowego (09.12), biopsja spojówki (10.21), biopsja rogówkowa (11.22), biopsja tęczówki (12.22), biopsja gałki ocznej i oczodołu (16.23), biopsja ucha zewnętrznego (18.12), biopsja ucha środkowego i wewnętrznego (20.32), biopsja nosa (21.22), zamknięta igłowa biopsja zatoki nosa (22.11), otwarta biopsja zatoki nosa (22.18), endoskopowa biopsja zatoki nosa (22.12), biopsja dziąsła (24.11), biopsja wyrostka zębodołowego (24.12), zamknięta (igłowa) biopsja języka (25.01), otwarta biopsja języka (25.02), biopsja igłowa ślinianki/ przewodu (26.11), otwarta biopsja ślinianki/ przewodu (26.12), biopsja kości podniebienia (27.21), biopsja podniebienia miękkiego/języczka (27.22), biopsja wargi (27.23), biopsja jamy ustnej – inne (27.24), biopsja migdałka

podniebiennego i migdałka gardłowego (28.11), biopsja gardła (29.12), endoskopowa biopsja krtani (31.43), endoskopowa biopsja tchawicy (31.44), otwarta biopsja krtani lub tchawicy (31.45), biopsja węzła chłonnego (węzłów chłonnych) (40.10), biopsja układu limfatycznego (40.11), biopsja ssąca przełyku (42.243).

Ideą realizacji konsultacji laryngologicznych w ramach programu jest wydzielenie tych świadczeń dla pacjentów z **grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi**, bez konieczności oczekiwania przez pacjenta w długiej kolejce oczekujących do poradni w ramach AOS, a jednocześnie umożliwienie skrócenia formalnej ścieżki dostępu do otolaryngologa (bez skierowania, bez kolejki). Ważną zaletą badań w ramach programu profilaktyki jest przeprowadzenie standaryzowanego badania otolaryngologicznego zgodnie z wytycznymi wg Rekomendacji nr 14/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 15 grudnia 2020 r. w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi.

I.5. Uzasadnienie potrzeby kontynuacji programu

Dane epidemiologicznie wyraźnie przedstawiają wzrost zachorowalności na nowotwory głowy i szyi.

W ostatnich kilku dekadach zachorowalność na nowotwory głowy i szyi wzrosła prawie o 25%, a umieralność o ponad 18%. Nowotwory głowy i szyi stają się coraz większym problemem zdrowotnym w populacji Polski. Większość nowotworów nadal diagnozowana jest zbyt późno, aby wdrożyć skuteczne i mało inwazyjne leczenie. W konsekwencji pacjenci nie wracają do czynności zawodowych.

Kontynuacja programu polityki zdrowotnej z zakresu nowotworów głowy i szyi jest działaniem koniecznym.

Wyniki przeprowadzonego w 2011 roku międzynarodowego badania ankietowego pt. „About Face” wykazały niski poziom świadomości Europejczyków na temat zagrożeń wynikających z zachorowania na nowotwory głowy i szyi. Ponad 77% ankietowanych nie potrafiło udzielić podstawowych informacji dotyczących tej grupy chorób.

W roku 2020 ankietę przeprowadzono ponownie, świadomość na temat nowotworów głowy i szyi wśród ankietowanych znacznie wzrosła. Ponad 75% pytanych dobrze znała problematykę tej grupy nowotworów.

Problem niedostatecznego poziomu wiedzy społeczeństwa w temacie nowotworów głowy i szyi w połączeniu z ogólną, dozwoloną i korzystną (dochody z akcyzy) dla Państwa, dostępnością do alkoholu oraz wyrobów tytoniowych, których nadużywanie jest jednym z głównych czynników ryzyka, powoduje, iż zachorowania na tę grupę nowotworów są powszechne. Niestety diagnozuje się je w zaawansowanym stadium. W związku z powyższym podwyższenie świadomości społecznej oraz poprawa wiedzy pracowników ochrony zdrowia w tym zakresie jest konieczna. Stworzenie dostępu do badań profilaktycznych w zakresie nowotworów głowy i szyi jest priorytetem, który wpłynie na poprawę wyników leczenia tej grupy nowotworów.

Nowotwory głowy i szyi to grupa nowotworów, którym w ostatnich latach poświęca się coraz więcej uwagi. Podobnie jak w przypadku większości nowotworów ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia włącznie. W populacji mężczyzn 60%, a w populacji kobiet 52% rozpoznanych nowotworów głowy i szyi występuje u osób w wieku 45-64, natomiast szczyt zachorowalności występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w wieku 55-64. W grupie wiekowej powyżej 64 roku życia następuje

gwałtowny spadek zachorowalności. W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy, obserwuje się nowe zjawisko, określane jako „fenomen epidemiologiczny”, definiowane przez wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi u osób poniżej 40 r.ż., którzy nigdy nie palili, ani nie nadużywali alkoholu. Grupa ta określana jest jako młodzi dorośli. Badania naukowe wskazują, że czynnikiem potencjalnego ryzyka grupie tych osób jest infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego. Badania epidemiologiczne, które są publikowane i dostępne w ramach Evidence Based Medicine, wskazują na ścisły związek rozwoju nowotworów gardła środkowego (migdałek podniebienny, nasada języka) z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego. W USA odsetek nowotworów HPV-zależnych wynosi ponad 70%. W krajach UE (Francja, Holandia, Niemcy, Włochy) jest to powyżej 40%. W Polsce do chwili obecnej brak jest wielośrodkowych badań w tym zakresie. Przypuszcza się jedynie, że u 40% chorych nowotwór gardła środkowego jest powiązany z nosicielstwem wirusa brodawczaka ludzkiego.

