

**UCHWAŁA NR XLIX/575/2022
RADY MIEJSKIEJ W TOSZKU**

z dnia 30 listopada 2022 r.

w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia” w okresie realizacji obejmującym lata 2023-2024

Działając na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 oraz art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 559 z późn. zm.) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1, art. 48 ust. 1, ust. 3 pkt 2, ust. 4-5, art. 48a ust. 2 i ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), po uzyskaniu pozytywnej opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, na wniosek Burmistrza Toszka

**Rada Miejska w Toszku
uchwala, co następuje:**

§ 1. Przyjmuje się do realizacji „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia”, w okresie realizacji obejmującym lata 2023-2024, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Toszka.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Miejskiej w Toszku

Tadeusz Kobiernik

A K C E P T U J Ę

Burmistrz Toszka

29.08.2022 r. dr inż. Grzegorz Kupczyk

data, imię, nazwisko, stanowisko służbowe osoby zatwierdzającej PPZ

Załącznik do uchwały Nr XLIX/575/2022

Rady Miejskiej w Toszku

z dnia 30 listopada 2022 r.

GMINA TOSZEK



Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia

OKRES REALIZACJI: lata 2023 – 2024

**Programu polityki zdrowotnej został opracowany
na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
(t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)**

Dotychczas w Gminie Toszek nie był realizowany program polityki zdrowotnej
w zakresie profilaktyki nowotworowej wykrywania raka piersi u kobiet,
w latach 2019-2022 realizowany jest program profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego
dla mężczyzn w wieku 50-69 lat

**Autor Programu: Urząd Miejski w Toszku
Referat Organizacyjny**

Toszek, rok opracowania Programu: 2022



SPIS TREŚCI

Rozdział 1 Opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
§ 1. Problem zdrowotny	4
§ 2. Epidemiologia.....	15
§ 3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu	20
§ 4. Obecne postępowanie	24
§ 5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu	27
Rozdział 2 Cele Programu	30
§ 1. Cel główny Programu	30
§ 2. Cele szczegółowe:	31
§ 3. Oczekiwane efekty:.....	32
§ 4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu	32
Rozdział 3 Adresaci Programu	33
§ 1. Adresaci Programu – populacja docelowa.....	33
§ 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu	33
§ 3. Tryb zapraszania do Programu	33
Rozdział 4 Organizacja Programu	37
§ 1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	37
§ 2. Planowane interwencje	39
§ 3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników:.....	40
§ 4. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu	40
§ 5. Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	40
§ 6. Spójność merytoryczna i organizacyjna	41
§ 7. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu, jeżeli istnieją wskazania	41
§ 8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji	41
§ 10. Dowody skuteczności planowanych działań.....	43
Rozdział 5 Koszty.....	44
§ 1. Koszty jednostkowe.....	44
§ 2. Planowane koszty całkowite	47
§ 3. Źródła finansowania, partnerstwo	47
§ 4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	47



Rozdział 6 Monitoring i ewaluacja.....	48
§ 1. Ocena zgłaszalności do Programu.....	48
§ 2. Ocena jakości świadczeń w Programie.....	48
§ 3. Ocena efektywności Programu	48
§ 4. Ocena trwałości efektów Programu	49
Załącznik nr 1 do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek - wyrażenie zgody....	50
Załącznik nr 2 do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek - Ankieta kwalifikująca do udziału w Programie	52
Załącznik nr 3 do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek - Testy wiedzy: Co wiesz o raku piersi? - quiz do wypełnienia PRZED szkoleniem i PO	55
Załącznik nr 4 do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek - Ankieta satysfakcji uczestnika Programu	61



Rozdział 1

Opis problemu zdrowotnego

§ 1. Problem zdrowotny

1. Choroby nowotworowe stale towarzyszą ludzkiej populacji – pierwsze wzmianki o zachorowaniach ludzi pochodzą sprzed ponad 3000 lat p.n.e., a opisy wskazujące na guzy piersi znajdują się w Kodeksie Hammurabiego (1950 r. p.n.e.), czy w papirusie George’a Ebsa (ok. 1660 r. p.n.e.)¹. Współcześnie problem chorób nowotworowych jest wyzwaniem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym na całym świecie, bez względu na zamożność kraju².

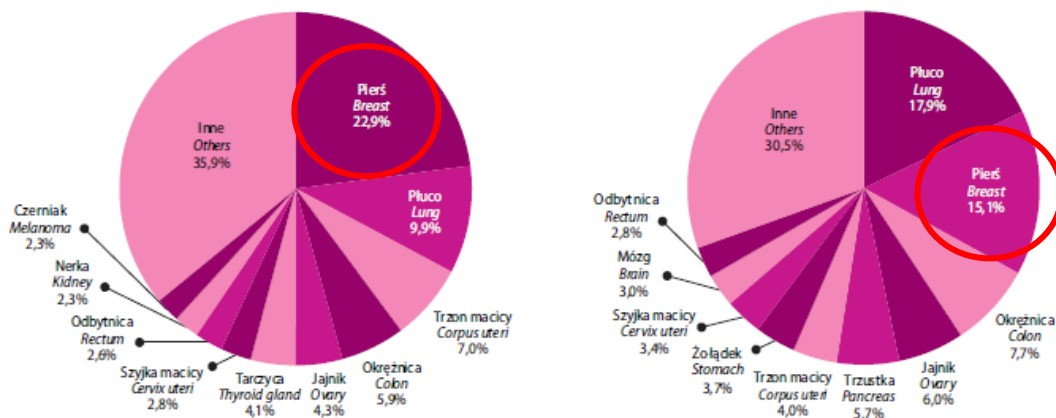
2. Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa. Skalę tego problemu odzwierciedla liczba nowych zachorowań (167,5 tys.), zgonów (101,4 tys.) i ponad 1,17 mln osób żyjących z chorobą nowotworową w końcu drugiej dekady XXI wieku³.

3. W 2019 roku Krajowy Rejestr Nowotworów otrzymał informację o 85.559 pierwszorazowych zgłoszeniach nowotworów złośliwych u mężczyzn (tj. o 1.989 więcej niż w roku 2018) i 85.659 u kobiet (tj. o 1.783 więcej niż w roku 2018) - łącznie 171.218 nowych zachorowań (tj. o 3.772 więcej niż w roku 2018). Standaryzowane współczynniki zachorowalności ogółem (ESP2013) w 2019 roku wynosiły 564/105 u mężczyzn i 413/105 u kobiet⁴.

4. W 2019 roku wystawiono w Polsce 100.324 aktów zgonu z powodu nowotworów złośliwych, z czego 54.370 dla mężczyzn i 45.954 dla kobiet. Standaryzowane współczynniki umieralności (ESP2013) ogółem w 2019 roku osiągnęły poziom 383/10 u mężczyzn i 219/10 u kobiet. Na każde 100 tys. osób polskiej populacji przypadają 282 zgony z powodu nowotworów złośliwych⁵.

Rysunek 1

Struktura zachorowań kobiet w Polsce w 2019 r. (po lewej)
i struktura zgonów kobiet w Polsce w 2019 r. (po prawej)



źródło Didkowska J., Wojciechowska U., Michałek I., Olasek P., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku

¹ Berner J. Rak piersi od starożytności do współczesności. NOWOTWORY, Journal of Oncology 2012, 62 (1), 42-28

² Wojtyński B., Goryński P. (red.), Sytuacja Zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania 2020, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020

³ Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Caetano dos Santos F., Michałek I., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Cancer in Poland in 2019, Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2021

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem



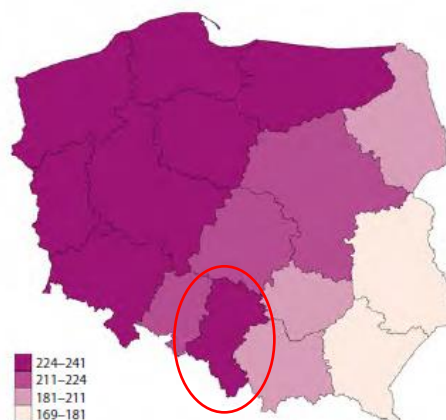
5. Struktura zachorowań kobiet na nowotowory złośliwe w poszczególnych województwach powiela w/w wzorec we wszystkich województwach pierwsze miejsce zajmuje nowotwór złośliwy piersi (od 19% w województwie podkarpackim do 27% w województwie mazowieckim). Z kolei pod względem umieralności pierwsze miejsce stanowi nowotwór płuc, rak piersi stanowi drugą najczęstszą przyczynę zgonu.

Rysunek 2

Rozkład geograficzny umieralności na nowotowory
złośliwe ogółem u kobiet w Polsce w 2019 r.

źródło

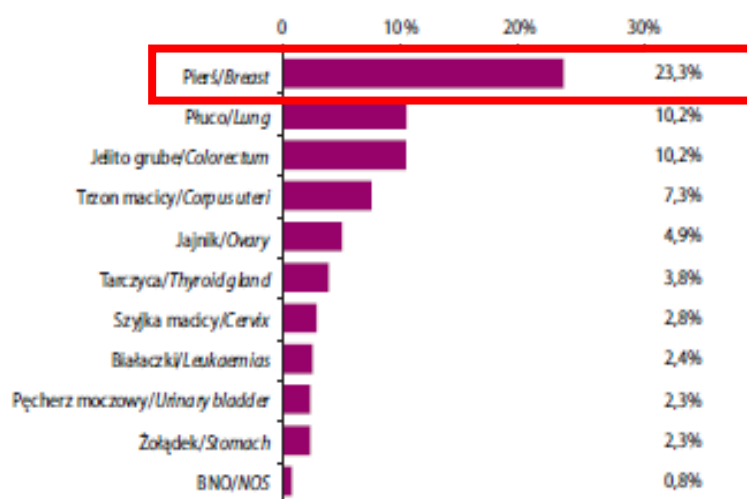
Didkowska J., Wojciechowska U., Michalek I., Olasek P., Nowotowory
złośliwe w Polsce w 2019 roku



6. Zgodnie z danymi statystycznymi (przedstawionymi w szczególności na rysunku nr 1) rak piersi jest najczęściej diagnozowaną chorobą nowotworową (22,9%) i drugą nowotworową przyczyną śmierci wśród polskich kobiet (15,1%)⁶. Sytuacja w województwie śląskim przedstawia się podobnie, procentowy wskaźnik zachorowań kobiet na nowotwór złośliwy piersi przekracza jednak ogólnopolską średnią – wynosi on 23,3%, zgony z powodu raka piersi – 15,6%, co zostało zobrazowane na poniższych wykresach (rysunek 3 i 4)⁷.

Rysunek 3

Struktura zachorowań kobiet - mieszanek województwa śląskiego w 2019 r. na nowotowory złośliwe



źródło: Wojciechowska U., Didkowska J., Michalek I., Olasek P., Ciuba A., Nowotowory złośliwe w Polsce w 2019 roku

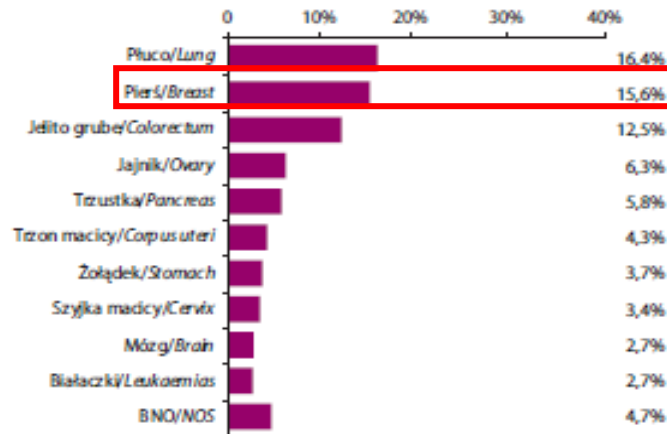
⁶ Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/nawotwory-piersi-kobiet/> (dalej: „KRN”) [dostęp: 17 maja 2022 r.]

⁷ Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Caetano dos Santos F., Michalek I., Nowotowory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Cancer in Poland in 2019, Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2021



Rysunek 4

Struktura zgonów mieszkank województwa śląskiego w 2019 r. na nowotwory złośliwe



źródło: Wojciechowska U., Didkowska J., Michalek I., Olasek P., Ciuba A., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku

7. Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego – potocznie nazywany rakiem piersi jest groźnym nowotworem wywodzącym się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, który początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych oraz narządów odległych (w szczególności płuc, wątroby, kości i mózgu)⁸.

8. Rak piersi to ogromny problem zdrowotny nie tylko w Polsce, ale na całym świecie. Szacuje się, że rocznie raka piersi rozpoznaje się u 1,5 miliona kobiet na całym świecie, a około 400 tysięcy umiera z tego powodu – jest to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród mieszkank krajów wysoko cywilizowanych, takich jak: USA, Kanada, Australia czy kraje Europy Zachodniej. Najmniej zachorowań na raka piersi notuje się w południowej Azji i Afryce. Rak piersi, który należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet, u mężczyzn występuje rzadko – na sto stwierdzonych zachorowań na raka piersi tylko jedno odnotowuje się u mężczyzn⁹.

9. Nowotwory piersi są największym problemem onkologicznym w krajach rozwiniętych, oraz rozwijających się. W krajach rozwiniętych występuje połowa zachorowań, natomiast większość zgonów notuje się w krajach słabiej rozwiniętych (60%).

10. Rak piersi to ogromny problem nie tylko Polski, ale także pozostałych krajów europejskich. Rak sutka jest najczęstszą przyczyną zgonów kobiet w Europie (około 16%). Zgodnie z raportem Health Glance 2016 średni współczynnik zapadalności na nowotwory piersi w krajach Unii Europejskiej wynosi 74/100 tys. kobiet.

11. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe (ogółem) na świecie w 2018 roku została oszacowana przez międzynarodowy zespół ekspertów na 18 milionów¹⁰, z czego ponad 1/5 przypada na Europę. Najczęściej diagnozowanym nowotworem mężczyzn w Europie jest rak gruczołu krokowego (23,2%), kobiet – rak piersi (28,7%)¹¹.

⁸ Piersi u kobiet, <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/> [dostęp: 17 maja 2022 r., dalej: „Piersi u kobiet”]

⁹ Piersi u kobiet

¹⁰ Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel RL, Torre LA, Jemal A., Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J. Clin, Published online 12 September 2018 – link: <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21392>, [dostęp: 17 maja 2022 r.]

¹¹ ECIS – European Cancer Information System (dalej: „ECIS”), link: <https://ecis.jrc.europa.eu>, [dostęp: 25 maja 2022 r.]



12. Mimo znacznego rozwoju medycyny i technologii w ostatnich latach, przyczyny rozwoju raka piersi nie są jeszcze do końca znane, ale na podstawie prowadzonych badań udało się już zidentyfikować wiele czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju tego nowotworu, co pozwala oceniać ryzyko jego wystąpienia u poszczególnych osób. Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza automatycznie pewności zachorowania na raka piersi, ale stanowi powód do podjęcia wzmożonych działań profilaktycznych, obejmujących także eliminację lub zmianę niekorzystnych zachowań związanych ze stylem życia.

13. Analogicznie, brak czynników ryzyka zachorowania na raka piersi nie jest gwarancją niewystąpienia tej choroby¹². Morfologicznie nowotwór może być indukowany przez kilka, a nawet kilkanaście czynników kancerogennych. Coraz częściej jednak w ryzyku zachorowania na raka piersi wskazuje się uwarunkowania genetyczne. W Polsce około 10% przypadków raka piersi występuje u kobiet, u których stwierdza się mutacje w obrębie genów.