Palenie tytoniu

Opublikowany w roku 2013 raport WHO M-POWER wskazuje, że epidemia tytoniowa zabija każdego roku na świecie ok. 6 mln osób. Dane z 2000 roku wskazują, że w Polsce palenie tytoniu było przyczyną około 69 tys. zgonów, z czego około 43 tys. stanowiły zgony przedwczesne (w wieku 35–69 lat).

Stanowi to około 9 mln. osób. W ciągu minionych 30 lat obserwowano w Polsce stopniowe ograniczenie częstości palenia tytoniu. W ostatnich latach zanotowano zmniejszenie się tempa spadku częstości palenia u mężczyzn oraz zahamowanie trendu spadkowego u młodych dorosłych kobiet. Najbardziej niepokojące dane dotyczą palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży. Wyniki badania z 2003 roku wskazują, że 64% chłopców i 53% dziewcząt w wieku 13–15 lat podjęło w swoim życiu próbę palenia papierosów, 30% chłopców i 21% dziewcząt próbowało palić przed ukończeniem dziesiątego roku życia.

Spożywanie alkoholu

Zjawisko nadużywania alkoholu w Polsce wciąż stanowi istotny problem społeczny. Szacunkowo w roku 1993 mężczyźni pili prawie pięciokrotnie więcej alkoholu niż kobiety. W roku 1998 różnica między mężczyznami a kobietami zmalała – mężczyźni pili już tylko trzy razy więcej. Choroba alkoholowa oraz nadmierne spożycie alkoholu przestało być domeną mężczyzn. Szczególnie niepokojącym jest fakt, iż obecnie coraz częściej alkoholu nadużywają młode kobiety.

W roku 2011 struktura spożycia alkoholu w Polsce kształtowała się następująco:

- wyroby spirytusowe – 36%,
- wino i miody pitne – 8%,
- piwo – 56%.

Powyższe dane wskazują, że wyroby spirytusowe, które charakteryzują się wysoką zawartością etanolu stanowią aż 1/3 spośród wszystkich spożywanych wyrobów alkoholowych.

Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego

Wirus brodawczaka zaliczany jest do rodziny *papillomaviridae*, obejmuje 18 rodzajów i ponad 100 podtypów. To najczęstszy wirus przenoszony drogą płciową – zakażonych nim jest aż do 80% ludzkości.

Atakuje błonę śluzową i skórę, ma zdolność do tworzenia brodawek - wirusy uwalniają się ze złuszczonego się nabłonka narządów płciowych.

Najgroźniejsze są onkogenne wirusy HPV typu 16 i 18, które odpowiadają za większość zachorowań na raka szyjki macicy i to one najczęściej odpowiedzialne są za powstawanie raka jamy ustnej i gardła. Część wirusów jest niegroźna i powoduje głównie niezłośliwe zmiany.

Większość zakażeń przebiega bezobjawowo i ustępuje samoistnie średnio po około dwóch latach. Część zakażeń prowadzi jednak do rozwoju nowotworów. Wirus brodawczaka najczęściej atakuje migdałek podniebny. Rzadziej – nasadę języka, podniebienie miękkie oraz tylną ścianę gardła. Najrzadziej – krtań.

II. Cele PPZ i mierniki efektywności jego realizacji

III.1 Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu nowotworów głowy i szyi, obejmującej zagadnienie teoretyczne i praktyczne, wśród 70% uczestników programu.

III.2 Cele szczegółowe

2.2.1

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi.

2.2.2

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80% świadczeniobiorców w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki wtórnej głowy i szyi.

2.2.3

Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50% osób we włączonych do programu zakładach pracy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz profilaktyki wtórnej głowy i szyi, ze szczególnym uwzględnieniem czynników środowiskowych.

2.2.4

Zwiększenie liczby wcześnie wykrywanych nowotworów głowy i szyi w populacji kwalifikującej się do programu.

III.3 Mierniki efektywności realizacji PPZ

CEL	MIERNIK	WARTOŚĆ DOCELOWA	SPOSÓB POMIARU
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.	co najmniej 75% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 60 % poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po działaniach interwencyjnych w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed interwencjami
2.2.1.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.	co najmniej 75% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 60% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po działaniach edukacyjnych w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed działaniami edukacyjnymi
2.2.2.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-testy.	co najmniej 75% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 60% poprawnych odpowiedzi) dla post-testów przeprowadzanych po działaniach edukacyjnych w porównaniu z pre-testami przeprowadzanymi przed działaniami edukacyjnymi
2.2.3.	Odsetek osób we włączonych do programu zakładach pracy, u których w	co najmniej 75% uczestników	Liczba wyników co najmniej dobrych (min. 60% poprawnych odpowiedzi)

	post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.		dla post-testów przeprowadzanych po działaniach edukacyjnych w porównaniu z pre-testami przeprowadzonymi przed działaniami edukacyjnymi
2.3.4.	Liczba osób, u których stwierdzono wysokie prawdopodobieństwo obecności nowotworu głowy i szyi i które zostały skierowane na pogłębioną diagnostykę w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w PPZ oraz w odniesieniu do lat poprzednich.		Wartość bezwzględna – liczba osób
2.3.5.	Liczba osób, u których stwierdzono nowotwory głowy i szyi w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w PPZ oraz w odniesieniu do lat poprzednich.		Wartość bezwzględna – liczba osób

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

III.1 Populacja docelowa

INTERWENCJA	WYMAGANIA DOTYCZĄCE PERSONELU
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne, lekarze przeprowadzający wizyty diagnostyczno-terapeutyczne.
Szkolenia w zakładach pracy	Pracodawcy i pracownicy zakładów pracy, w których występują szkodliwe substancje (np. nikiel, chrom), pyły lub inne czynniki ryzyka zachorowania na nowotwory głowy lub szyi.
Działania informacyjno-edukacyjne	Populacja taka, jak dla lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej
Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	Osoby w wieku 40-65 lat znajdujące się w grupie ryzyka, czyli występuje u nich co najmniej jeden z czynników: <ul style="list-style-type: none"> są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia HPV, przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych taki jak (ACS 2020, ASCO 2019, NCERG 2015, NZG 2013, GoSA 2013): pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie lub problemy z połykaniem.
Pogłębiona diagnostyka	Uczestnicy programu, u których lekarz w czasie realizowanej w ramach PPZ wizyty diagnostyczno-

	terapeutycznej stwierdził konieczność przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki pod kątem obecności nowotworu głowy lub szyi.
--	---

III.2 Warunki realizacji PPZ

Realizator powinien zapewnić warunki zarówno w zakresie wymagań stawianym personelowi jak i wyposażenie wraz z warunkami lokalowymi adekwatnie do planowanych działań i zgodne z obowiązującymi w danym zakresie przepisami prawa.

Wymagania dotyczące personelu

Działania informacyjno - edukacyjne związane z realizacją programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grupy odbiorców.

INTERWENCJA	WYMAGANIA DOTYCZĄCE PERSONELU
Szkolenia personelu medycznego	Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu.
Szkolenia w zakładach pracy	Wymagania takie jak dla działań informacyjno-edukacyjnych.
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, fizjoterapeuta, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	<ul style="list-style-type: none"> • Lekarz posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi, • lekarz po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ przez eksperta szkolenia dla personelu medycznego.
Pogłębiona diagnostyka	Zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Wymagania dotyczące sprzętu oraz ośrodka, w którym realizowany będzie PPZ

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzone zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Pomieszczenia przeznaczone do prowadzenia interwencji (warunki stacjonarne) będą zlokalizowane tak, by zapewnić dostęp dla niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Realizator zapewni pomieszczenia higieniczno – sanitarne, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych oraz kadre i sprzęt niezbędny do wykonywanych

interwencji.^{19,20} W programie zastosowane zostaną preparaty medyczne i sprzęt diagnostyczny zarejestrowane i dopuszczone do obrotu na terenie Polski, rekomendowane w wytycznych ogólnopolskich oraz zatwierdzone przez właściwe gremia naukowe²¹.

III.3 Kryteria kwalifikacji do PPZ oraz kryteria wyłączenia z PPZ

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

ETAPY PPZ	KRYTERIA WŁĄCZENIA	KRYTERIA WYŁĄCZENIA
Szkolenia personelu medycznego	<ul style="list-style-type: none"> • personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt ze świadczeniobiorcami, np.: lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej. 	<ul style="list-style-type: none"> • ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; • wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Szkolenia w zakładach pracy	<ul style="list-style-type: none"> • pracodawcy i pracownicy zgłoszonych do programów zakładów pracy, w których występuje ekspozycja na substancje szkodliwe bądź pyły zawieszinowe powstające na skutek wykonywanych czynności zawodowych. 	<ul style="list-style-type: none"> • uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Działania informacyjno-edukacyjne	Kryteria włączenia takie jak dla wizyty diagnostyczno-terapeutycznej.	<ul style="list-style-type: none"> • uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat;
Lekarska wizyta diagnostyczno-terapeutyczna	<ul style="list-style-type: none"> • wiek od 40 do 65 lat; • osoby, które w formularzu zgłoszeniowym do PPZ zadeklarują co najmniej jeden z czynników wysokiego ryzyka, tj.: wieloletnie palenie, nadużywanie alkoholu, 	<ul style="list-style-type: none"> • pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej; • zdiagnozowany nowotwór głowy lub szyi przed przystąpieniem do programu;

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą; Dz.U. 2022 poz. 402

²⁰ Ustawa Prawo Farmaceutyczne ; Dz.U. 2022 poz.2301

²¹ Ustawa o wyrobach medycznych; Dz.U.2021 poz. 1565

	wysokie zagrożenie zakażeniem HPV, aktywność zawodowa związana z ekspozycją na szkodliwe substancje lub pyły zawiesinowe, występowanie przez ≥ 3 tygodnie objawów niezwiązanych z infekcją górnych dróg oddechowych takich jak np. pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie lub problemy z połykaniem;	
Pogłębiona diagnostyka	<ul style="list-style-type: none"> otrzymanie skierowania na pogłębioną diagnostykę w czasie realizowanej w ramach PPZ wizyty diagnostyczno-terapeutycznej 	Brak.

III.4 Planowane interwencje

Szkolenia dla personelu medycznego

W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Formy szkolenia są dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje. W ramach szkoleń należy zapoznać personel medyczny z czynnikami ryzyka nowotworów głowy i szyi. Ponadto szkolenie powinno poruszać tematykę zalecaną przez rekomendacje rozwiązań ukierunkowanych na rozpoznawanie i określanie stopnia nowotworu.

Należy przeszkolić lekarzy realizujących wizyty diagnostyczno-terapeutyczne na temat potrzeby skierowania pacjentów na szczegółowe badania w przypadku obecności objawów związanych z nowotworami głowy i szyi.

W trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie występowania czynników ryzyka nowotworów głowy i szyi oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów. Należy również zapoznać personel z zasadami komunikacji z osobami w grupie ryzyka jak również podkreślić istotę doradzania rzucenia palenia każdemu pacjentowi, w szczególności osobom z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu dla personelu medycznego, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

Szkolenia w zakładach pracy

Działaniami edukacyjnymi powinni być objęci pracodawcy i pracownicy zakładów pracy, w których zidentyfikowano obecność substancji i pyłów zwiększających ryzyko wystąpienia nowotworów głowy i szyi. Dotyczy to w szczególności przetwórstwa tekstylnego, drzewnego oraz metalurgicznego, w którym przeprowadzana jest obróbka chromu i miedzi. Szkolenia powinny realizować określoną tematykę związaną z nowotworami głowy i szyi:

- ✓ informacja na temat niebezpieczeństwa związanego z ekspozycją na pyły zawieszinowe powstające podczas realizacji czynności zawodowych,
- ✓ czynniki ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi,
- ✓ edukacja na temat konieczności stosowania się do zasad bezpieczeństwa i higieny w miejscu pracy, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania środków ochronnych układu oddechowego,
- ✓ informacja na temat dostępności do programów zdrowotnych nakierowanych na profilaktykę nowotworów głowy i szyi.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w szkoleniu jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w szkoleniu, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu. Dobór tematów i metod prowadzenia szkolenia powinny być każdorazowo dostosowane do profilu wykonywanej w zakładzie pracy.

Działania informacyjno – edukacyjne

Należy rozpocząć edukację społeczeństwa i promocje programu przy użyciu mediów społecznościowych i innych dostępnych środków masowego przekazu. Przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na choroby nowotworowe głowy i szyi jest opcjonalnym elementem prowadzonych działań edukacyjnych.

Personel medyczny powinien przekazywać pacjentowi informację na temat dostępności programu oraz korzyści płynących z udziału w nim. Informacje nt. programu oraz skutków zdrowotnych omawianego problemu zdrowotnego powinny być przekazywane w ramach udzielania świadczeń POZ oraz innych wizyt lekarskich.

Zaleca się rozpoczęcie kampanii edukacyjno-informacyjnej nakierowanej na podniesienie poziomu wiedzy w populacji docelowej na temat głównych czynników zwiększających ryzyko występowania nowotworów głowy, takich jak: palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, infekcja HPV, płęć męska, wiek powyżej 55 lat, promieniowanie UV, niezdrowe odżywianie, osłabienie układu odpornościowego. Szczególna uwaga powinna zostać poświęcona czynnikom modyfikowalnym.

Zaleca się, aby informować świadczeniobiorców o objawach nowotworów głowy i szyi, które będą wskazywały na konieczność udania się do lekarza.

Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która przystąpiła do uczestnictwa w działaniach informacyjno-edukacyjnych, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

W przypadku gdy dostępne są materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np. o materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi”.

Lekarska wizyta diagnostyczno – terapeutyczna

Jeśli najnowsze wytyczne nie wskazują inaczej, w czasie wizyty diagnostyczno-terapeutycznej lekarz przeprowadza co najmniej:

- ✓ wywiad pod kątem identyfikacji obecności u pacjenta czynników ryzyka, przypadków nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz zachowań determinujących podwyższenie ryzyka wystąpienia omawianej grupy nowotworów (AAMOS 2020, ASCO 2020, ASCO 2019, NCCN 2017),
- ✓ wywiad pod kątem oceny czasu trwania i przebiegu objawów,
- ✓ ustalenie historii użycia tytoniu i odnotowanie jej w dokumentacji medycznej (w paczkoletach),
- ✓ ustalenie przeciętnego dziennego poziomu spożycia alkoholu i odnotowanie go w dokumentacji medycznej (w standardowych jednostkach alkoholu na dobę, SJA/doba; 1 SJA to 10 g lub 12,5 ml czystego etanolu),
- ✓ wizualną i dotykową (palpacyjną) ocenę widocznych zmian,
- ✓ wizualną i dotykową (palpacyjną) ocenę węzłów chłonnych,
- ✓ badanie laryngologiczne: należy uwzględnić oprócz typowego zakresu, szczegółową ocenę objawów związanych z zajęciem nerwów czaszkowych oraz stanu jamy ustnej i szyi.

W oparciu o wyniki wizyty kwalifikacyjnej lekarz podejmuje decyzję o dalszym postępowaniu:

- ✓ w przypadku stwierdzenia u pacjenta wysokiego prawdopodobieństwa obecności nowotworu głowy i szyi kieruje pacjenta na realizowaną w ramach programu pogłębioną diagnostykę,
- ✓ świadczeniobiorcy, u których wykluczona zostanie przynależność do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi, nie zostaną skierowani na pogłębioną diagnostykę. Nie wpływa to na możliwość skorzystania z działań informacyjno-edukacyjnych.

Pogłębiona diagnostyka

Na badania dodatkowe w ramach programu kieruje lekarz przeprowadzający wizytę diagnostyczno-terapeutyczną. Pogłębiona diagnostyka powinna obejmować badania zgodne z postępowaniem diagnostycznym nowotworów głowy i szyi, które wynika z najbardziej aktualnych rekomendacji i jest poparte najlepszymi dostępnymi dowodami naukowymi. Wyniki badań diagnostycznych są przedstawiane świadczeniobiorcy podczas drugiej realizowanej w ramach programu konsultacji diagnostyczno-terapeutycznej.

W przypadku wykrycia nowotworu głowy lub szyi należy wydać kartę DiLO oraz poinformować pacjenta o danych placówek specjalizujących się w terapii danego typu nowotworu.

III.5 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach PPZ

Realizatorem Programu powinien być podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych mający doświadczenie w realizacji programów profilaktycznych, wyłoniony w drodze konkursu. Procedury będą wykonywane tylko przez fachowy personel.