14. Bardziej szczegółowo czynniki ryzyka zachorowania na raka piersi przedstawia poniższa tabela:

Tabela 1

Czynniki zachorowania na raka piersi

Lp.	Czynnik ryzyka	Opis czynnika ryzyka ¹³
1.	płeć żeńska	rak piersi najczęściej występuje u kobiet - na 100 nowych zachorowań na raka piersi 1 występuje u mężczyzny
2.	wiek 50-69 lat	ryzyko zachorowania wzrasta wraz z wiekiem - większość zachorowań dotyczy kobiet po 50. roku życia (około 80%)
3.	czynniki reproduktywne	- wczesny wiek pierwszej i późny wiek ostatniej miesiączki, czyli czynniki wydłużające narażenie powstającej tkanki gruczołowej piersi na hormony jajnika (estrogeny i progesteron - żeńskie hormony) - im dłuższy czas narażenia, tym większe ryzyko zachorowania; - wiek pierwszej donoszonej ciąży po 35. roku życia. Urodzenie pierwszego dziecka ma wpływ na ostateczne ukształtowanie się nabłonka gruczołu mlekowego, co zmniejsza ryzyko raka piersi
4.	obciążenie genetyczne	- około 5-10% nowotworów piersi ma charakter dziedziczny, pozostałe powstają w wyniku samorzutnych mutacji (przemian genów) w ciągu całego życia; - prawdopodobieństwo zachorowania na raka piersi wśród kobiet wzrasta wraz z liczbą krewnych pierwszego stopnia (matka, siostra, córka) chorych na ten nowotwór, zwłaszcza w młodym wieku. Warto jednak zaznaczyć, że rodzinne występowanie raka piersi dotychczas nie było uważane za jednoznaczne z obciążeniem dziedzicznym, wiązano to raczej z podobnym stylem życia wśród krewnych; - najpewniejszym kryterium dziedzicznego raka piersi jest stwierdzenie mutacji genów supresorowych <i>BRCA1</i> oraz <i>BRCA2</i>. Mutacja tych genów powoduje zespół wysokiej skłonności do dziedzicznego raka piersi. U kobiet z mutacją genów <i>BRCA</i> życiowe ryzyko wystąpienia raka piersi wynosi 85%, a raka jajnika 45%¹⁴ W rodzinach z dziedzicznym rakiem piersi występują również inne nowotwory (rak jajnika, jelita grubego, trzonu macicy, prostaty, trzustki). Innymi genami, których mutacja może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi, są geny: <i>ATP</i>, <i>BRIP1</i>, <i>TP3</i>, <i>CHEK</i> i <i>PTEN</i>

¹² Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., dr Falkiewicz B. *Rak piersi w Polsce - leczenie to inwestycja*: - Sequence HC Partners, Jerzy Gryglewicz - Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2014

¹³ KRN

¹⁴ https://www.onkonet.pl/dp_np_rakpiersi.php#menu21 [dostęp: 12 maja 2022 r.]



Lp.	Czynnik ryzyka	Opis czynnika ryzyka ¹⁵
5.	czynniki hormonalne	– stosowanie antykoncepcji doustnej oraz hormonalnej terapii zastępczej
6.	styl życia	wyniki badań wskazują na związek z nadmiernym spożywaniem tłuszczu oraz nadwagą a wzrostem ryzyka zachorowania na raka piersi. Spożycie alkoholu także zwiększa ryzyko raka piersi i nie zależy od rodzaju alkoholu. Nie wykazano natomiast wpływu palenia papierosów na ryzyko raka piersi
7.	poprzednio leczone nowotwory	innym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka piersi związanym ze stanem zdrowia jest rak piersi w przeszłości, który ponad trzykrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na raka drugiej piersi. Inne nowotwory w wywiadzie zwiększające ryzyko zachorowania na raka piersi to rak jajnika i rak trzonu macicy

źródło: opracowanie własne na podstawie <http://onkologia.org.pl/rak-piersi-kobiet/>

15. Warto jednak podkreślić, iż w większości przypadków, przyczyna zachorowania na raka piersi jest nieznana lub trudna do zidentyfikowania. Jedynie u blisko 25% kobiet występują znane czynniki ryzyka.

16. Czynnikiem, który w istotny sposób wpływa na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium jego rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa i szacuje się, że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95%¹⁶.

17. Randomizowane badania kliniczne wykazały, że w grupie kobiet w wieku 50-69 lat, które miały wykonywane badania mammograficzne co rok lub co 2 lata, nastąpiło zmniejszenie umieralności z powodu raka piersi o 25-30%. American College of Preventive Medicine rekomenduje wykonywanie mammografii w 2 projekcjach, tj.:

- 1) co dwa lata u kobiet w wieku 50-69 lat z grupy niskiego ryzyka,
- 2) co rok u kobiet w wieku 50-69 lat z grupy wysokiego ryzyka.

18. Po 50. roku życia występuje 80% zachorowań na raka piersi, przy czym prawie 50% z nich diagnozuje się między 50. a 69. rokiem życia (tabela 1). Ryzyko zachorowania na raka piersi wzrasta z wiekiem aż do połowy siódmej dekady życia (ponad 200/105), po czym zmniejsza się.

19. Zgodnie z wytycznymi klinicznymi populację docelową działań profilaktycznych ukierunkowanych w głównej mierze na badania przesiewowe stanowią kobiety w grupie 50-69 lat¹⁷. Jest to grupa objęta Narodowym Programem Profilaktyki Raka Piersi realizowanym bezpośrednio przez Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁸.

¹⁵ KRN

¹⁶ <http://www.echirurgia.pl/sutek/mammografia.htm> [dostęp: 20 maja 2022 r.]

¹⁷ np. PTOK 2020, ECIB 2020, ESMO 2019, ACP 2018, RACGP 2019, SEOM 2014

¹⁸ Program adresowany jest do kobiet w wieku 50-69 lat, które spełniają jedno z poniższych kryteriów: nie miały wykonywanej mammografii w ciągu ostatnich dwóch lat; otrzymały w ramach programu profilaktyki raka piersi pisemne wskazanie do wykonania ponownej mammografii po 12 miesiącach z powodu obciążenia następującymi czynnikami ryzyka: rak piersi wśród członków rodziny (matka, siostra, córka), mutacja w obrębie genów BRCA1 lub BRCA2; nie miały wcześniej stwierdzonej zmiany nowotworowej piersi o charakterze złośliwym



20. Warto jednak zauważyć, że w pozostałych populacjach, w których nie wykonuje się badań profilaktycznych występuje wysoka umieralność z powodu inwazyjnego zaawansowanego raka piersi. Inwazyjny rak piersi wymaga kosztocłonnego leczenia. W zależności od stadium klinicznego zaawansowania jest to leczenie operacyjne (amputacja piersi), radioterapia lub leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia).

21. W USA oraz w krajach Unii Europejskiej uznano, że najskuteczniejszym instrumentem ograniczenia zachorowań i poprawy wyników leczenia nowotworów złośliwych są narodowe programy walki z rakiem. Programy są finansowane ze środków budżetowych państwa, a działania w ramach tych programów oprócz populacyjnych badań przesiewowych obejmują także zakup nowoczesnego sprzętu diagnostyczno-leczniczego oraz działania edukacyjne w odniesieniu do społeczeństwa i kadry medycznej. Uzupełnieniem dla tych działań są programy lokalne finansowane przez jednostki samorządu terytorialnego¹⁹.

22. Rosnąca liczba zachorowań na raka piersi oraz negatywne następstwa choroby upośledzają nie tylko fizyczne i społeczne funkcjonowanie chorych i ich bliskich, ale także ze względu na skalę zachorowań i znaczenie tego nowotworu wpływają negatywnie na ekonomikę systemu ochrony zdrowia i zjawiska gospodarcze w szerszym ujęciu. Dlatego też działania ukierunkowane na zapobieganie i leczenie raka piersi stały się jednym z największych wyzwań w dziedzinie opieki zdrowotnej w skali całego świata.

23. Waga tego problemu społecznego jest ogromna. Wprowadzenie w Polsce w 2006 r. populacyjnego programu badań przesiewowych metodą mammografii jest szansą na poprawę wykrywalności i zmniejszenie umieralności z powodu tego nowotworu. Dotyczy to jednak tylko grupy kobiet w przedziale wiekowym 50-69 lat.

24. Profilaktyka wtórna dla kobiet poza w/w przedziałem wiekowym nie jest prowadzona w sposób dostateczny i racjonalny.

25. Ugruntowana pozycja badań przesiewowych, wiedza na temat innych obszarów profilaktyki, a także poprawiająca się diagnostyka i coraz większa liczba opcji terapeutycznych o rosnącej skuteczności leczenia powodują nieznaczną poprawę sytuacji epidemiologicznej tego nowotworu w krajach z relatywnie niskim poziomem świadomości zdrowotnej, w tym także w Polsce. Jakość profilaktyki, diagnostyki i leczenia, determinują wskaźniki przeżyć chorych na raka piersi i są jedną z miar, których używa się do porównań systemów ochrony zdrowia w różnych regionach. W krajach o wysokiej jakości opieki zdrowotnej rak piersi jest głównie chorobą przewlekłą. W krajach o niskiej jakości przeważnie śmiertelną. W tym zakresie Polki mają nadal istotnie niższe szanse na przeżycie pierwszych 5-ciu lat po zdiagnozowaniu raka piersi niż większość Europejki. Powodem tego jest zbyt późne wykrycie choroby, najczęściej gdy zmiany są już zaawansowane. Wydaje się zatem, że osiągnięcie w Polsce standardów profilaktyki i leczenia raka piersi na poziomie europejskim pozwoli na uzyskanie stosunkowo dużej poprawy efektów zdrowotnych i społecznych, także w porównaniu z innymi obszarami diagnostyki i terapii. Możliwe jest to wówczas gdy podejmowane będą zintensyfikowane działania edukacyjne i profilaktyczne²⁰.

¹⁹ Narodowe programy walki z rakiem na świecie – Polska Unia Onkologii; <http://www.puo.pl/program-walki-z-rakiem/narodowy-program-zwalczania-chorob-nowotworowych/narodowe-programy-walki-z-rakiem-na-swiecie> [dostęp: 17 maja 2022 r.]

²⁰ KRŃ



26. Jednocześnie rak piersi dotyka coraz częściej młodsze kobiety. Rozwija się u kobiet w pełni aktywnych zawodowo, rodzinie i społecznie^{21, 22}. Rozpoznawany jest często w zaawansowanym stadium, kiedy na łagodne formy leczenia może być za późno.

27. Około 25% wszystkich zachorowań na raka piersi występuje u kobiet przed 50. rokiem życia. Warto zatem podejmować i wdrażać programy lokalne, stanowiące uzupełnienie istniejącego systemu ochrony zdrowia w tym zakresie. Szczególnie w sytuacji, gdy jest on niewydolny

pod względem organizacyjnym, co w dużej mierze wpływa na późne zgłaszanie się kobiet do specjalistów – najczęściej, gdy choroba jest już w stadium zaawansowania klinicznego, a leczenie długotrwałe, kosztowne i mniej efektywne^{23,24}.

28. Wśród kobiet w wieku 20-44 lata współczynniki zachorowalności prawie dwukrotnie wyższe niż u mężczyzn w tej samej grupie wiekowej (w 2017 r. był to stosunek: 109/10 vs 53/10)²⁵ i różnica na niekorzyść kobiet powiększa się od początku lat 80-tych. Wśród mężczyzn zachorowalność utrzymuje się na tym samym poziomie niespełna od pół wieku, tymczasem u kobiet zachorowalność nieznacznie wzrastała do końca XX wieku, jednak w ostatniej dekadzie wzrost ten uległ przyspieszeniu²⁶. W latach 2004-2019 współczynnik umieralności kobiet wzrósł o 37%²⁷.

29. W 2015 r. w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobietych oraz Schorzeń Sutka Tommed w Katowicach przeprowadzono aż 200 mastektomii, czyli operacji usunięcia piersi z powodu raka, a 38% z nich nie przekroczyło 40. roku życia.

30. Zachorowalność kobiet w wieku 20-49 w Polsce na raka piersi wzrosła prawie dwukrotnie w ciągu ostatnich 30 lat. Jednocześnie liczba zgonów z powodu raka piersi utrzymuje się na tym samym poziomie, co oznacza, że wzrasta liczba kobiet w Polsce, które żyją i walczą z tą chorobą¹⁴.

31. Jak wskazano w tabeli 1 jednym z czynników zachorowania na raka piersi jest późny wiek pierwszej donoszonej ciąży po 35. roku życia. Styl życia kobiet w Polsce na przestrzeni ostatnich dwóch dekad znacznie się zmienił. Kobiety coraz częściej decydują się na tzw. „późne macierzyństwo”, co zwiększa ryzyko ich zachorowania na nowotwór gruczołu sutkowego.

32. Analizując najnowsze dane statystyczne zamieszczone w *Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego 2030* opracowanej na zlecenie Ministerstwa Zdrowia, można zauważyć, że struktura zapadalności na raka piersi w Polsce we wszystkich województwach wygląda podobnie (największy odsetek chorych kobiet stanowią panie w wieku 54 i więcej lat - 73%), jednak coraz częściej chorują kobiety młode (liczba zachorowań kobiet w wieku 18-54 lata to 27%), co zostało zobrazowane na rysunku nr 5.

²¹ Bojakowska U., Kalinowski P., *Wpływ wybranych cech społeczno-demograficznych na zachowania zdrowotne w zakresie profilaktyki raka piersi w populacji kobiet pracujących z makroregionu lubelskiego* – artykuł dostępny online [dostęp: 17 maja 2022 r.]

²² Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., Falkiewicz B. – Sequence HC - Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja, Uczelnia Łazarskiego, s. 4

²³ KRN

²⁴ https://www.pfm.pl/baza_chorob/choroby-nowotworowe/czy-lagodne-zmiany-piersi-u-mlodych-kobiet-zagrazaja-rakiem/871, [dostęp: 17 maja 2022 r.]

²⁵ ECIS

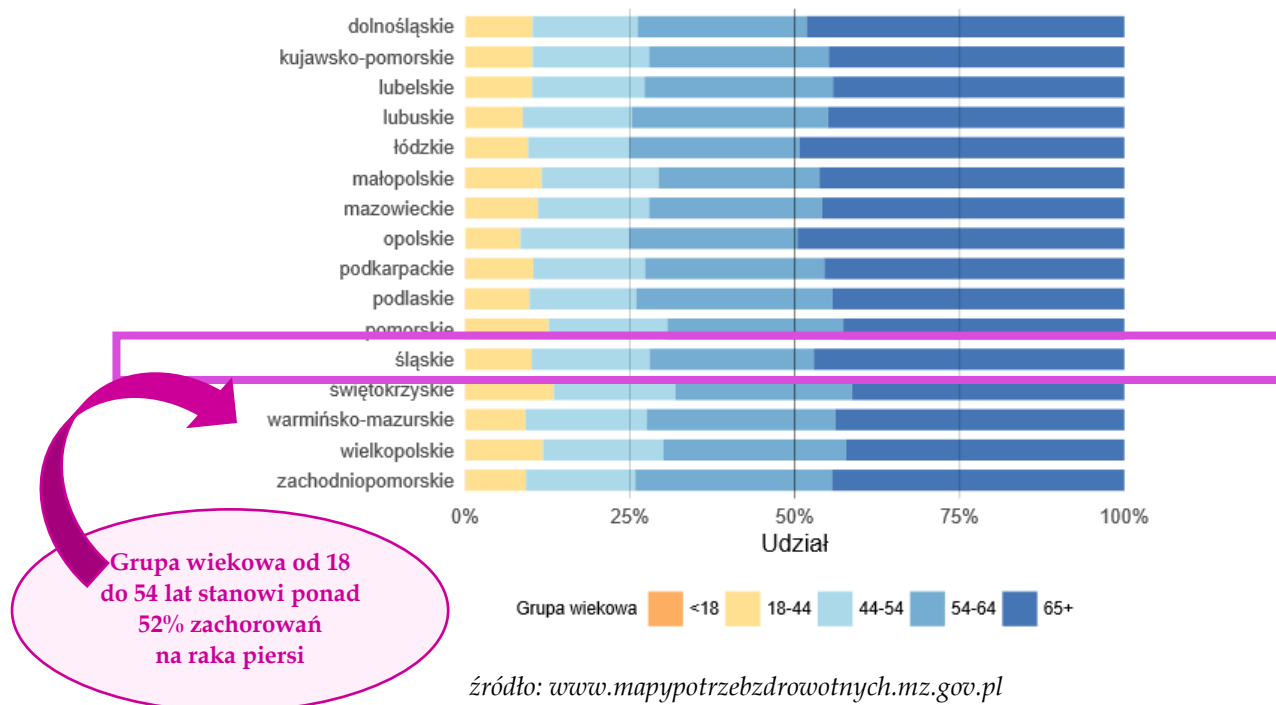
²⁶ Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania 2020

²⁷ Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P., Caetano dos Santos F., Michałek I., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Cancer in Poland in 2019*, Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2021