Program realizowany będzie w dni robocze od poniedziałku do piątku. Program może być realizowany również w sobotę po uzgodnieniu konkretnych terminów z pacjentami i osobami udzielającymi świadczeń.

Tryb zapraszania do programu

Zapraszanie do badań odbywać się będzie poprzez ulotki oraz materiały edukacyjne wysyłane do gabinetów lekarzy POZ oraz innych specjalności mających kontakt z osobami z grupy ryzyka nowotworów głowy i szyi (m.in. stomatolodzy, chirurdzy szczękowo-twarzowi), a także poprzez ogłoszenia w prasie lokalnej, stronie internetowej i mediach społecznościowych.

Rolą lekarzy POZ oraz innych specjalności będzie wytypowanie wśród pacjentów osób, które kwalifikują się do Programu (są w grupie ryzyka i mają 40-65 lat) oraz przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących czynników ryzyka i przekazanie adresów ośrodków w których pacjent może wykonać badanie w etapie podstawowym.

Lekarze POZ oraz lekarze specjaliści będą zachęceni do udziału w szkoleniach organizowanych przez realizatora programu na terenie województwa oraz o kierowanie chorych z podejrzeniem nowotworu głowy i szyi (spełniających kryteria programu) na diagnostykę podstawową.

Po wytypowaniu zakładów pracy z uwzględnieniem czynników zwiększających wystąpienie nowotworów głowy i szyi, po uzyskaniu ich akceptacji do udziału w programie – będą wysyłane zaproszenia z uszczegółowieniem formy przeprowadzenia szkoleń.

Pacjenci zgłaszający się na badanie w etapie podstawowym przy rejestracji na badanie będą zobligowani do wypełnienia ankiety nt. występowania wczesnych objawów nowotworów głowy i szyi (tj. występowanie przez ponad 3 tygodnie jednego z objawów takich jak: pieczenie języka, nieogojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem) oraz przynależności do grupy ryzyka.

III.6 Sposób zakończenia udziału w PPZ

W przypadku świadczeniobiorców, u których nie występuje wskazanie do realizacji wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych lub w szkoleniu w zakładzie pracy.

W przypadku świadczeniobiorców zakwalifikowanych do wizyty diagnostyczno-terapeutycznej, udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem procesu diagnostycznego przez lekarza.

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- ✓ zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- ✓ zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdemu z uczestników należy przekazać zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

Nadrzędnym celem koordynacji opieki chorego z nowotworem głowy i szyi jest przekazywanie pełnych informacji od lekarza rodzinnego do ośrodka specjalistycznego i z powrotem. Cały program od profilaktyki po zakończenie leczenia winien się charakteryzować transparentnością i dostępnością informacji na każdym etapie leczenia.

IV. Organizacja PPZ

IV.1 Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów

Działania organizacyjne:

- ✓ przygotowanie informacji o realizacji Programu na stronach internetowych Organizatora i Realizatora,
- ✓ opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu,
- ✓ opracowanie przez Realizatora materiałów edukacyjno - informacyjnych: ulotka, plakat, broszurka na tematy zgodne z założeniami Programu,
- ✓ przygotowanie i prowadzenie dokumentacji Programu,
- ✓ przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań informacyjno-edukacyjnych, szkoleń w zakładach pracy, lekarskiej wizyty diagnostyczno-terapeutycznej oraz pogłębionej diagnostyki.
- ✓ bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport roczny).

Działania monitorujące:

- ✓ bieżące monitorowanie jakości oraz zgłaszalności

Działania ewaluacyjne:

- ✓ analiza wartości mierników efektywności

Działania sprawozdawcze

- ✓ przygotowanie sprawozdania końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

I. Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizator, z którym Województwo podpisze umowę, zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert. Może nim zostać podmiot leczniczy zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności, wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Badania prowadzone będą w gabinecie/gabinetach wskazanych przez realizatora.

Podmiot realizujący badania i profilaktykę z zakresu nowotworów głowy i szyi będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej, a także do zbierania pre-testów, post-testów oraz ankiet satysfakcji uczestników. Realizator będzie przekazywał organizatorowi raporty i sprawozdania po danym okresie realizacji programu: okresowe, roczne i końcowe.

Działania prowadzone będą na terenie województwa wielkopolskiego w miejscu/miejscach wskazanych przez realizatora/realizatorów.

Na podstawie szacunkowych danych liczbowych osób, które potencjalnie mogą wziąć udział w poszczególnych etapach programu, zostaną zabezpieczone wymagane materiały, sprzęt i pomieszczenia z uwzględnieniem charakteru danej interwencji.

Realizator/realizatorzy powinni dysponować kadrą, pomieszczeniami i wyposażeniem niezbędnymi do prowadzenia interwencji zaplanowanych w programie; są też zobowiązani do posiadania zasobów niezbędnych do realizacji powierzonego zadania zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Od realizatora/realizatorów będzie wymagane posiadanie polisy OC i NNW na czas i zakres realizacji zadań w ramach programu zdrowotnego, gwarantujące zabezpieczenie roszczeń wynikających ze zdarzeń medycznych.

Wszystkie procedury diagnostyczne i terapeutyczne będą przeprowadzane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z zachowaniem warunków sanitarnych wynikających z przepisów prawa. Dokumentacja medyczna powstająca w związku z realizowaniem programu będzie prowadzona i przechowywana zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych²².

Działania informacyjno-edukacyjne dotyczące tematyki programu realizowane będą przez osoby uprawnione do udzielania świadczeń lub legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do prowadzenia działań w określonym zakresie. Wymagane jest, aby osoby prowadzące działania informacyjno-edukacyjne, miały przygotowanie merytoryczne. Tematyka działań winna być dostosowana do potrzeb i rodzaju grupy odbiorców. Szczególnie istotna jest kwestia dopasowania przekazu do wieku i ogólnej wiedzy odbiorcy.

Realizator jest także zobowiązany do posiadania zasobów technicznych niezbędnych do realizacji działań informacyjno-edukacyjnych tj. sprzętu pomocniczego, zgodnie z potrzebami realizacji zadania.

Podmioty realizujące program będą dysponowały kadrą odpowiednią do udzielanych świadczeń w zakresie działań diagnostycznych .

V. Sposób monitorowania i ewaluacji PPZ

V.1 Monitorowanie

Ocena zgłaszalności do Programu:

- ✓ prowadzenie komputerowej bazy osób korzystających z Programu,
- ✓ prowadzenie dokumentacji związanej z realizacją Programu.

Ocena jakości realizacji Programu:

- ✓ pre-test i post-test (załącznik 1 i 2),
- ✓ składanie sprawozdań okresowych (załącznik nr 4) i końcowego (załącznik nr 5) przez Realizatorów,
- ✓ ankiety badające oczekiwania i satysfakcję pacjentów oraz oceniające jakość i poziom wiedzy przed i po zakończeniu programu (załączniki nr 3).

Ocena efektywności Programu

Dokonana zostanie na podstawie następujących wskaźników:

- ✓ liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- ✓ liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- ✓ liczba zakładów pracy, w których zostały przeprowadzone szkolenia;
- ✓ liczba pracodawców, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy;
- ✓ liczba pracowników, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy;
- ✓ liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym;
- ✓ liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej;
- ✓ liczba świadczeniobiorców poddanych pogłębionej diagnostyce;
- ✓ liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów;

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r., op. cit.

- ✓ liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

V.2 Ewaluacja

Ewaluacja Programu będzie opierała się na porównaniu wartości mierników efektywności i wskaźników przed i po realizacji Programu, a o wadze osiągniętych efektów stanowić będzie zmiana w zakresie tych wartości.

Badania ewaluacyjne będą identyfikować czynniki, które przyczyniły się do sukcesu lub niepowodzenia.

Do oceny efektywności programu jest zobowiązany organizator programu na podstawie informacji, danych, raportów i sprawozdań przygotowanych przez realizatora.

W ramach ewaluacji dokonana będzie ocena efektywności programu oraz trwałości jego rezultatów.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze województwa wielkopolskiego wyrażonej w :

- ✓ liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- ✓ liczbie osób uczestniczących w szkoleniach w zakładach pracy, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- ✓ liczbie świadczeniobiorców biorących udział w działaniach informacyjno-edukacyjnych, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu),
- ✓ liczbie świadczeniobiorców, którzy zostali skierowani na pogłębioną diagnostykę;
- ✓ odsetku osób, u których doszło do zdiagnozowania nowotworu głowy lub szyi podczas wizyty diagnostyczno-terapeutycznej.

VI. Budżet

VI.1 Koszty jednostkowe

lp.	Działanie	Liczba	Koszt jednostkowy	Suma kosztów jednostkowych
Koszty pośrednie				
1	Koszty personelu zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie projektu lub prowadzenie innych działań administracyjnych i obsługowych.	10% kosztów bezpośrednich pomniejszone o pkt. 2 211 040,00		
2	Działania informacyjno-promocyjne projektu (np. przygotowanie materiałów promocyjnych i informacyjnych, zakup ogłoszeń prasowych, plakaty, ulotki, itp.). Koszty materiałów promocyjnych dotyczących programu:			
	a. ulotka informacyjna o programie	5000	5,00	25 000,00
	b. plakat informacyjny o programie	100	20,00	2 000,00
Koszty bezpośrednie				
1	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń dla personelu medycznego	80	250,00	20 000,00
2	Koszt przygotowania i przeprowadzenia działań	5000	50,00	250 000,00

	informacyjno-edukacyjnych dla świadczeniobiorców, w tym przygotowania materiałów edukacyjnych. Koszty materiałów edukacyjnych: a. ulotka dla pacjenta b. broszura informacyjna dla pacjenta	5000 5000	5,00 15,00	25 000,00 75 000,00
3	Koszt przygotowania i przeprowadzenia szkoleń w zakładach pracy.	80	250,00	20 000,00
4	Koszt realizacji lekarskich wizyt diagnostyczno-terapeutycznych	5000	310,00	1 550 000,00
5	Koszt pogłębionej diagnostyki - druga wizyta diagnostyczno-terapeutyczna.	1000	200,00	200 000,00
Badania z zakresu pogłębionej diagnostyki				
	a. biopsja	100	400,00	40 000,00
	a. wycinek+badanie histopatologiczne	130	380,00	49 400,00
	b. badanie na obecność HPV16	100	340,00	34 000,00
	c. badanie USG	500	180,00	90 000,00

VI.2 Koszty całkowite

Suma kosztów bezpośrednich i pośrednich w całym okresie trwania projektu

tj. w latach 2024-2027 wynosi 2 642 098,00 złotych tj.:

- w 2024 roku – 250 000,00 zł,
- w 2025 roku – 797 366,00 zł,
- w 2026 roku – 797 366,00 zł,
- w 2027 roku – 797 366,00 zł.

VI.3 Źródła finansowania

Program finansowany jest z budżetu Województwa Wielkopolskiego.