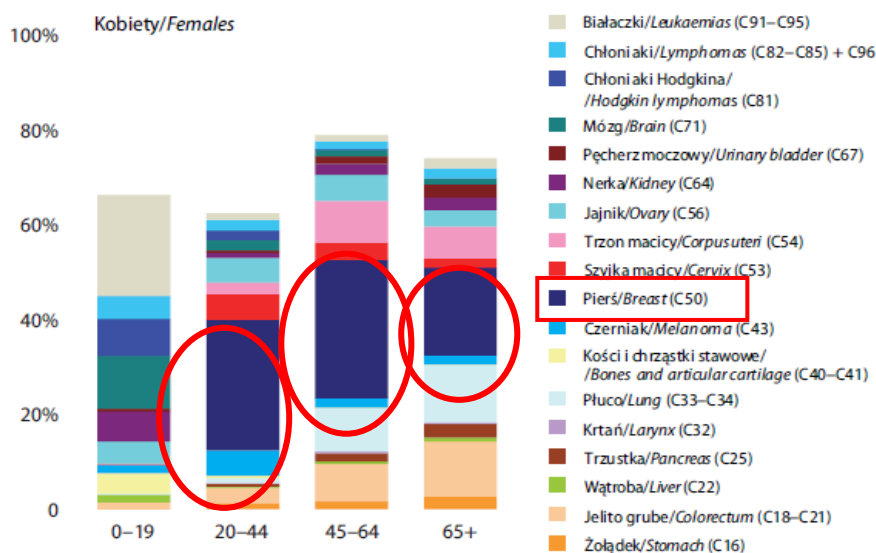
Rysunek 5

Struktura zapadalności na raka piersi w Polsce (w poszczególnych województwach) według wieku



Rysunek 6

Struktura zachorowań w 2019 r. na nowotwory złośliwe według płci i grup wiekowych



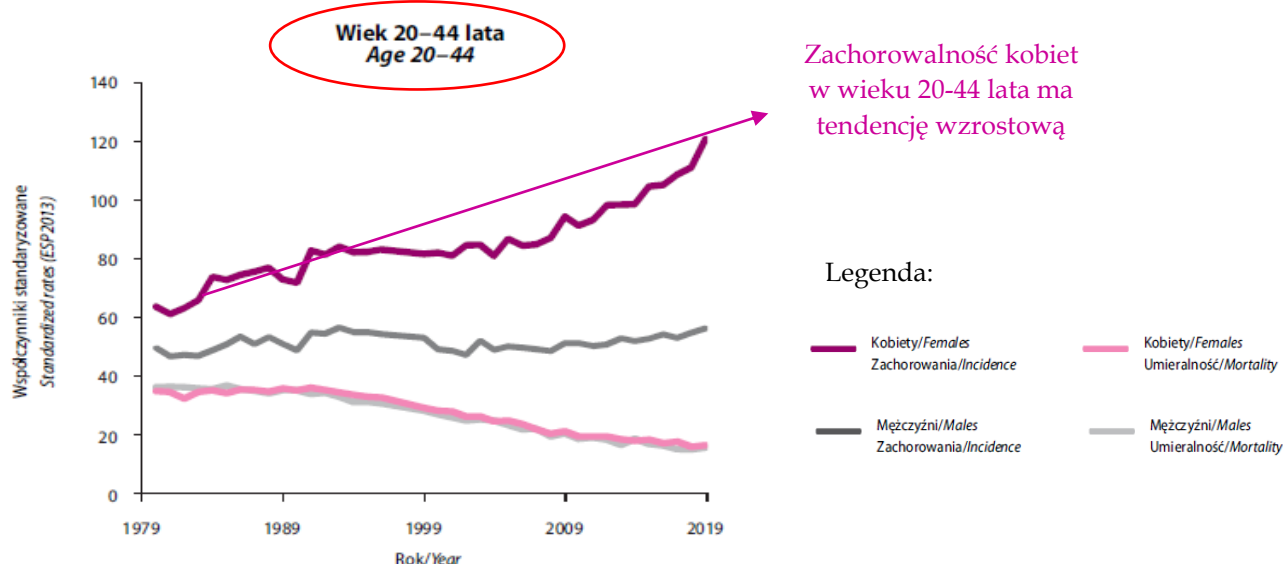
33. Z danych statystycznych wynika, że w populacji młodych kobiet najczęstsze były nowotwory piersi (28% zachorowań, 27% zgonów), szyjki macicy (5% zachorowań, 10% zgonów), jajnika (5% zachorowań, 8% zgonów) i jelita grubego (3% zachorowań, 6% zgonów)²⁸.

²⁸ Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I., Olasek P., Ciuba A., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku



Rysunek 7

*Trendy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe ogółem w Polsce w latach 1980-2019
w grupie wiekowej kobiet 20-44 lata*



źródło: Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I., Olasek P., Ciuba A., Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku

34. Innymi istotnymi aspektami wczesnego wykrywania nowotworu piersi jest wykonanie badania USG, badań fizykalnych oraz samobadania piersi. Pomimo nieudowodnionej naukowo skuteczności prowadzenia tych działań w formie badań przesiewowych są one zalecane przez liczne towarzystwa naukowe (w szczególności przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, The European Society of Breast Cancer Specialist, American Cancer Society)²⁹.

35. Tak naprawdę zarówno USG piersi, jak i mammografia są opisem piersi (*mamma* - z łac. „piers”; *grapho* - z gr. „pisać”). Różnią się tym, że w czasie wykonywania USG wykorzystuje się fale ultradźwiękowe, a podczas mammografii - promieniowanie rentgenowskie. W USG obraz powstaje dzięki temu, że ultradźwięki odbijają się od tkanek. Badanie jest nieszkodliwe dla zdrowia, nie ma przeciwwskazań, również w ciąży. Mimo to powinno być poprzedzone wywiadem lekarskim. Zaletą USG jest fakt, że można oglądać zmianę pod różnymi kątami - USG robi to, czego nie potrafi mammografia, mianowicie odróżnia łagodne torbiele od masy będącej złośliwą zmianą, ale nie wykrywa zwapnień. Jest to badanie zalecane dla kobiet młodszych, które mają w piersiach więcej tkanki gruczołowej. W takiej tkance lepiej się "orientują" właśnie ultradźwięki, a nie promienie rentgenowskie, dlatego u kobiet młodszych zaleca się przeprowadzenie badania USG. Z wiekiem rozrasta się tkanka tłuszczowa, która przekłamuje obraz.

36. Dla kobiet między 25. a 40. rokiem życia zazwyczaj rekomenduje się wykonanie badania USG, z kolei dla kobiet po 50. roku życia zalecana jest mammografia, co do grupy wiekowej kobiet między 40. a 49. rokiem życia panuje spór, które z badań jest lepsze.

²⁹ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 2/2017 z dnia 4 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. *Profilaktyka raka piersi u kobiet mieszkank Wrocławia*



37. Większość odnalezionych zaleceń prowadzenia badań mammograficznych dotyczy kobiet w grupie wiekowej 50-74 lata. Prescire International 2015 stwierdza, że o udziale w w/w badaniach powinny decydować wyłącznie kobiety, po podjęciu wraz z lekarzem świadomego wyboru przeprowadzenia badania. SEOM 2014 wskazuje, że kobiety w wieku 40-49 lat mogą mieć wykonywaną mammografię co dwa lata, jednocześnie CDC1516 wskazuje, że kobiety mające 40-49 lat powinny chociaż skonsultować się z lekarzem lub pracownikiem służby zdrowia w celu oszacowania potrzeby wykonania badania w kierunku raka piersi. Warto zauważyć, że niektórzy eksperci rekomendują coroczne przeprowadzanie badań mammograficznych u kobiet już powyżej 40. roku życia^{30,31}.

38. ASC 2015 wskazuje, że kobiety w wieku 40/45-49 lat powinny mieć wykonywane przynajmniej raz w roku badanie mammograficzne, z kolei IARC 2015 wskazuje, że nie ma wystarczających dowodów na prowadzenie badań przesiewowych za pomocą mammografii we wskazanej grupie wiekowej³².

Rysunek 8

RAK PIERSI

PROFILAKTYKA

KALENDARZ BADAŃ PROFILAKTYCZNYCH

RODZAJ BADANIA	20-30 LAT	30-35 LAT	35-50 LAT	50-65 LAT	ponad 65 LAT
SAMOBADANIE	co miesiąc	co miesiąc	co miesiąc	co miesiąc	co miesiąc
BADANIE U LEKARZA	co rok	co rok	co rok	co rok	co rok
USG PIERSI	po 25 r.ż. co 2 lata	co rok	co rok	co rok	co 2 lata
MAMMOGRAFIA	-	-	co 2 lata po 40 r.ż.	co 2 lata	co 2 lata

*Kalendarz badań profilaktycznych
w ramach profilaktyki raka piersi u kobiet*

źródło:

<https://veritamed.com/aktualnosc/1132/>
Profilaktyka-Rak-Piersi-USG-piersi

39. W związku ze sprzecznymi opiniami ekspertów toszecki samorząd podjął decyzję o wykonywaniu (w ramach niniejszego Programu) badania palpacyjnego piersi kobiet w wieku 45-49 lat, a w przypadku wykrycia jakiś nieprawidłowości pozostawienia w gestii lekarza rozwiązanie problemu, czy i które z badań (USG czy mammografię) wykonać (i ewentualnie w jakiej kolejności).

40. Warto podkreślić, że badanie USG nie może zastępować mammografii będącej jedyną metodą obrazową, w przypadku której udowodniono wpływ na zmniejszenie śmiertelności związanej z rakiem piersi. Prowadzenie badań przesiewowych w kierunku wykrycia raka piersi z wykorzystaniem USG wśród kobiet bez czynników ryzyka, nie jest wskazywane przez wytyczne kliniczne, ani nie znajduje odzwierciedlenia w dowodach naukowych. USG można rozważać u kobiet w grupie wysokiego ryzyka, w celu pogłębienia diagnostyki po wykryciu zmian w piersiach lub jako uzupełnienie badania mammograficznego.

41. Zgodnie z wytycznymi klinicznymi, populację docelową działań profilaktycznych, ukierunkowanych w głównej mierze na badania przesiewowe, stanowią kobiety w grupie wiekowej 50-69 lat (PTOK 2020, ECIBC 2020, ESMO 2019, ACP 2018, RACGP 2018, SEOM 2014).

³⁰ ACOG 2011, NCCN 2011, ACR 2011 i AAFP 2016

³¹ Opinia Prezesa Agencji Oceny technologii Medycznych i taryfikacji nr 229/2017 z dnia 5 września 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. Program profilaktyki raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 18-49 lat

³² ICES Annual Science Conference 2015



Jest to jednak grupa wiekowa objęta programem profilaktyki raka piersi realizowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niektóre towarzystwa naukowe dopuszczają rozszerzenie przedziału wiekowego. Decyzja w tym zakresie powinna być podejmowana przez pacjentkę indywidualnie. Jest to szczególnie istotne w przypadku kobiet między 40/45 a 49 r.ż., u których potencjalne szkody mogą przewyższać korzyści wynikające z prowadzenia badań mammograficznych (PTOK 2020, ECIBC 2020, ESMO 2019, ACP 2018, CTHPH 2018, RACGP 2018, USPSTF 2016, SEOM 2014, EUSOMA 2012).

42. W związku z powyższym przychylając się do propozycji Rady Przejrzystości wyrażonej w opinii Rady Przejrzystości nr 49/2021 z dnia 29 marca 2021 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki raka piersi, zasadnym jest, aby przedział wiekowy kobiet stosowany w kwalifikacji odnośnie części diagnostycznej niniejszego Programu został zawężony do 45-49 lat³³.

43. Niniejszy Program uwzględnia zarówno zakrojone na szeroką skalę działania edukacyjno-informacyjne oraz diagnostyczne, stanowiące dla populacji kobiet gminy miejsko-wiejskiej rozszerzony dostęp do profilaktyki, uwzględniający wzrost poziomu wiedzy i świadomości zdrowotnej kobiet (w szczególności we wskazanej grupie młodszych kobiet nieobjętych jeszcze programem populacyjnym). Edukacja motywuje kobiety do czujności onkologicznej oraz daje możliwość wyboru skorzystania ze świadczeń profilaktycznych dostępnych w systemie opieki zdrowotnej oraz tych, które te świadczenia komplementarnie uzupełniają. Eksperti kliniczni zgodnie uważają za zasadne prowadzenie w kraju działań z zakresu profilaktyki raka piersi na szczeblu samorządowym.

44. Aktualnie realizowany jest „Populacyjny Program Wykrywania Raka Piersi”, do którego kwalifikują się kobiety w wieku 50-69 lat, wobec czego przedmiotowy Program stanowi uzupełnienie świadczeń finansowanych w ramach w/w programu, w szczególności poprzez uświadomienie skali problemu, prowadzenie rozbudowanej akcji edukacyjnej, wypracowanie w kobietach nawyku przeprowadzania regularnych badań w kierunku raka piersi. Realizacja w Gminie Toszek programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki nowotworowej może przyczynić się do zwiększenia odsetka kobiet, które będą w przyszłości korzystały z Programu NFZ. Jednocześnie osoby biorące udział w niniejszym Programie na etapie kwalifikacji do Programu składają oświadczenie, iż świadczenia udzielane w programie nie powieliły u danego pacjenta świadczeń finansowanych z środków Narodowego Funduszu Zdrowia (*vide*: załącznik nr 2 do niniejszego Programu).

45. Dostępna jest również diagnostyka i leczenia w ramach tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”, do której uprawnia karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO). Karta DiLO 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 przedmiotowej karty. Z kartą DiLO pacjent zgłasza się do lekarza specjalisty.

³³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 46/2022 z dnia 17 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25 roku życia”



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. Według założeń systemowych, 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, przy czym ta decyzja należy do pacjenta. Pacjent otrzymuje od lekarza specjalisty skierowanie na tzw. Konsylium, w skład którego wchodzi lekarze określonych specjalizacji (m.in. onkolog, chirurg, radioterapeuta). Do Konsylium mogą także należeć psycholog, pielęgniarka oraz inny pracownik medyczny. W trakcie Konsylium ustalany jest plan leczenia oraz wyznaczany jest koordynator, którego zadaniem jest nadzorowanie procesu leczenia. Czas od dnia zgłoszenia się pacjenta do szpitala do rozpoczęcia leczenia nie powinien przekroczyć 2 tygodni.

46. Głównym argumentem przemawiającym za ich finansowaniem ze środków publicznych jest fakt wysokiej zachorowalności oraz umieralności kobiet z powodu raka piersi.

47. Zgodnie z opiniami lekarzy przyczynami wysokiej śmiertelności z powodu nowotworu gruczołu sutkowego są w szczególności późne zgłaszanie się do lekarza, brak czujności onkologicznej wśród lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, brak świadomości kobiet na temat zagrożenia oraz niedostateczne dofinansowanie onkologii w Polsce³⁴.

48. Warto jednocześnie przytoczyć wnioski badania Nesser 2007 - wyniki przeprowadzonej analizy wskazują, że prowadzenie zorganizowanych programów przesiewowych w kierunku raka piersi, w połączeniu ze strategią stryningu okazjonalnego, pozwala uzyskać istotną redukcję umieralności z powodu raka piersi, przy dodatkowych kosztach pozostających na umiarkowanym poziomie³⁶.

§ 2. Epidemiologia

1. W 2019 roku w Polsce zdiagnozowano 171,2 tys. nowych przypadków nowotworów złośliwych i 100,3 tys. zgonów z tego powodu (25,7% wszystkich zgonów wśród mężczyzn i 23,2% wszystkich zgonów wśród kobiet). Stanowią one duży problem zdrowotny przede wszystkim w grupie osób w młodym i średnim wieku (25-64 lata). Zjawisko to jest szczególnie widoczne w populacji kobiet, w której od kilku lat nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia stanowiąc 31,7% zgonów kobiet młodych i 46,8% zgonów kobiet w średnim wieku³⁵.