VII. Załączniki do programu

Pre- test dla uczestników szkolenia w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Proszę o wskazanie jednej prawidłowej odpowiedzi

1. Czynniki ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi to:

- A. Alkohol
- B. Nikotyna
- C. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- D. Brak higieny jamy ustnej, próchnica zębów
- E. Wszystkie wymienione powyżej

2. Nowotwory głowy i szyi to nowotwory zlokalizowane w obrębie w/w narządów oprócz:

- A. Mózgu
- B. Jamy ustnej
- C. Tarczycy
- D. Krtani
- E. Gardła

3. Jednymi z objawów klinicznych nowotworów głowy i szyi są:

- A. Chrypka
- B. Krwawienie z jamy nosowej
- C. Ból podczas połykania
- D. Duszność
- E. Wszystkie powyżej wymienione

4. Do lekarza specjalisty należy się pilnie zgłosić , jeżeli objawy chorobowe w regionie głowy i szyi pomimo leczenia p/zapalnego trwają dłużej niż :

- A. 6 tygodni
- B. 8 tygodni
- C. 10 tygodni
- D. 12 tygodni
- E. 3 tygodnie

5. Pacjent stwierdzając niepokojące objawy w obrębie głowy i szyi powinien zgłosić się do lekarza specjalisty :

- A. Neurologa
- B. Chirurga
- C. Internisty
- D. Otorynolaryngologa
- E. Okulisty

Post- test dla uczestników szkolenia w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i

Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Proszę o wskazanie jednej prawidłowej odpowiedzi

1. Który z poniższych objawów nie należy do najczęstszych objawów nowotwór głowy i szyi:

- A. Guz na szyi
- B. Chrypka
- C. Trudności podczas połykania
- D. Owrzodzenie w jamie ustnej
- E. Ból brzucha, wymioty

2. Czynniki ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi to:

- A. Alkohol
- B. Nikotyna
- C. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- D. Brak higieny jamy ustnej, próchnica zębów
- E. Wszystkie wymienione powyżej

3. Rozpoznanie nowotworu głowy i szyi w I i II stopniu zaawansowania zwiększa szansę na wyleczenie o:

- A. 100-90%
- B. 70- 50%
- C. 50%
- D. 40 %
- E. 30%

4. Późne zgłaszanie się pacjentów z podejrzeniem nowotworu w obrębie głowy i szyi do lekarza specjalisty otorynolaryngologa jest spowodowane:

- A. Brak świadomości dotyczącej choroby
- B. Lekceważenie objawów chorobowych
- C. Strach i obawa przed diagnozą
- D. Długie terminy oczekiwania na wizytę u specjalisty
- E. Wszystkie wyżej wymienione odpowiedzi są prawidłowe

5. Do lekarza specjalisty należy się pilnie zgłosić , jeżeli objawy chorobowe w regionie głowy i szyi pomimo leczenia p/zapalnego trwają dłużej niż :

- A. 6 tygodni
- B. 8 tygodni
- C. 10 tygodni
- D. 12 tygodni
- E. 3 tygodnie

Anonimowa ankieta badająca oczekiwania i satysfakcję pacjenta uczestniczącego w badaniach w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Proszę ocenić jakość badania wg wymienionych poniżej kryteriów zakreślając wybrane odpowiedzi

I. Jak ocenia Pan(i) badanie w ramach Programu Profilaktyki NGiSz?

Kategoria oceny	Ocena ogólna badania	Bardzo wysoko	Wysoko	Przeciętnie	Nisko*	Bardzo nisko*
1.1	Spełnienie Pana(i) oczekiwań	5	4	3	2	1
1.2	Przydatność zdobytych informacji medycznych pod względem podnoszenia wiedzy i świadomości na temat nowotworów głowy i szyi	5	4	3	2	1
1.3	Jak Pan (i) ocenia całość programu	5	4	3	2	1
* Należy uzasadnić ocenę						

II. Jak ocenia Pan(i) sposób rejestracji do Programu Profilaktyki NGiSz?

Kategoria oceny	Ocena rejestracji i informacji	Bardzo wysoko	Wysoko	Przeciętnie	Nisko*	Bardzo nisko*
2.1	Jak Pan(i) ocenia szybkość załatwienia formalności?	5	4	3	2	1
2.2	Jak Pan(i) ocenia jakość otrzymanych informacji?	5	4	3	2	1
2.3	Jak Pan(i) ocenia dostępność rejestracji telefonicznej?	5	4	3	2	1
* Należy uzasadnić ocenę						

III. Jak ocenia Pan(i) badanie lekarskie przeprowadzone w ramach Programu Profilaktyki NGiSz ?

Kategoria oceny	Ocena pracy lekarskiej	Bardzo wysoko	Wysoko	Przeciętnie	Nisko*	Bardzo nisko*
3.1	Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i życzliwość lekarza?	5	4	3	2	1
3.2	Jak Pan(i) ocenia zainteresowanie pacjentem oraz przygotowanie do badania otolaryngologicznego	5	4	3	2	1
3.3	Jak Pan(i) ocenia przeprowadzenie badania otolaryngologicznego w ramach programu	5	4	3	2	1
* Należy uzasadnić ocenę						

IV. Jak ocenia Pan(i) opiekę pielęgniarską podczas badania w ramach Programu Profilaktyki NGiSz?

Kategoria oceny	Ocena opieki pielęgniarskiej	Bardzo wysoko	Wysoko	Przeciętnie	Nisko*	Bardzo nisko*
4.1	Jak Pan(i) ocenia uprzejmość i życzliwość pielęgniarek/-rzy	5	4	3	2	1
4.2	Jak Pan(i) ocenia staranność wykonywania zabiegów przez pielęgniarek/-rzy	5	4	3	2	1
4.3	Jak Pan(i) ocenia informacje uzyskane od pielęgniarek/-rzy na temat przygotowania się do badań?	5	4	3	2	1
* Należy uzasadnić ocenę						