2. We wskazanym w ust. 2 okresie czasu struktura zachorowań i zgonów na nowotwory złośliwe w Polsce zmieniła się znacząco. Zmniejszył się istotnie zarówno u mężczyzn i kobiet udział nowotworów żołądka, a systematycznie wzrastało zagrożenie nowotworami płuca i dolnego odcinka przewodu pokarmowego (jelito grube). Wzrastała także częstość innych nowotworów, których etiologię wiąże się z paleniem tytoniu. Tendencje te będą utrzymywały się w pierwszych dekadach XXI wieku, szczególnie w przypadku nowotworów jelita grubego u obu płci oraz nowotworów płuca i piersi w populacji kobiet i prostaty u mężczyzn³⁶.

³⁴ Lek. Chudziński K., *Wczesne rozpoznawanie i profilaktyka najczęstszych nowotworów złośliwych w Polsce*, Ekumeniczny Uniwersytet Trzeciego Wieku

³⁵ Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I., Olasek P., Ciuba A., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku*

³⁶ Epidemiologia raka piersi, zdrowy mieszkanin- artykuł dr n. med. Joanna Didkowska, onkolog z Zakładu Epidemiologii i Prewencji w Centrum Onkologii Instytutu Marii Skłodowskiej-Curie dostępne online www.zdrowemiasto.pl/i/7/onkologia/rak-piersi,6071.html#.WUD4GTxiu9Y



3. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet polskiej populacji. Według danych Centrum Onkologii - Krajowego Rejestru Nowotworów - liczba zachorowań przekroczyła 16 500 rocznie (standaryzowany współczynnik zachorowalności około 52/100 000) i wzrosła w ostatnich dwóch dekadach o około 10.000 zachorowań rocznie³⁷.
4. W 2012 roku wykryto 17.000 nowych przypadków raka piersi oraz stwierdzono 5.350 zgonów z tego powodu. Największą zachorowalność notuje się u kobiet w przedziale wiekowym 55-65 lat, u młodszych jest ona mniejsza. Nie można jednak lekceważyć rosnących liczb zachorowań wśród młodszych kobiet, bowiem uważają one, że problem ich nie dotyczy. Rak piersi u mężczyzn występuje bardzo rzadko - w 2012 roku zachorowało 144 mężczyzn, najwięcej w siódmej dekadzie życia (51-69 lat).
5. Przed dziesięcioma laty, liczba zachorowań w Polsce była mniejsza o 4.868 przypadków dla kobiet i 35 przypadków dla mężczyzn, liczba zgonów natomiast mniejsza o 749 (1/10) wśród kobiet i o 22 (1/2) wśród mężczyzn w porównaniu z rokiem 2012, z którego pochodzą ostatnie aktualizacje danych Krajowego Rejestru Nowotworów Centrum Onkologii³⁸.
6. Polska należy do grupy krajów, w których zagrożenie złośliwym nowotworem piersi jest duże. Liczba nowo rejestrowanych zachorowań ciągle się zwiększa.
7. Jeśli chodzi o rozmieszczenie geograficzne - najwięcej zachorowań na raka piersi wśród kobiet statystyki podają dla województwa mazowieckiego i śląskiego, zgony z powodu raka piersi wśród kobiet również są w Polsce najczęstsze dla tych regionów³⁹.
8. U kobiet w powiatach województwa śląskiego w 2019 r. najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwe piersi. Następne miejsca zajmowały: nowotwory złośliwe jelita grubego (okrężnica+odbytnica) oraz płuca. Te same rozpoznania zajmowały pierwsze miejsca w przypadku rankingu zgonów, ale można zaobserwować większe zróżnicowanie w tej klasyfikacji niż w przypadku rankingu zachorowań (w przypadku zgonów dominował rak piersi i płuca)⁴⁰.

³⁷ KRN

³⁸ Epidemiologia raka piersi

³⁹ Mapa potrzeb onkologicznych dla Polski

⁴⁰ Motnuk M, Czajkowska E., Garmulewicz E., Polak M., Włodarczyk-Marciniak B., Wojciechowska U., *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2019 roku*, Śląskie Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach, Gliwice 2021



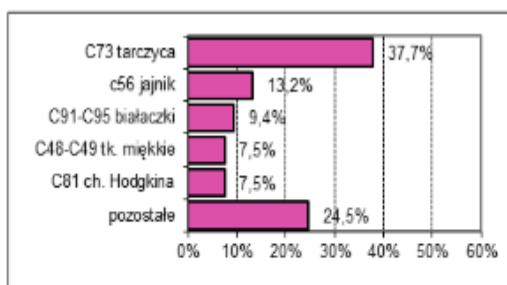
Rysunek 9

*Struktura zarejestrowanych zachorowań w 2019 r. na nowotwory
według grup wieku i płci w województwie śląskim*

15-24

M – 49 (0,45%)

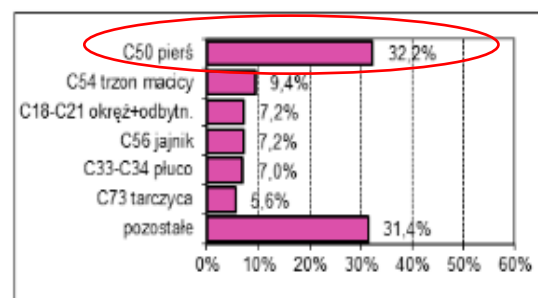
K – 53 (0,49%)



50-59

M – 1321 (12,1%)

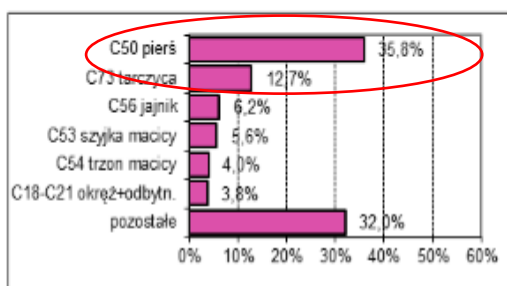
K – 1634 (15,1%)



25-49

M – 756 (6,9%)

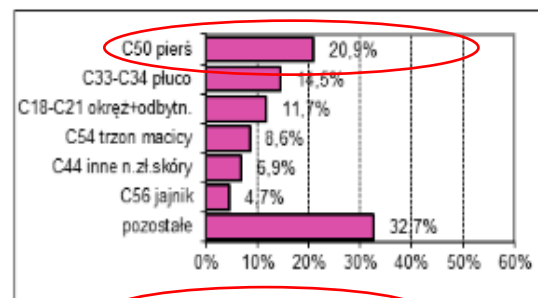
K – 11480 (13,5%)



60-74

M – 5913 (54,0%)

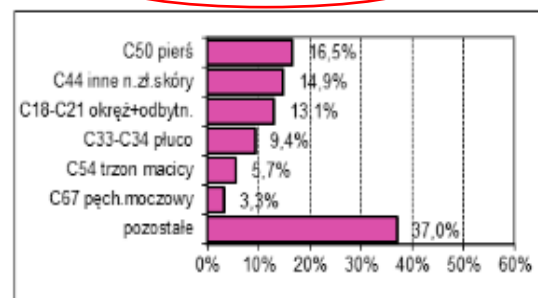
K – 4933 (45,5%)



75+

M – 2884 (26,2%)

K – 2720 (25,1%)



źródło:

Nowotwory złośliwe
w województwie śląskim w 2019 roku, s. 20.,
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii
Sklódowskiej-Curie, Państwowy Instytut
Badawczy, Oddział w Gliwicach

9. Największe zagrożenie nowotworami piersi w województwie śląskim zaobserwowano w Chorzowie, powiecie mikołowskim oraz gliwickim⁴¹, w którym leży Gmina Toszek.

⁴¹ Ibidem



Tabela 2

Dane statystyczne dotyczące liczby pacjentek Narodowego Instytutu Onkologii Oddziału w Gliwicach
z rozpoznaniem nowotworu piersi w roku 2021

Geograficzne rozemieszczenie pacjentek (według miejsca zamieszkania)	Liczba pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi, którym udzielono świadczeń (hospitalizacja, porady)	Liczba pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi leczonych <u>po raz pierwszy</u>	Liczba pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi leczonych <u>po raz pierwszy</u> z przedziału wiekowego 20-49 lat	Liczba pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi leczonych z przedziału wiekowego 20-49 lat	Liczba hospitalizowanych (stale) pacjentek z rozpoznaniem nowotworu piersi	Liczba pacjentek rozpoznaniem nowotworu piersi, u których wykonano zabieg mastektomii
wszyscy pacjenci onkologii (ogólnopolskie)	10.195	1.935	463	1.754	1.812	230
powiat gliwicki	1.622	201	39	197	295	35
Gmina Toszek	34	3	1	4	7	1

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach

Tabela 3

Dane statystyczne – rozpoznanie nowotworu złośliwego piersi w powiecie gliwickim
w latach 2015-2019, dane Instytutu Onkologii Oddziału w Gliwicach

ROK	2015	2016	2017	2018	2019	Ogółem (lata 2015-2019)
Liczba zarejestrowanych nowotworów piersi	66	48	54	50	84	302
Liczba zarejestrowanych nowotworów piersi w grupie kobiet 20-49 lat	15	8	6	6	19	54
Procentowy udział grupy kobiet w wieku 20-49 lat w ogólnej liczbie nowotworów	22,7%	16,7%	11,1%	12%	22,6%	17,9%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy Oddział w Gliwicach

10. Rak piersi jest dominującym problemem zdrowotnym w populacji kobiet stanowiący w roku 2019 około 22,9% zachorowań na nowotwory. Analiza struktury zgonów kobiet z powodu raka piersi przedstawia się równie niepokojąco - w 2019 roku rak piersi zajmował drugie miejsce stanowiąc 15,1% zgonów z przyczyn nowotworowych. Pomimo coraz lepszej diagnostyki i nowych metod leczenia, liczba zgonów spowodowanych rakiem piersi jest wciąż duża^{42,43}.

⁴² U. Bojkowska, *Epidemiologia i profilaktyka raka piersi*, Journal of Education, Health and Sport. 2016



11. Zgodnie z informacjami zawartymi w mapach potrzeb zdrowotnych wnioskować można, iż rak piersi był odpowiedzialny za 15,9% zgonów kobiet z województwa śląskiego spowodowanych nowotworem. Wartość rzeczywistego współczynnika umieralności dla województwa śląskiego była wyższa od krajowego o 15%. Prognozowana 5-letnia chorobowość onkologiczna w województwie śląskim wzrośnie do roku 2029 o około 7.000 przypadków (tj. z poziomu 56.000 do 63.000)⁴⁴.

12. Według danych zawartych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, w województwie śląskim w 2019 r. zapadalność na nowotwór złośliwy sutka wynosiła ok. 109,7 na 100 tys. kobiet i jest wyższa niż średnia dla kraju (93,5 na 100 tys.), podobnie jak liczba zgonów na 100 tys. kobiet (43,5 vs. 37,6 dla Polski). W zaleceniach dla tego województwa rekomenduje się działania z zakresu zwiększenia zgłaszalności na badania przesiewowe, w tym na badania cytologiczne i mammografię oraz działań z zakresu profilaktyki nowotworowej⁴⁵.

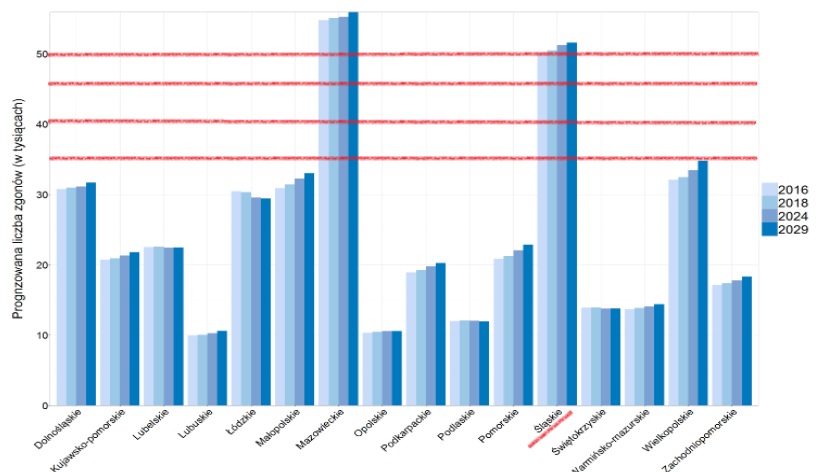
13. Nowotwory piersi należą do najczęściej występujących nowotworów w województwie śląskim. W 2012 roku pacjenci z tym nowotworem leczeni byli głównie w Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Oddziale w Gliwicach (791) oraz w Beskidzkim Centrum Onkologii - Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej (429).⁴⁶

14. Biorąc pod uwagę obecną liczbę zgonów z powodu zachorowań na nowotwory złośliwe poniższy wykres przewidywanej liczby zgonów w poszczególnych województwach w latach 2018, 2024 oraz 2029 roku, wyraźnie obrazuje, że województwo śląskie zajmuje (oraz prawdopodobnie będzie zajmować) czołowe drugie miejsce⁴⁷.

Rysunek 10

Przewidywana ilość zgonów w latach
2018, 2024 oraz 2029

źródło:
Mapa potrzeb onkologicznych dla Polski



⁴³ Motnuk M, Czajkowska E., Garmulewicz E., Polak M., Włodarczyk-Marciniak B., Wojciechowska U., *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2019 roku*, Śląskie Wojewódzkie Biuro Rejestracji Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy w Gliwicach, Gliwice 2021

⁴⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych – województwo śląskie - <http://www.mpz.mz.gov.pl/województwo-slaskie/> [dostęp: 26 maja 2022 r.]

⁴⁵ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 46/2022 z dnia 17 sierpnia 2022 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25 roku życia”

⁴⁶ Wskazane liczby przedstawiają jaki udział pacjentów w województwie leczony był w powiecie. Mapa oparta jest na danych z lat 2010–2012, źródło: mapa potrzeb onkologicznych dla województwa śląskiego

⁴⁷ Mapa potrzeb onkologicznych dla Polski



15. Niepokojący jest fakt, że zachorowalność u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20-49 lat) wzrosła w ciągu ostatnich trzech dekad prawie dwukrotnie (około 1,7 razy)⁴⁸.

16. Najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku 50-69 lat, przy czym największy wzrost zachorowalności obserwowano w latach 1990-2010. U kobiet po 70. roku życia tempo wzrostu zachorowalności zmniejszyło się w latach 90-tych ubiegłego wieku.

17. Statystycznie rak piersi najczęściej występuje u kobiet w wieku 50-69 lat, dlatego też zostały podjęte kroki do jego profilaktyki. Jednak ostatnie obserwacje wskazują na dramatyczne zwiększenie liczby diagnozowanych przypadków raka piersi u kobiet przed menopauzą – w pełni aktywnych zawodowo, rodzinie, społecznie. 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, dlatego wdrożenie Programu bazującego i uzupełniającego populacyjny program profilaktyki raka piersi jest w pełni uzasadnione^{49,50,51}.

18. Co roku liczba żyjących chorych, u których zdiagnozowano rak piersi zwiększa się. Zgodnie z szacunkami Krajowego Rejestru Nowotworów, w roku 2012 z diagnozą postawioną w ciągu ostatnich 5 lat żyło w Polsce 68 tys. kobiet chorych na rak piersi. Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia, nastąpiła zmiana struktury zaawansowania wykrywanych i rejestrowanych nowotworów piersi. Zwiększyła się liczba wykrywanych raków we wczesnym stadium, dających szansę na skuteczne wyleczenie, z 372 w roku 2006 do 723 w roku 2010. Ponadto wskaźniki 5-letnich przeżyć chorych na rak piersi w poprzedniej dekadzie wzrosły o 2 punkty procentowe: w latach 2000-2002 (zakończenie obserwacji w 2007 roku) wskaźnik przeżyć 5-letnich wynosił 75%, natomiast w latach 2003-2005 (zakończenie obserwacji w 2010 roku) wynosił 77%. Mimo to, prognoza przygotowana na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów na lata 2010-2025 wskazuje na wzrost zachorowalności na nowotwory piersi we wszystkich grupach wiekowych. Prognozowana na 2025 rok liczba zachorowań na nowotwory piersi jest o ponad 50% większa niż obserwowana w 2006 roku⁵².

19. Odpowiednio wykonana diagnostyka u chorych na rak piersi powinna uwzględniać pełne rozpoznanie histologiczne typu nowotworu, stadium zaawansowania klinicznego, ocenę stanu sprawności ogólnej, określenie najważniejszych czynników prognostycznych i predykcyjnych (decydujących o wyborze leczenia). Wstępna diagnostyka raka piersi obejmuje badanie ogólnolekarskie z oceną stanu miejscowego piersi i regionalnych węzłów chłonnych; badania obrazowe piersi takie jak MMG uzupełniona o ewentualne badanie USG lub MR; badanie patomorfologiczne wraz z oceną receptorów hormonalnych (estrogenowych-ER, progesteronowych-PR), naskórkowego czynnika wzrostu typu 2. (HER-2) oraz indeksu mitotycznego Ki67. Inne badania dodatkowe są wykonywane w zależności od stopnia zaawansowania miejscowego lub zgłaszanych przez chorą objawów⁵³.

⁴⁸ Mapa potrzeb onkologicznych dla Polski

⁴⁹ Ocena strat ekonomicznych i kosztów leczenia nowotworów piersi, szyjki macicy i jajnika w Polsce. redakcja naukowa prof. dr hab. E. Nojszewska dostępny online [dostęp: 2 czerwca 2022 r.] http://ingos.pl/public/userfiles/pdf/Ocena_strat_ekonomicznych_i_kosztow_%20leczenia_nowotworow_piersi_szyjki_macicy_i_jajnika_w_Polsce.pdf

⁵⁰ Raporty | KRN [Internet], http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_nowotworow

⁵¹ <http://www.forumonkologiczne.pl/porada/nowotwory-mlodych-kobiet/4006>

⁵² KRN

⁵³ Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok



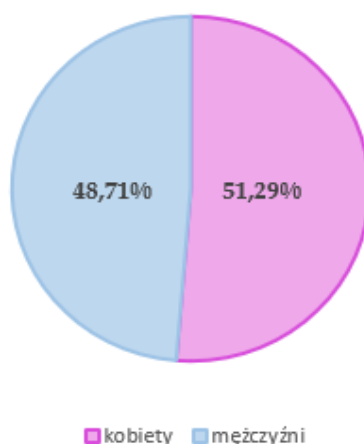
§ 3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do Programu

1. Liczba zameldowanych mieszkańców Gminy Toszek według stanu na dzień 17 maja 2022 r. wyniosła łącznie 8.945 osób⁵⁴.
2. Liczba kobiet (według stanu na dzień 17 maja 2022 r.) wyniosła łącznie 4.588 osób (dane z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku), co stanowi 51,29% całej populacji Gminy Toszek.

Wykres 1

Podział mieszkańców Gminy Toszek ze względu na płeć, dane z 2022 r.

Mieszkańcy Gminy Toszek



źródło: opracowanie własne
na podstawie danych z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

3. Populację kwalifikującą się do Programu stanowią kobiety zamieszkałe na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia w dwóch grupach wiekowych:

- 1) **moduł I – edukacja:** kobiety powyżej 25. roku życia⁵⁵, które oświadczają, iż zamieszkują na terenie Gminy Toszek;
- 2) **moduł II – diagnostyka:** kobiety w wieku 45-49 lat, które oświadczają, iż zamieszkują na terenie Gminy Toszek z tzw. „grup ryzyka”⁵⁶.

⁵⁴ Liczba wszystkich mieszkańców Gminy Toszek zameldowanych na pobyt stały i czasowy, dane z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

⁵⁵ Wybrano grupę wiekową kobiet powyżej 25. roku życia, ponieważ rekomendacje eksperckie wskazują, że każda kobieta, która ukończyła 25. rok życia powinna regularnie – najlepiej co miesiąc – wykonywać samobadanie piersi.

⁵⁶ Do modułu II- diagnostyka kwalifikują się wszystkie kobiety w wieku 45-49 lat (będą one brały udział w instruktażu samobadania piersi oraz działaniach promocyjnych z zakresu zdrowia, w tym przypomnienie podczas wizyty lekarskiej o zalecanych lub wykonanych badaniach, zachęcenie do regularnych badań ginekologicznych oraz wspólne – wraz z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej wypełnienie ankiety kwalifikującej (której wzór określony został w załączniku nr 2 do niniejszego Programu), jednak badania lekarskie (USG lub mammografia) zostaną wykonane wyłącznie na podstawie wskazań epidemiologicznych i medycznych stanowiących indywidualną decyzję lekarza po wskazaniu czynników ryzyka



Tabela 4

*Populacja kobiet kwalifikująca się do Programu
wyodrębniona na podstawie wieku oraz planowanych działań*

Lp.	Kryterium	Moduł I - edukacja	Moduł II - diagnostyka
		Planowane działania edukacyjne - skierowane do wszystkich kobiet	Planowane przeprowadzenie badań przesiewowych USG/mammografii dla kobiet w wieku 45-49 lat z grup ryzyka
1	2	3	4
1.	wiek	powyżej 25. roku życia	45-49 lat + występujące czynniki ryzyka
2.	forma przeprowadzo- nych działań	W ramach Programu proponuje się przeprowadzenie szeroko zakrojonej akcji edukacyjno-promocyjno-informacyjnej skierowanej do żeńskiej populacji Gminy Toszek ze szczególnym uwzględnieniem kobiet we wskazanej powyżej grupie wiekowej, ze szczególnym naciskiem na: 1) edukację kobiet młodych, aktywnych zawodowo, rozpoczynających życie od 25. do 44. roku życia, chcąc wyrobić w nich nawyk przeprowadzania regularnych badań w ramach NFZ (w szczególności nauka samobadania piersi w domu); 2) wyrobienie u kobiet w przedziale wiekowym 45-49 roku życia nawyku regularnego robienia badań przesiewowych w kierunku raka piersi, w tym zachęcenie ich do korzystania w przyszłości z populacyjnego programu raka piersi; 3) wstęp na organizowane w ramach Programu spotkania edukacyjne będzie wolny - każdy będzie mógł na nie przyjsć. Nagłośnienie Program wpłynie na pozostałe kobiety (w tym także w wieku 50-69 lat), zwracając ich uwagę na powagę problemu zdrowotnego i zachęcając do walki o swoje zdrowie i budowania onkologicznej świadomości Oprócz w/w spotkań edukacyjnych ze specjalistami nagłośnienie akcji nastąpi za pośrednictwem środków masowego przekazu - strona internetowa samorządu, artykuły w gazecie samorządowej, ulotki, plakaty, programy lokalnej telewizji. Kolportaż książeczek/ instrukcji samobadania piersi.	W ramach Programu proponuje się, by wszystkie kobiety w wieku 45-49 lat, które wyrażą chęć wzięcia udziału w programie skorzystały z możliwości badania pulsacyjnego piersi wykonywanego przez lekarza, który po jego przeprowadzeniu oraz wspólnym wypełnieniu (lekarz wraz z pacjentką - uczestniczką Programu) ankiety kwalifikującej do badania (zgodnej ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do Programu) podejmie decyzję o dalszym postępowaniu - tj. lekarz może skierować pacjentkę (według własnego uznania) na dodatkowe badania: badanie mammograficzne (po konsultacji z lekarzem), bądź USG piersi (które można wykonać zamiast mammografii, jak i obok mammografii - by dana pacjentka miała pewność wystąpienia lub niewystąpienia podejranej zmiany nowotworowej), o czym w ostateczności zadecyduje lekarz

źródło: opracowanie własne

4. Liczebność kobiet we wskazanym przedziale wiekowym wynosi odpowiednio:

- 1) w roku 2023 - 3.600 kobiet;
- 2) w roku 2024 - 3.632 kobiet;



Tabela 5

*Przewidywana liczba kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek
powyżej 25. roku życia w latach 2023-2024*

Przewidywana liczba kobiet zamieszkujących Gminę Toszek powyżej 25. roku życia ⁵⁷ :		
Stan obecny (w roku 2022)	Przewidywany stan w roku 2023	Przewidywany stan w roku 2024
3.557	3.600	3.632
Średnia arytmetyczna wszystkich kobiet podlegających Programowi: 3.616		

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

5. Przyjmuje się zatem, że do Programu kwalifikuje się około 3.616 kobiet.
6. Populacja kobiet w przedziale wiekowym powyżej 25. roku życia stanowi blisko 83% całej żeńskiej populacji w gminie.
7. Planuje się objąć Programem około 1.808 kobiet, co stanowi 50% całej populacji kwalifikującej się do Programu.
8. Pozyskane z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku dane są orientacyjne. Przyjmuje się, że Programem zostanie objętych około 50% populacji kwalifikującej się do Programu, ponieważ:
 - 1) liczba mieszkańek gminy w tym przedziale wiekowym może ulec zmianie (migracje, śmierć);
 - 2) nie wszystkie kobiety będą zainteresowane uczestnictwem w Programie (w szczególności ciężko będzie zachęcić kobiety młode między 25. a 30. rokiem życia oraz kobiety starsze w wieku senioralnym powyżej 70. roku życia, a stanowiące duży odsetek⁵⁸);
 - 3) niektóre kobiety mogą mieć już zdiagnozowaną chorobę nowotworową piersi (brak aktualnych danych na ten temat);
 - 4) pewien odsetek kobiet w każdym roku realizacji Programu będzie się powtarzał,
 - 5) przedstawione w ust. 4-6 dane są orientacyjne oraz w/w statystyka uwzględnia wszystkie kobiety, a kobiety między 50. a 69. rokiem życia mogą/powinny korzystać z Narodowego Populacyjnego Programu Profilaktyki Raka Piersi,
 - 6) możliwe, że liczba osób zameldowanych na terenie Gminy Toszek jest wyższa niż liczba kobiet faktycznie zamieszkałych na jej terenie;
 - 7) z doświadczenia toszeckiego samorządu w realizacji programów polityki zdrowotnej wynika, iż realizacja programów nigdy nie cieszyła się zainteresowaniem 100% beneficjentów.

⁵⁷ Na podstawie danych uzyskanych z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

⁵⁸ Aktualna liczba kobiet powyżej 70. roku życia wynosi 682, tj. 14,86% wszystkich kobiet



§ 4. Obecne postępowanie

Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi

1. W Polsce od 2006 roku realizowany jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi metodą mammografii. Podstawą jego wdrożenia było przyjęcie ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” (Dz. U. z 2005 r. Nr 143, poz. 1200 z późn. zm.). Ustawa ta straciła moc z dniem 31 grudnia 2015 r. Zastąpiła ją Uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016-2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” (t.j. M. P. z 2018 r. poz. 6), a obecnie tę kwestię reguluje Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030* (M. P. z 2020 r. poz. 189 z późn. zm.). Program ten zapewnia ciągłą realizację zadań profilaktycznych finansowanych z budżetu państwa. Jego celem jest zapewnienie aktywnego skryningu raka piersi dla indywidualnie zapraszanych kobiet, w wieku 50-69 lat, w interwale raz na 2 lata. Prawidłowo realizowane programy badań przesiewowych powinny przynieść redukcję umieralności z powodu raka piersi o 20 do 30%.

Rysunek 11

Logo Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi



źródło: <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/profilaktyka-raka-piersi>

2. Jednym z najważniejszych parametrów badania przesiewowego, pozwalającym osiągnąć zamierzony cel jest wysoka zgłaszalność do Programu. Powinna ona wynosić minimum 75% zaproszonych kobiet. Osiągnięcie takiego wyniku w pierwszych latach działania Programu w Polsce nie było możliwe. Wynika to z dość niskiego poziomu świadomości kobiet, braku wcześniejszych i aktualnych, powszechnych programów edukacyjnych oraz niewystarczającego zaangażowania lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w działania profilaktyczne.

3. W dziesiątym roku realizacji programu populacyjnego wiele kobiet uważało, że badania mammograficzne są jednorazową, darmową akcją profilaktyczną. Zapraszane na badania kobiety dosyć często rezygnowały z możliwości wykonania badania, gdyż w ogóle nie znały celu postępowania lub miały wysoki poziom lęku przed wykryciem zmian chorobowych w sytuacji, kiedy nie było ich zdaniem żadnych niepokojących dotychczas objawów chorobowych. Dowodem rezygnacji z badania jest wciąż niski odsetek odpowiedzi na indywidualne zaproszenie. W niewielu województwach wynosi około 50%, a na zaproszenie odpowiada zaledwie co czwarta kobieta. Koszt wysyłki wezwań w latach 2009-2013 wyniósł 30 mln zł (dane z raportu Najwyższej Izby Kontroli). Zgłaszalność kobiet na badania w programie populacyjnym w poszczególnych województwach przedstawia poniższa mapa, gdzie wskaźnik zgłaszalności kobiet w województwie śląskim znajduje się na 8. miejscu.



4. Tempo wzrostu zgłaszalności tylko w niektórych województwach sięga około 5% rocznie. Wynika z tego, że osiągnięcie standardu zgłaszalności wymaganej dla skutecznego działania programu badań przesiewowych, tj. 75% może zająć wiele lat lub nigdy nie zostać osiągnięty. Brak osiągnięcia 75% poziomu zgłaszalności będzie skutkowało brakiem uzyskania końcowego efektu programu populacyjnego, jakim jest obniżenie odsetka śmiertelności o minimum 20%.

5. W USA oraz w krajach Unii Europejskiej uznano, że najskuteczniejszym instrumentem ograniczenia zachorowań i poprawy wyników leczenia nowotworów złośliwych są narodowe programy walki z rakiem. W osiągnięciu wspólnego celu, sukcesu jest uzupełnianie działań państwa o działania jednostek samorządu terytorialnego we wspólnym kształtowaniu świadomości obywateli oraz wyrobienia w nich nawyku badań profilaktycznych.

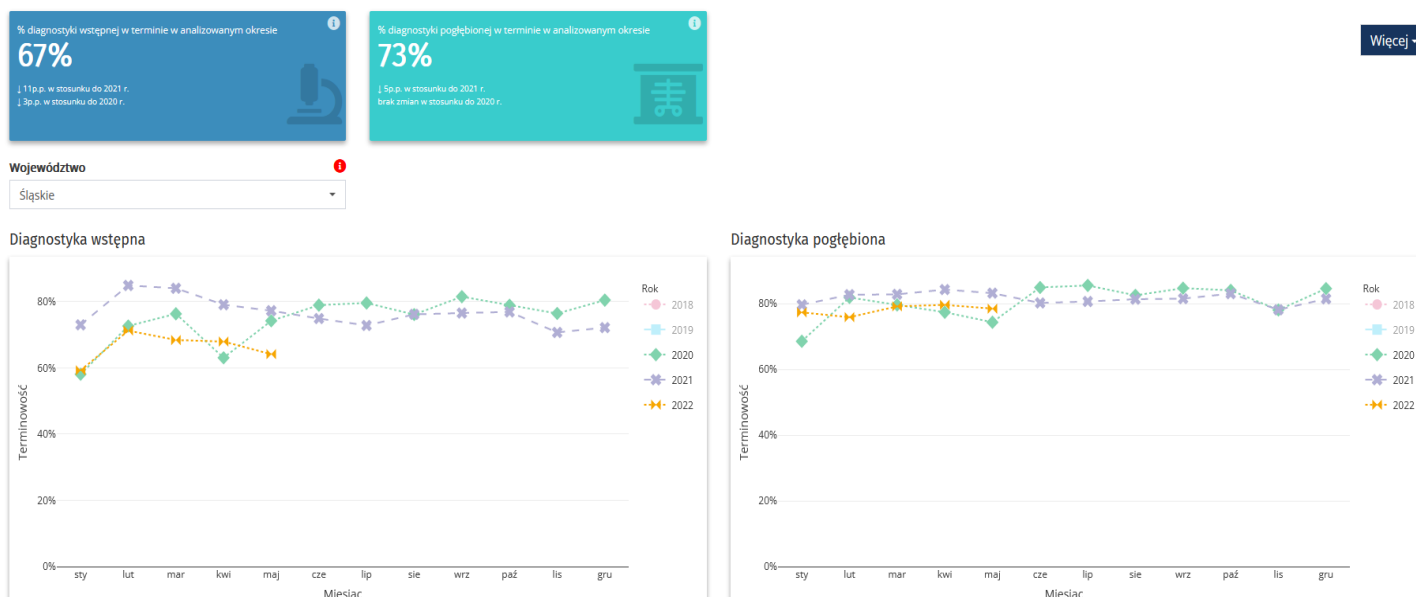
6. Doświadczenia krajów Europy Zachodniej, które długotrwale prowadzą populacyjne badania przesiewowe u kobiet w celu wczesnego wykrycia raka gruczołu sutkowego, wskazuje na obniżenie umieralność na tę chorobę nawet o 1/3 u kobiet w wieku powyżej 50. roku życia⁵⁹.