V. Ocena warunków panujących w przychodni / poradni podczas przeprowadzania badań w ramach Programu Profilaktyki NGISz

Kategoria oceny	Ocena warunków panujące w przychodni / poradni	Bardzo wysoko	Wysoko	Przeciętnie	Nisko*	Bardzo nisko*
5.1	Jak Pan(i) ocenia wyposażenie w poczekalni (wystarczająca ilość krzeseł)?	5	4	3	2	1
5.2	Jak Pan(i) ocenia oznakowanie gabinetów?	5	4	3	2	1
5.3	Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan uczestnictwo Programie swoim bliskim?	5	4	3	2	1
* Należy uzasadnić ocenę						

VI. Metryczka dla pacjenta (zaznaczyć właściwe)

Płeć: Kobieta	
Mężczyzna	
Wiek:	
Poniżej 40 lat	
40 -45lat	
45 -50 lat	
50-55 lat	
55-65lat	
powyżej 65 lat	
praca zawodowa	
wykształcenie	
rencista/emeryt	
bezrobotny	
inne	

Dziękujemy za poświęcony czas na wypełnienie ankiety

Wzór sprawozdania okresowego z realizacji Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
2.	Liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
3.	Liczba zakładów pracy, w których zostały przeprowadzone szkolenia	
4.	Liczba pracodawców, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy	
5.	Liczba pracowników, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy	
6.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym	
7.	Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej	
8.	Liczba świadczeniobiorców poddanych pogłębionej diagnostyce	
9.	Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów	
10.	Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Wzór sprawozdania rocznego/końcowego z realizacji Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Sprawozdanie z osiągnięcia mierników programu

Lp.	Nazwa miernika	Wartość miernika
1.	Odsetek osób (świadczeniobiorcy + personel medyczny), u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.	
2.	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.	
3.	Odsetek świadczeniobiorców, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-testy	
4.	Odsetek osób we włączonych do programu zakładach pracy, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich świadczeniobiorców, którzy wypełnili pre-test.	
5.	Liczba osób, u których stwierdzono wysokie prawdopodobieństwo obecności nowotworu głowy i szyi i które zostały skierowane na pogłębioną diagnostykę w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w PPZ oraz w odniesieniu do lat poprzednich	
6.	Liczba osób, u których stwierdzono nowotwory głowy i szyi w okresie trwania programu w odniesieniu do wszystkich osób, które wzięły udział w PPZ oraz w odniesieniu do lat poprzednich	

Sprawozdanie z realizacji Programu

Lp.	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika
1.	Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
2.	Liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej	
3.	Liczba zakładów pracy, w których zostały przeprowadzone szkolenia	
4.	Liczba pracodawców, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy	
5.	Liczba pracowników, którzy zostali przeszkoleni w każdym z zakładów pracy	

6.	Liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom informacyjno-edukacyjnym	
7.	Liczba świadczeniobiorców, którzy wzięli udział w wizycie diagnostyczno-terapeutycznej	
8.	Liczba świadczeniobiorców poddanych pogłębionej diagnostyce	
9.	Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem powodów	
10.	Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	

Uwagi:

.....

.....

.....

.....

.....

Część opisowa sprawozdania (m. in. wskazanie osiągnięcia celów programu, wskazanie problemów związanych z realizacją programu – jeżeli wystąpiły, analiza wyników ankiet satysfakcji)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data i podpis osoby sporządzającej sprawozdanie

Wzór świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania dla uczestników Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że w chwili aplikowania do „Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego” (zwanego dalej „programem”), mieszkam na terenie województwa wielkopolskiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego.

Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu*.

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące udziału w programie oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam(em) poinformowana(y), o tym, że program finansowany jest ze środków Województwa Wielkopolskiego.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych i nie uczestniczyłam(em) w tego typu programie w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 24 miesięcy nie miałam(em) wykonanego badania densytometrycznego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadom faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Oświadczam, że otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

* Miejsce zamieszkania - należy przez to rozumieć, zgodnie z normą Kodeksu cywilnego (art. 25 KC) miejscowość, w której wnioskodawca przebywa z zamiarem stałego pobytu, będącą ośrodkiem życia codziennego wnioskodawcy, w którym skoncentrowane są jego plany życiowe (cechy ośrodka osobistych i majątkowych interesów); o miejscu zamieszkania nie decyduje jedynie fakt przebywania w określonym mieście, ale również zamiar stałego pobytu i chęć skoncentrowania swoich interesów życiowych w danym miejscu; można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.

** Niepotrzebne skreślić.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w ramach realizacji „Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”

.....
Imię i Nazwisko:

.....
Pesel:

.....
Adres zamieszkania:

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie realizacji programu pn. „Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”.

Jednocześnie potwierdzam, że zapoznałem się z informacją nt. przetwarzania danych osobowych obowiązujących w

(nazwa realizatora Programu)

Administratorem danych osobowych jest

(nazwa realizatora Programu)

.....
Miejscowość, data złożenia podpisu

.....
Podpis Imię i nazwisko

Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w Programie Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Rezygnacja z dalszego udziału w „Programie Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja, niżej podpisana(y) oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w „Programie Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi dla mieszkańców województwa wielkopolskiego”.

Powodem mojej rezygnacji jest*:

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

.....
Miejscowość, data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia**

*Wskazanie powodu rezygnacji nie jest obowiązkowe

** Niepotrzebne skreślić