Szybka ścieżka onkologiczna

7. W 2015 r. rozpoczął funkcjonowanie tzw. pakiet onkologiczny. Jego nieodłącznym elementem jest karta diagnostyki i leczenia onkologicznego (karta „DiLO”), której zadaniem jest usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Ma na celu ułatwienie pacjentowi z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą poruszanie się w systemie opieki medycznej – pełni rolę skierowania, które umożliwia rozpoczęcie leczenia w ramach szybkiej terapii onkologicznej. W celu monitorowania liczby wystawianych kart DiLO, Narodowy Fundusz Zdrowia udostępnił interaktywną aplikację. Przedstawia ona zmiany w liczbie wydanych kart DiLO (również w ujęciu regionalnym).

Rysunek 12

Screen z interaktywnej aplikacji tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” przedstawiający dane statystyczne terminowości dla województwa śląskiego z lat 2020-2022 według stanu na dzień 2 czerwca 2022 r.



źródło: https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/

⁵⁹ Program profilaktyki raka piersi stanowiący załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia



8. Dane w aplikacji odświeżane są co miesiąc. Informacje dotyczące kart DiLO zmieniają się z miesiąca na miesiąc, także wstecz. Wystawione karty, jeżeli nie przeszły do kolejnego etapu, mogą zostać anulowane. W miejsce anulowanej karty, pojawia się nowa, dlatego niewielkie różnice w danych mogą występować nawet w statystykach sprzed kilku miesięcy. Liczba wydawanych kart stale rośnie, co zostało zobrazowane na poniższych rysunkach.

Rysunek 13

Screen z interaktywnej aplikacji tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” przedstawiający aktualne na dzień 2 czerwca 2022 r. dane statystyczne dla Polski

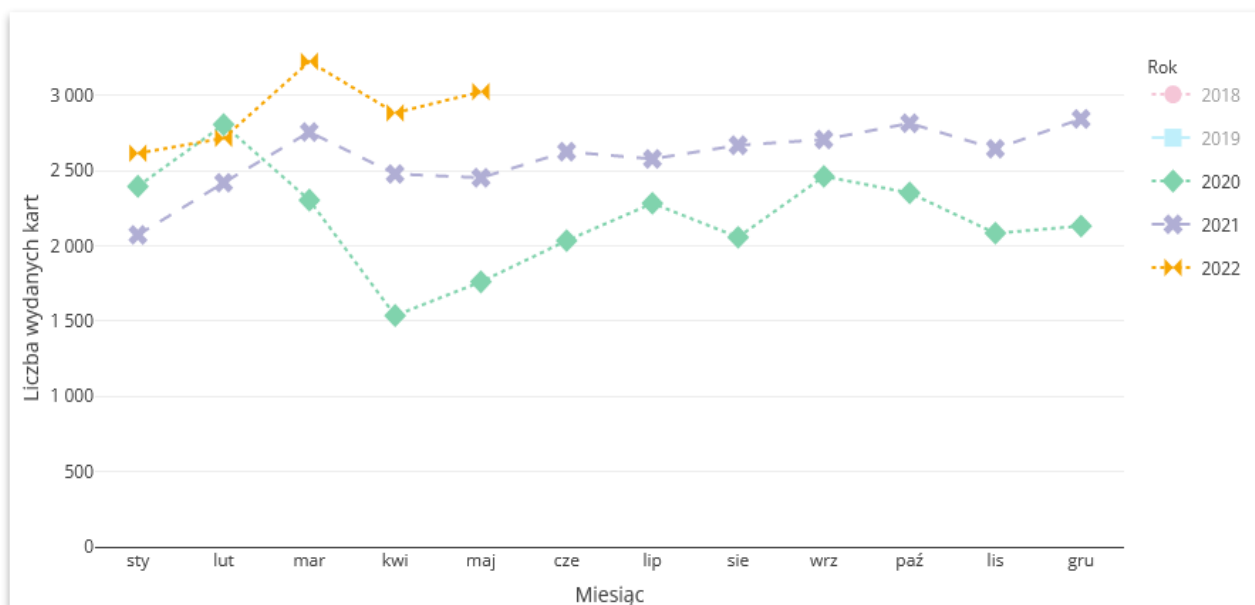


źródło: https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/

Rysunek 14

Screen z interaktywnej aplikacji tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” przedstawiający dane dot. liczby wydawanych kart DiLO w latach 2020-2022

Ogółem



źródło: https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/



§ 5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia Programu

1. Mając na względzie Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024, Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025 oraz niepokojące dane epidemiologiczne dla województwa śląskiego zawarte w mapie potrzeb onkologicznych dla województwa śląskiego, toszecki samorząd proponuje wdrożenie merytorycznie uzasadnionego programu polityki zdrowotnej zawierającego działania o udowodnionej skuteczności.
2. Program ten kojarzy wszystkie możliwe metody wtórnej profilaktyki raka piersi, przenosi część odpowiedzialności za profilaktykę na same kobiety, wyzwała w nich poczucie odpowiedzialności, ale jednocześnie oferuje im wsparcie.
3. W Programie zastosowano najbardziej korzystny oraz przejrzysty sposób realizacji, zapewniający optymalną kontrolę i monitoring.
4. Opisywane w Programie działania (zarówno edukacyjne, jak i same badania) mogą zostać wdrożone w każdym innym samorządzie lokalnym. Wdrożenie kompleksowych działań opisywanych w modelu zapewni maksymalną efektywność. Implementacja poszczególnych działań przyczyni się do poprawy stanu profilaktyki zdrowotnej na obszarze gminy, a w efekcie do obniżenia współczynnika umieralności kobiet z powodu raka piersi.
5. Na płaszczyźnie edukacyjnej Program zwiększy zgłaszalność kobiet w populacyjnym programie badań przesiewowych, natomiast na płaszczyźnie diagnostycznej doprowadzi do obniżenia stopnia zaawansowania wykrywanych raków piersi w grupie kobiet objętych Programem – zachęci ich do zainteresowania się własnym ciałem i zmotywuje do regularnego przeprowadzania badań.
6. Prowadzenie długoterminowego programu edukacyjno-profilaktycznego pozwoli na lepsze wykorzystanie środków finansowych przeznaczanych dotychczas na leczenie zaawansowanych raków piersi. Jednocześnie prowadzenie działań profilaktycznych umożliwia obniżenie nakładów finansowych na opiekę zdrowotną i jest podstawą rozwoju właściwych relacji na poziomie społeczności lokalnej, pomiędzy organizatorem opieki zdrowotnej i jej odbiorcami, a także jest warunkiem skutecznej i efektywnej poprawy jakości życia. Nieodłącznym elementem profilaktyki jest edukacja zdrowotna, która powinna uświadamiać społeczeństwo jak postępować, aby choroby uniknąć⁶⁰.
7. Nowotwór gruczołu sutkowego wcześniej rozpoznany i właściwie leczony jest uleczalny w około 90%. Niestety w Polsce nie uzyskuje się takich wyników - współczynnik umieralności nadal jest kilkukrotnie wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej, czego główną przyczyną jest zbyt późne wykrycie choroby. Dla większości Polek diagnoza okazuje się wyrokiem śmierci⁶¹.

⁶⁰ J. Szymborski, *Czym jest promocja zdrowia? - Co muszę wiedzieć, aby poprawić swoje zdrowie?*, Interdyscyplinarna Szkoła Promocji Zdrowia Seniorów; <http://www.senior.inicjatywy.org/wp-content/uploads/2015/01/6-prof-Szymborski-CZYM-JEST-PROMOCJA-ZDROWIA.pdf>

⁶¹ M. Marcinkowska¹, P. Mazurkiewicz¹, J. Kozaka², *Przyczyny niskiej frekwencji kobiet w profilaktycznych badaniach mammograficznych*, portal mojamammografia.pl



8. Rak piersi (jak każdy nowotwór) jest podstępny – często bardzo długo nie daje żadnych objawów. Jednak mimo długiego okresu bezobjawowego, rak piersi może zostać wczesnie wykryty, a co za tym idzie – stosunkowo łatwo wyleczalny⁶². Pierwszym i najważniejszym sposobem na postawienie diagnozy jest czujność pacjentek i regularna samokontrola piersi. Zanim choroba przyjmie postać pełnoobjawową, rak musi się rozwinąć, a to z kolei oznacza zwiększenie jego masy i objętości. Dlatego też mniej więcej raz w miesiącu, w stałym momencie cyklu miesięczkowego (na przykład zawsze po zakończeniu krwawienia miesięczkowego) każda kobieta, która ukończyła 25. rok życia powinna wykonywać samobadanie. Najlepiej przeprowadzić je stojąc nago przed lustrem. Jeżeli zaczynamy od sprawdzania lewej piersi, to unosimy za głowę lewą rękę, a prawą wykonujemy oględziny. Badamy pierś delikatnymi ruchami i próbujemy ocenić, czy w jej gęstości i strukturze nie zaszły żadne zmiany. Szczególnie zaniepokoić powinny wszystkie twarde guzki, nieprzesuwalne względem reszty tkanki piersi^{63,64}. Równie alarmującym objawem jest powiększenie węzłów chłonnych w okolicy piersi, a w szczególności węzłów pod- i nadobojczykowych. Jest to czynność banalnie prosta i często lekceważona⁶⁵.

9. Magda Prokopowicz - Prezes Fundacji Rak'n'Roll Wygraj Życie miała 35 lat, Anna Laszuk, dziennikarka TOK FM miała 43 lata - obie przegrały walkę z rakiem. Dr Jerzy Giermek, kierownik Centrum Profilaktyki Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie podkreśla, że rak nie daje młodszym kobietom praktycznie żadnych szans, w szczególności przez ogólną mentalność samych pacjentek, że „dotyczy to starszych kobiet”. Statystyki potwierdzają, że u nich najczęściej jest diagnozowany, często ciężko określić ile lat wcześniej się rozwinął. Rak u młodych przebiega bardzo dynamicznie i bardzo agresywnie. Nowotwór powstaje z komórek. Młode komórki są bardziej żywotne i mają lepszy metabolizm. W starszym organizmie są słabe - tak samo zachowuje się rak. U młodego człowieka komórki nowotworowe są silne i bardzo szybko atakują. U starszej osoby rak rozwija się dużo wolniej. Jeśli u młodej osoby nie zdiagnozuje się nowotworu odpowiednio wcześnie, jej szanse mogą być bardzo nikłe⁶⁶.

10. Najmłodsza pacjentka operowana na raka w Ośrodku Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobietych oraz Schorzeń Sutka Tommed w Katowicach miała 25 lat, natomiast najmłodsza pacjentka tej kliniki, u której zdiagnozowano raka piersi miała 21 lat⁶⁷. Dr Tomaszem Bula - właściciel Ośrodka Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobietych oraz Schorzeń Sutka Tommed w Katowicach twierdzi, że pierwsze USG najlepiej wykonać po ukończeniu 20. roku życia, choć, gdy są jakieś uzasadnione powody związane z obciążeniem genetycznym zdecydowanie wcześniej. Pierwsze USG piersi proponuje po rozpoczęciu stosowania antykoncepcji, co przecież zdarza się już u dziewcząt 17-18-letnich. Jednocześnie podkreśla, że USG należy powtarzać co roku⁵¹.

⁶² <http://polki.pl/zdrowie/diagnostyka,dlaczego-powinnismy-postawic-na-badania-profilaktyczne,10384294,artykul.html>

⁶³ <http://stokrotkanazdrowie.pl/artykuly/profilaktyka-raka-piersi-dlaczego-wazna/>

⁶⁴ <https://kobieta.wp.pl/dlaczego-profilaktyka-jest-wazna-598267482666625a>

⁶⁵ https://www.vismaya-maitreya.pl/naturalne_leczenie_rak_piersi_-_statystyki_cz1.html

⁶⁶ Rak kontra młodzi – Dlaczego młodzi ludzie właściwie są bez szans; <http://natemat.pl/35417,rak-kontra-mlodzi-dlaczego-sa-praktycznie-bez-szans>

⁶⁷ <http://www.dziennikzachodni.pl/artykul/8957138,coraz-wiecej-mlodych-kobiet-choruje-na-slasku-na-raka-piersi-nawet-20latki,id,t.html>



11. Istotnym aspektem wczesnego wykrycia raka piersi jest wykonanie badania USG lub mammografii, przy czym u kobiet młodszych (poniżej 50. roku życia) zazwyczaj rekomendowane jest przeprowadzenia badania USG ze względu na charakterystyczną budowę piersi. Badanie to zalecane jest przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, The European Society of Breast Cancer Specialist oraz inne towarzystwa naukowe^{68,69}.

12. Obecne dane dotyczące epidemiologii tej choroby oraz ważnego problemu zdrowotnego, jaki ona powoduje w kraju i na świecie, skłoniły władzę lokalną do nagłośnienia problemu w społeczności lokalnej.

13. Niniejszy Program dotyczy działań w zakresie profilaktyki niezwykle ważnego problemu zdrowotnego, realizowanych na obszarze niewielkiej gminy miejsko-wiejskiej, której mieszkańcy nie mają bezpośredniego dostępu do specjalistów, a ich świadomość na temat zdrowia jest często niepełna.

14. Wdrożenie Programu pozwoli na wzrost świadomości kobiet z obszaru miejsko-wiejskiego, zwiększy dostęp do profesjonalnych (w pełni bezpiecznych) badań oraz konsultacji ich wyników ze specjalistami oraz zachęci je w latach późniejszych do udziału w populacyjnym programie profilaktyki raka piersi metodą mammografii.

15. Dotychczas na terenie Gminy Toszek corocznie były realizowane jedynie programy szczepień profilaktycznych dzieci (w wieku 3 i 5 lat) przeciwko bakteriom pneumokokowym (lata 2016-2019) oraz meningokokowym (lata 2012-2019) oraz Program profilaktyki nowotworu gruczołu krokowego dla mężczyzn zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 50-69 lat (w latach 2019-2022). Toszecki samorząd podjął decyzję, by zadbać nie tylko o najmłodszych mieszkańców gminy, ale także o dorosłych – warto zwrócić im uwagę na często lekceważony problem zdrowotny, który coraz częściej dotyka młodsze kobiety (matki, żony, kobiety aktywne zawodowo i społecznie).

16. Dla społeczności wiejskiej temat nowotworów kobiecych jest nadal w wielu miejscach tematem tabu – by zmienić mentalność lokalnej społeczności, zwrócić ich uwagę na wagę problemu, nauczyć ich mówić o sobie i swoim zdrowiu oraz zaprzestać postrzegania człowieka przez pryzmat konserwatywnych zasad oraz stereotypów – niezbędne jest pobudzenie społeczności i uświadamianie jej konieczności profilaktyki.

17. Zakres niniejszego Programu jest zgodny z:

- 1) priorytetami zdrowotnymi określonymi Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 469)
- priorytet 1b – *zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych*;
- 2) priorytetami wyznaczonymi dla regionalnej polityki zdrowotnej w województwie śląskim 2030 – priorytet II- *zdrowy styl życia – cel strategiczny 2: skuteczna profilaktyka i dogodne warunki realizacji zdrowego stylu życia mieszkańców regionu – C2.1. – Wysoki poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa*;
- 3) Narodowym Programem Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016-2024
- *Cel operacyjny V.2 profilaktyka wtórna, diagnostyka oraz wczesne wykrywanie nowotworów*;

⁶⁸ Opinia Prezesa Agencji Oceny technologii Medycznych i taryfikacji nr 130/2016 z dnia 29 lipca 2016 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. *Program z zakresu edukacji zdrowotnej, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkanki miasta Jastrzębie-Zdrój*

⁶⁹ USG czy mammografia – które badanie wybrać, <http://naturalnie.org.pl/w-72.html>



- 4) Narodowym programem profilaktyki raka piersi stanowiącego załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 86/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia - jako uzupełnienie programu populacyjnego wśród młodszych kobiet oraz w zakresie edukacji żeńskiej populacji i zachęcenia do udziału w programie populacyjnym;
- 5) Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa śląskiego.

Rozdział 2 Cele Programu

§ 1. Cel główny Programu

Głównym celem niniejszego Programu polityki zdrowotnej jest zwiększenie dostępu do badań specjalistycznych kobiet w wieku 45-49 lat z grup ryzyka, co wpłynie na poprawę stanu zdrowia tej grupy wiekowej oraz zwiększenie w latach 2023-2024 dostępu mieszanek Gminy Toszek (min. 50% kobiet kwalifikujących się do udziału w Programie) do edukacji zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworowej (poprzez przeprowadzenie szerokiej akcji promocyjno-informacyjnej obejmujących przeprowadzenie minimum 4 spotkań edukacyjnych w okresie realizacji Programu), a także popularyzacja Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi (wśród co najmniej 50% kobiet kwalifikujących się do udziału w Programie), co wpłynie na stworzenie realnych możliwości realizacji n/w celów szczegółowych Programu.

Cel ten jest zgodny z zasadą SMART, oznacza to, że jest on:

- 1) **S (skonkretyzowany)** – szczegółowo został określony zamiar toszeckiego samorządu, jakim jest zwiększenie dostępu do badań specjalistycznych (w szczególności wśród kobiet w wieku 45-49 lat z tzw. grup ryzyka), a także zwiększenie w latach 2023-2024 dostępu mieszanek Gminy Toszek do edukacji zdrowotnej z zakresu profilaktyki nowotworowej, a także popularyzacja Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, co z pewnością wpłynie na stworzenie realnych możliwości realizacji n/w celów szczegółowych Programu, a także na zwiększenie wykrywalności raka piersi oraz zmniejszenie zdrowotnych i społecznych skutków późno wykrytego raka piersi u kobiet, w szczególności mieszanek miejsko-wiejskiej Gminy Toszek.
Szczegółowo została określona populacja Programu, przedział wiekowy, rodzaj podejmowanych działań oraz czas realizacji;
- 2) **M (motywujący)** – zdaniem autora Programu, jego realizacja przyczyni się do wzrostu świadomości mieszanek Gminy Toszek poprzez liczne działania Programu (w tym kampanię promocyjno-edukacyjną). Kobiety (wszystkie – nie tylko te objęte Programem) zostaną zmotywowane do udziału w niniejszym Programie oraz do codziennego dbania o siebie i swoje zdrowie, w szczególności poprzez zagwarantowany dostęp do diagnostyki specjalistycznej bez konieczności czekania w długich kolejkach. Jednocześnie już sama presja otoczenia związana z uczestnictwem innych kobiet w Programie może być bodźcem do podjęcia decyzji o uczestniczeniu w nim lub do samej rozmowy, czy przemyśleń na ten temat. Cel zwiększenia wykrywalności nowotworu zmotywuje całe lokalne społeczeństwo;
- 3) **A (osiągalne)** – ograniczenie zdrowotnych oraz społecznych skutków późnego wykrycia raka piersi u kobiet stosunkowo młodych, a tym samym wczesne wprowadzenie leczenia, poprzez zwiększenie dostępu do edukacji zdrowotnej i badań specjalistycznych nie jest utopijną mrzonką samorządu, ale osiągalnym celem, co może udowodnić w szczególności prowadzona statystyka medyczna. Co prawda ciężko jest przewidzieć czas, w którym będzie można zmierzyć efekty Programu (bowiem wyniki będą widoczne dopiero po jakimś czasie po jego przeprowadzaniu), ale są one mierzalne i osiągalne zarazem.



Wczesne wykrycie zmian chorobowych raka piersi poprzez kształtowanie czujności onkologicznej oraz wykonywanie badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych pozwala na osiągnięcie zamierzonego celu, jakim jest w szczególności zwiększenie zdrowotności populacji;

- 4) **R (realne/istotne)** – wykrycie raka we wczesnym stadium pozwala na wcześniejsze rozpoczęcie leczenia, zwiększa prawdopodobieństwo przeżycia oraz skraca czas hospitalizacji oraz wydatki związane z leczeniem, a także skraca czas oczekiwania na konsultację z lekarzem. Cały Program wiąże się ze wzrostem świadomości mieszkanek, a sam Program dotyczy bardzo istotnego problemu zdrowotnego, przez co jego działania automatycznie stają się bardzo istotne i realne. Można określić stopień (w %) zwiększenia wykrywalności raka piersi we wczesnym stadium (tj. porównać liczby diagnozowanych na terenie Gminy Toszek ilości pacjentów we wskazanej grupie wiekowej przed wdrożeniem Programu, z liczbą pacjentek, u których zdiagnozowano raka piersi w trakcie trwania Programu);
- 5) **T (zaplanowane w czasie)** – okres realizacji Programu wynosi 2 lata. Ocena jego efektów będzie się odbywać według ustalonych wskaźników do zaplanowanych działań. Wyniki będą oceniane po każdym roku realizacji Programu oraz zbiorczo z całego okresu trwania Programu po jego zakończeniu.

§ 2. Cele szczegółowe:

- 1) przeprowadzenie szerokiej akcji promocyjno-informacyjnej obejmujących zorganizowanie w latach 2023-2024 co najmniej 4 (czterech) spotkań edukacyjnych poruszających różną tematykę, w tym na przykład⁷⁰:
 - a) rak piersi - problem zdrowotny, epidemiologia, czynniki ryzyka oraz profilaktyka;
 - b) opis dostępnych metod diagnostyki raka piersi oraz motywowanie kobiet uczestniczących w spotkaniach do stałej/bieżącej profilaktyki raka piersi (obecnie oraz w przyszłości – zachęcenie do udziału w przyszłości w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi);
 - c) „choroby kobiece” – opis chorób, na które kobiety są szczególnie narażone, wskazanie rodzajów guzków piersi oraz opis niepokojących objawów;
 - d) zasady samobadania i samokontroli oraz ich znaczenie w codziennym życiu poprzez budowanie tzw. czujności onkologicznej;
 - e) organizacja (w zależności od sytuacji epidemiologicznej oraz zgromadzonych ofert) indywidualnych lub grupowych instruktaży samobadania piersi (w formie warsztatów, których celem będzie nauczanie kobiet samodzielnego, palpacyjnego badania piersi i obserwacji własnego ciała);
 - f) życie z rakiem piersi – leczenie - spotkanie z kobietą (lub kobietami), która (które) choruje (chorują) lub pokonała (pokonały) raka piersi;
 - g) spotkanie o tematyce psychologicznej np. „*Jak radzić sobie z chorobą?*”, których celem będzie zapewnienie kobietom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i współodpowiedzialności za własne zdrowie, kształtowanie poczucia odpowiedzialności i solidarności społecznej;

⁷⁰ Wskazano 7 grup tematycznych, przy czym w ramach realizacji przedmiotowego Programu zrealizowane zostaną co najmniej 4 spotkania o różnej tematyce – wybór tematów nastąpi na etapie realizacji Programu w zależności od zapotrzebowania grupy docelowej lub dostępnych na rynku ofert



- 2) zwiększenie poziomu wiedzy kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek dotyczącej profilaktyki raka piersi u co najmniej 25% kobiet z populacji docelowej kwalifikującej się do Programu – miernikiem efektywności tego celu będą wyniki testów wiedzy przed i po szkoleniu (wzory testów stanowią załącznik nr 3 do niniejszego Programu);
- 3) nauczenie co najmniej 25% kobiet z populacji docelowej kwalifikującej się do Programu samodzielnego, palpacyjnego badania piersi i obserwacji własnego ciała – miernikiem efektywności tych umiejętności będzie pozytywny wynik testu instruktazu samobadania piersi (test zostanie przeprowadzony przez prowadzącego szkolenie);
- 4) ocena stanu zdrowia kobiet poprzez wykonywanie konsultacji lekarskich i specjalistycznych badań diagnostycznych w kierunku raka piersi u co najmniej 5% z grupy kwalifikującej się do modułu II-diagnostyka;

§ 3. Oczekiwane efekty:

- 1) objęcie edukacją zdrowotną w zakresie profilaktyki raka piersi jak największej ilości kobiet w każdym roku realizacji Programu;
- 2) zwiększenie poziomu świadomości zdrowotnej i wiedzy kobiet w zakresie aktywnej profilaktyki raka piersi;
- 3) obniżenie poziomu lęku przed rakiem piersi wśród uczestniczek Programu;
- 4) skierowanie jak największej liczby kobiet do badań specjalistycznych;
- 5) zachęcenie kobiet, by w wieku 50-69 lat uczestniczyły w populacyjnym programie wczesnego wykrywania raka piersi metodą mammografii;
- 6) udzielenie konsultacji onkologicznych;
- 7) wykonanie badań mammograficznych i/lub USG piersi⁷¹ u kobiet biorących udział w Programie w wieku 40-49 lat z grup ryzyka (zgodnie z decyzją lekarza);
- 8) zapewnienie kobietom dostępu do specjalistycznej diagnostyki chorób piersi;
- 9) zwiększenie liczby wykrytych raków piersi w niższych stadiach zaawansowania choroby, w grupie wiekowej poniżej 50. roku życia;
- 10) kształtowanie zachowań prozdrowotnych polegających na regularnej kontroli swojego ciała.

§ 4. Mierniki efektywności odpowiadające celom Programu:

- 1) wartość procentowa liczby kobiet faktycznie uczestniczących w poszczególnych modułach Programu;
- 2) liczba faktycznie zrealizowanych spotkań promocyjno-informacyjnych;
- 3) wyniki testów wiedzy (przed i po szkoleniu/spotkaniu edukacyjnym) – wskaźnik wzrostu wiedzy uczestniczek (liczba wyrażona w procentach), liczba wypełnionych testów;
- 4) liczba pozytywnych wyników testów instruktazu samobadania piersi;
- 5) liczba kobiet, u których wykryto podejrzaną zmianę chorobową;
- 6) liczba kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki specjalistycznej;
- 7) liczba kobiet, u których badania diagnostyczne nie potwierdziły zmiany chorobowej.

⁷¹ Planowane jest wykonywanie badań mammograficznych u kobiet w wieku 45-49 lat, u których wystąpiły czynniki ryzyka, o których mowa w § 1 ust. 11 Programu lub/i dodatkowo badania USG - w przypadku, gdy wykonanie badania mammograficznego nie jest możliwe/wskazane, w szczególności ze względu na budowę piersi lub gdy jedno badanie nie da pewności, a pojawia się wątpliwości – wówczas dopuszczalne jest przeprowadzenie dodatkowego badania USG jako uzupełnienie badania mammograficznego, oczywiście o ile zostanie ono zarekomendowane przez lekarza – o metodzie przeprowadzenia badania indywidualnie decyduje lekarz



Rozdział 3 Adresaci Programu

§ 1. Adresaci Programu

Beneficjentami Programu będą kobiety w wieku powyżej 25. roku życia zamieszkujące na terenie Gminy Toszek. Szacuje się, że rocznie Programem zostanie objętych około 1.808 kobiet (50% wszystkich kobiet spełniających kryterium wieku i miejsca zamieszkania). W Programie można wyodrębnić dwa moduły:

- 1) moduł I – edukacja – skierowany dla kobiet żeńskiej populacji gminy w wieku powyżej 25. roku życia;
- 2) moduł II – diagnostyka – skierowany w zakresie edukacji i przeprowadzenia badań przesiewowych w kierunku raka piersi dla kobiet w wieku 45-49 lat.

Tabela 6

Przewidywana ilość kobiet objętych Programem z wyszczególnieniem dwóch grup wiekowych, tj. od 25. roku życia (moduł I - edukacja) oraz od 45. do 49. roku życia (moduł II - diagnostyka)

Przewidywana ilość kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek	Kobiety w wieku <25 lat	Kobiety w wieku 45-49 lat UWAGA: są to kobiety, które kwalifikują się do obu modułów Programu, a zatem uwzględnione zostały w poprzedniej kolumnie
	Moduł I - edukacja	Moduł II - diagnostyka
w roku 2023	3.600	333
w roku 2024	3.632	335
Średnia arytmetyczna	3.616	334
50% wszystkich kobiet spełniających kryteria Programu	1.808	167

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z ewidencji ludności Urzędu Miejskiego w Toszku

§ 2. Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu

Moduł I – edukacja

1. Kryteria udziału (włączenia) do modułu I niniejszego Programu to:
 - ✓ płeć: kobieta;
 - ✓ wiek (rocznikowo) równy lub powyżej 25 lat;
 - ✓ miejsce zamieszkania na terenie Gminy Toszek;
 - ✓ wyrażenie pisemnej zgody na udział w Programie (wzór zgody stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Programu).
2. Brak kryteriów wyłączenia kobiet z udziału w module I Programu.



Moduł II – diagnostyka

3. Kryteria udziału (włączenia) do modułu II niniejszego Programu to:

- ✓ płeć: kobieta;
- ✓ wiek: 45-49 lat;
- ✓ miejsce zamieszkania na terenie Gminy Toszek
- ✓ wyrażenie pisemnej zgody na udział w Programie (wzór zgody stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Programu);
- ✓ wypełnienie ankiety kwalifikującej do udziału w module II Programu (wzór ankiety stanowi załącznik nr 2 do niniejszego Programu);
- ✓ negatywny wynik II-giej części ankiety kwalifikującej do udziału w II module Programu lub występowanie objawów potencjalnie pozwalających na podejrzenie nowotworu piersi lub pozytywny wynik badania palpacyjnego (wyczuwalna zmiana) - decyzję o tym, czy przeprowadzić badanie i jakie każdorazowo – indywidualnie – podejmuje lekarz.

Jak wynika ze wzoru ankiety pierwszą jej część (strona pierwsza) wypełnia potencjalna uczestniczka Programu, która udaje się z nią do wyłonionego w procedurze konkursowej Realizatora Programu (docelowo: lekarza), który przeprowadza szczegółowy wywiad rodzinny w oparciu o II część przedmiotowej ankiety. O negatywnym wyniku ankiety i przeprowadzeniu konkretnych badań każdorazowo (i indywidualnie) decyduje lekarz, który przeprowadzał wywiad w odniesieniu do występujących u danej pacjentki czynników ryzyka (co najmniej 2 czynniki ryzyka). Warto jednak podkreślić, iż w większości przypadków, przyczyna zachorowania na raka piersi jest nieznana lub trudna do zidentyfikowania. Jedynie u blisko 25% kobiet występują znane czynniki ryzyka.

4. Kryteria wyłączenia kobiet z udziału w module II Programu:

- ✓ wykonanie u pacjentki w okresie ostatniego roku badania mammograficznego;
- ✓ wykonanie u pacjentki w okresie ostatniego roku badania USG piersi;
- ✓ stwierdzony nowotwór piersi;
- ✓ brak pisemnej zgody na udział w Programie;
- ✓ wiek poniżej 45. roku życia lub równy/powyżej 50. roku życia;
- ✓ pozytywny wynik II-giej części ankiety kwalifikującej do udziału w II module Programu. Przez pozytywny wynik ankiety rozumie się brak występowania czynników ryzyka lub występowanie tylko jednego czynnika ryzyka (płeć).

§ 3. Tryb zapraszania do Programu

1. Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia istnieją dwa kluczowe czynniki wczesnego wykrywania nowotworu, mianowicie:

- 1) edukacja w zakresie promocji wczesnej diagnostyki;
- 2) badania przesiewowe.

2. Edukacja zdrowotna wielokrotnie w opiniach Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wskazywana jest jako wartość dodana do realizacji programu polityki zdrowotnej przy niewielkim nakładzie finansowym. Działania edukacyjne, jakie proponuje się w ramach Programu zostaną skierowane bezpośrednio do populacji kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w przedziale wiekowym powyżej 25. roku życia, a pośrednio do całej populacji Gminy Toszek.

3. Przeprowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej skierowanej do mieszkanek Gminy Toszek na temat jego skuteczności i metod wczesnego wykrywania zachorowań na nowotwór raka piersi poprzez:



- 1) wykonanie i rozwieszenie na terenie Gminy Toszek plakatów (lub/i ulotek) promocyjno-edukacyjnych o realizacji Programu;
- 2) kolportaż książeczek instruktażu/instrukcji samobadania piersi;
- 3) umieszczenie informacji na stronie internetowej samorządu przez cały okres realizacji Programu;
- 4) zamieszczenie informacji w gminnej gazecie samorządowej oraz w programie lokalnej telewizji;
- 5) zawieszenie plakatów promocyjno-edukacyjnych w siedzibie realizatora/realizatorów Programu i na tablicach ogłoszeń na terenie gminy;
- 6) w przypadku małej aktywności kobiet w zakresie uczestnictwa w Programie, przewiduje się wysyłanie pisemnych zaproszeń;
- 7) spotkania edukacyjne – w całym okresie trwania Programu przewiduje się zorganizowanie cyklu spotkań edukacyjno-informacyjnych (przynajmniej 2 spotkania na rok), skierowanego do żeńskiej populacji gminy. Proponowane (sugerowane) na etapie tworzenia Programu tematy spotkań⁷²:
 - a) rak piersi - problem zdrowotny, epidemiologia, czynniki ryzyka oraz profilaktyka;
 - b) opis dostępnych metod diagnostyki raka piersi oraz motywowanie do aktywnej profilaktyki raka piersi (obecnie oraz w przyszłości) kobiet uczestniczących w spotkaniach;
 - c) „choroby kobiece” – opis chorób, na które kobiety są szczególnie narażone, wskazanie rodzaju guzków piersi oraz opis niepokojących objawów;
 - d) zasady samobadania i samokontroli oraz ich znaczenie w codziennym życiu poprzez budowanie tzw. czujności onkologicznej;
 - e) organizacja (w zależności od sytuacji epidemiologicznej oraz zgromadzonych ofert) indywidualnych lub grupowych instruktaży samobadania piersi (w formie warsztatów, których celem będzie nauczanie kobiet samodzielnego, palpacyjnego badania piersi i obserwacji własnego ciała);
 - f) życie z rakiem piersi – leczenie - spotkanie z kobietą (lub kobietami), która (które) choruje (chorują) lub pokonała (pokonały) raka piersi;
 - g) spotkanie o tematyce psychologicznej np. „Jak radzić sobie z chorobą?”, których celem będzie zapewnienie kobietom poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego i współodpowiedzialności za własne zdrowie, kształtowanie poczucia odpowiedzialności i solidarności społecznej.

Czas trwania pojedynczego spotkania uzależniony będzie od poruszanej na nim tematyki oraz liczby uczestniczących w nim kobiet oraz ich zainteresowania daną tematyką, bowiem w ramach każdego spotkania po wygłoszeniu wykładu przewiduje się panel dyskusyjny wszystkich uczestniczek, jednak minimalny czas trwania jednego spotkania wyznaczono na 45 minut. Maksymalna liczba uczestników spotkania uzależniona będzie od liczby zainteresowanych daną tematyką kobiet oraz warunków lokalowych, a także od panującej sytuacji epidemiologicznej, w tym wdrożonych obostrzeń⁷³.

⁷² Jak wskazano we wcześniejszych postanowieniach Programu docelowo planuje się zorganizowanie co najmniej jednego spotkania na pół roku, co daje 2 spotkania rocznie i 4 spotkania edukacyjne w okresie realizacji Programu (tj. w okresie 2 lat). W Programie wskazano więcej tematów spotkań. Faktyczna liczba zrealizowanych spotkań oraz ich tematyka będzie zależeć od zainteresowania Adresatek Programu lub dostępnych na rynku ofert oraz kosztów usług związanych z organizacją tego typu szkoleń.

⁷³ W przypadku wdrożenia ścisłych obostrzeń związanych z zakazem organizowania zgromadzeń możliwe będzie zorganizowanie spotkań w trybie online, gdzie nie ma ograniczenia w stosunku co do liczby uczestników



Biorąc pod uwagę liczebność populacji, wagę poruszanego problemu zdrowotnego oraz warunki lokalowe obiektów gminnych przewiduje się, że jednorazowo w spotkaniu edukacyjnym może wziąć udział maksymalnie 200 osób (kobiet).

4. Podczas organizowanych w ramach Programu spotkań edukacyjnych kobietom będzie przekazywana informacja o „Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi”, co jest działaniem uzasadnionym. Ponadto każda z uczestniczek otrzyma książeczkę instruktażu samobadania piersi.

5. Jednym z celów szczegółowych Programu jest zwiększenie wiedzy i świadomości kobiet uczestniczących w działaniach edukacyjnych, w związku z czym zaplanowano weryfikację poziomu wiedzy uczestniczek Programu za pomocą testów przed i po przeprowadzeniu działań edukacyjnych. Wzór „testu wiedzy” stanowi odpowiednio załącznik nr 3 do niniejszego Programu.

6. W odnalezionych rekomendacjach w ramach działań profilaktycznych nacełowanych na raka piersi zaleca się realizowanie działań edukacyjnych, skupionych na uświadamianiu o ryzyku zdrowotnym związanym z rakiem piersi. Należy uwzględnić w edukacji również informacje odnoszące się do korzyści zdrowotnych i potencjalnego ryzyka wynikającego z realizacji badań przesiewowych z wykorzystaniem mammografii (PAHO/WHO 2020, RACGP 2018, EUSOMA 2012, ACOG 2011). Dodatkowo eksperci zachęcają do przekazywania informacji pacjentkom o potrzebie samobadania własnego ciała i informowania lekarza o wszelkich zmianach i podejrzeniach z nim związanymi (ACS 2019, ACP 2018, EUSOMA 2012, ACOG 2011). Według niektórych wytycznych należy zasugerować przeprowadzenie badań genetycznych kobietom z obciążającym wywiadem rodzinnym, w celu wykluczenia dziedzicznego ryzyka wystąpienia raka piersi (PTOK 2020, USPSTF 2019, ESMO 2019, ACS 2019, RACGP 2018, ESMO 2016, USPSTF 2016, EUSOMA 2012, ACOG 2011).

7. Warto podkreślić, że badanie mammograficzne oraz USG piersi są świadczeniami gwarantowanymi realizowanym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

8. W rekomendacjach podkreśla się przede wszystkim potrzebę realizacji badań przesiewowych nacełowanych na raka piersi. Zgodnie z zawartymi informacjami, przesiew ten powinien być realizowany w formie co dwuletniej mammografii (PTOK 2020, ESMO 2019, ACP 2018, RACGP 2018, CTHPH 2018, USPSTF 2016, SEOM 2014, ESMO 2013, EUSOMA 2012). Autorzy rekomendacji nie zalecają natomiast MRI, tomosyntezy ani USG piersi jako metody przesiewowej w kierunku raka piersi. Ponadto eksperci zdecydowanie nie zalecają prowadzenia klinicznego badania piersi na zasadzie przesiewu nowotworowego (ACP 2018, CTFPH 2018).

9. Centres for Disease Control and Prevention sugeruje, że krótkotrwała edukacja zdrowotna, czy też jednokrotne działanie (zaledwie kilka godzin) może być wystarczające do osiągnięcia trwałego i wymiernego efektu w utrzymaniu zdrowych zachowań populacji poddanej edukacji. Brakuje natomiast badań potwierdzających wpływ zajęć grupowych na wzrost uczestnictwa w mammograficznych badaniach przesiewowych⁷⁴.

⁷⁴ Opinia Agencji Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji nr 2/2017 z dnia 4 stycznia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka raka piersi u kobiet, mieszanek Wrocławia”



10. O Przystąpieniu do Programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Uczestniczki będą przyjmowane do momentu osiągnięcia limitu osób⁷⁵, jaki zadeklaruje realizator/realizatorzy w złożonej w procedurze konkursowej ofercie. Program obejmie wszystkie kobiety z populacji spełniające kryteria włączenia, do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na realizację zaplanowanych interwencji.

Rozdział 4 Organizacja Programu

§ 1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne oraz realizatorzy tych działań będą zależeć od ich charakteru - ze względu na podjęcie czynności o charakterze edukacyjno-informacyjnym oraz samych badań przesiewowych organizacja Programu zostanie podzielona na 2 moduły:

- 1) moduł I - edukacja;
- 2) moduł II - diagnostyka.

Moduł I - edukacja

2. Gmina Toszek nastawiona jest na prowadzenie szerokiej akcji edukacyjno-informacyjnej, która będzie nie tylko promować wykonywanie badań profilaktycznych, ale przede wszystkim będzie formą edukacji kobiet po 25. roku życia.

3. Planuje się zorganizowanie cyklu spotkań edukacyjnych (przynajmniej dwóch grupowych spotkań w ciągu jednego roku realizacji Programu) z wyselekcjonowaną kadrą medyczną. Minimalny czas trwania jednego spotkania wyznaczono na 45 minut. Maksymalna liczba kobiet, która może wziąć udział w jednym spotkaniu została określona na poziomie 200 uczestniczek. W przypadku, gdy liczba kobiet zainteresowanych tematem danego spotkania będzie większa, wówczas spotkanie o danej tematyce będzie można zorganizować kilkakrotnie (dla różnych grup) lub transmitować na żywo za pośrednictwem wykorzystania dostępnych środków masowego przekazu. Jak wskazano powyżej tematyka spotkań edukacyjnych będzie różnorodna. Każda kobieta kwalifikująca się do udziału w module edukacyjnym Programu może uczestniczyć w każdym z organizowanych spotkań.

4. Dodatkowo w celu zainteresowania kobiet udziałem w Programie na stronie internetowej samorządu będą się pojawiać informacje o Programie, w tym terminy i tematy spotkań. Reklama Programu zostanie także rozpowszechniona za pośrednictwem innych dostępnych kanałów informacyjnych.

5. Postępowanie (lub postępowania) o wyłonienie realizatora/realizatorów spotkań edukacyjnych zostaną przeprowadzone zgodnie z zasadą uczciwej konkurencji i równego traktowania - spotkania te będą realizowane przez firmę szkoleniową lub bezpośrednio przez pielęgniarki, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, ginekologów lub specjalistów onkologicznych. Podczas spotkań przeprowadzane będą grupowe oraz indywidualne rozmowy z kobietami uczestniczącymi w spotkaniu, w tym indywidualne instruktaże samobadania piersi.

⁷⁵ Na etapie tworzenia postanowień Programu nie jest możliwe sprecyzowanie liczby kobiet, które będą mogły wziąć udział w Programie. Zależy to w dużej mierze od warunków, jakimi dysponować będzie potencjalny realizator (bądź realizatorzy)



6. W przypadku instruktazu samobadania piersi dla komfortu kobiet oprócz ogólnych teoretycznych spotkań szkoleniowych/edukacyjnych bardzo ważne jest zachowanie intymności spotkań indywidualnych, dlatego też wyłoniony podmiot leczniczy, posiadający odpowiedni personel medyczny i pomocniczy, warunki lokalowe, specjalistyczny sprzęt diagnostyki oraz kilkuletnie doświadczenie, będzie także nieodpłatnie indywidualnie świadczył usługi edukacyjne.

7. W przypadku modułu I – edukacyjnego wyłonienie realizatora/realizatorów Programu (wykonawcy usługi) nastąpi w wyniku przeprowadzonego postępowania podprogowego o wartości poniżej 130.000,00 zł netto zgodnie z postanowieniami wewnętrznego Regulaminu udzielania zamówień publicznych o wartości poniżej kwoty 130.000,00 zł przyjętego w drodze zarządzenia Burmistrza Toszka, w szczególności poprzez:

- 1) przesłanie zapytania ofertowego za pośrednictwem poczty elektronicznej (e-mail) do wybranych firm i instytucji lub umieszczeniu na platformie zakupowej;
- 2) przeanalizowanie złożonych ofert i wybór najkorzystniejszej oferty;
- 3) zawarcie umowy(-ów) lub zlecenia (zleceń) z wyłonionym(-nymi) realizatorem/realizatorami modułu I niniejszego Programu.

Moduł II - diagnostyka

8. W przypadku modułu II - diagnostycznego wyłonienie realizatora/realizatorów Programu nastąpi w drodze otwartego konkursu ofert, ogłoszonego na podstawie art. 48 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm., dalej: „u.d.l.”) poprzez:

- 4) ogłoszenie przez Burmistrza Toszka otwartego konkursu ofert na wybór realizatora/realizatorów Programu;
- 5) powołanie przez Burmistrza Toszka Komisji Konkursowej;
- 6) przeanalizowanie złożonych ofert przez Komisję Konkursową i przedstawienie Burmistrzowi Toszka propozycji wyboru realizatora/realizatorów Programu;
- 7) ogłoszenie przez Burmistrza Toszka wyników otwartego konkursu ofert;
- 8) zawarcie umowy(-ów) z wyłonionym(-nymi) w drodze otwartego konkursu ofert realizatorem/realizatorami Programu.

9. Zakwalifikowanie uczestników Programu na podstawie ustalonych kryteriów poprzez wypełnienie ankiety kwalifikującej do Programu.

10. Przeprowadzenie, po wyłonieniu realizatora/realizatorów Programu

- 1) ogólnego badania pacjenta przez lekarza (w tym przeprowadzenie szczegółowego wywiadu w szczególności w zakresie obciążenia genetycznego w zakresie choroby nowotworowej w oparciu o czynniki ryzyka wskazane w ankiecie);
- 2) przeprowadzenie krótkich działań edukacyjno-informacyjnych podczas wizyty lekarskiej;
- 3) wykonanie badania mammograficznego lub ultrasonograficznego – USG u kobiet, u których wystąpiły czynniki ryzyka – należy zaznaczyć, że badanie USG może być wykonane w przypadku, gdy wykonanie badania mammograficznego nie jest możliwe/wskazane, w szczególności ze względu na budowę piersi lub w sytuacji uzyskania niejednoznacznego wyniku z badania - wówczas dopuszczalne jest przeprowadzenie dodatkowego badania USG jako uzupełnienie badania mammograficznego, oczywiście o ile zostanie ono zarekomendowane przez lekarza;
- 4) ewentualne skierowanie kobiet do dalszej diagnostyki lub leczenia;



- 5) ponowne wypełnienie ankiety oceniającej wiedzę oraz ankiety zadowolenia z udzielonych świadczeń.

11. Monitoring realizacji Programu poprzez:

- 1) półroczne przekazywanie Burmistrzowi Toszka przez realizatora/realizatorów Programu pisemnych sprawozdań o ilości zgłoszonych kobiet oraz o stopniu zrealizowania punktów Programu - w tym wyniki wywiadu lekarskiego, ankiety kwalifikującej oraz wykonanych badań;
- 2) przekazanie przez realizatora/realizatorów Programu Burmistrzowi Toszka rocznej informacji zbiorczej o przebiegu realizacji Programu w odniesieniu do w/w kryteriów.

§ 2. Planowane interwencje

Interwencje planowane w ramach Programu są spójne i przedstawione w poniższej tabeli dwa moduły uzupełniają się wzajemnie:

Tabela 7

Planowane interwencje przeprowadzone w ramach Programu z wyszczególnieniem na moduły

	Moduł I - EDUKACJA	Moduł II - DIAGNOSTYKA
Planowane działania	opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, w tym plakatów, instrukcji samobadania piersi, dokumentacja Programu, logo i inne	działania promocyjno-edukacyjne podczas wizyty lekarskiej
	poinformowanie kobiet o Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zachęcenie ich do uczestnictwa w nim w przyszłości	poinformowanie kobiet o Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi finansowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz zachęcenie ich do uczestnictwa w nim w przyszłości
	zorganizowanie indywidualnych spotkań instruktażowych samobadania piersi	zorganizowanie indywidualnych spotkań instruktażowych samobadania piersi
	stałe monitorowanie i ewaluacja Programu	stałe monitorowanie i ewaluacja Programu
	zakup dwóch fantomów do instruktażu samobadania piersi	prowadzenie i archiwizowanie dokumentacji medycznej oraz dokumentacji Programu
	zorganizowanie przynajmniej jednego spotkania na półrocze (dwa w ciągu jednego roku) dla żeńskiej populacji kobiet, w celu ukształtowania w nich postaw prozdrowotnych oraz pogłębienia świadomości, w szczególności na ryzyko zachorowania na raka piersi	przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego o potencjalnych czynnikach ryzyka - stylu życia, genetyce i sposobie odżywiania; konieczność wypełnienia ankiety kwalifikującej - o przystąpieniu do modułu decydują wyniki przeprowadzonej przez lekarza ankiety (badaniom specjalistycznym zostaną poddane wyłącznie kobiety z grupy ryzyka, tj. u których występują czynniki ryzyka)
	-	wykonanie przedmiotowych badań oraz konsultacja wyników badania diagnostycznego (mammografii i/lub USG piersi)

źródło: opracowanie własne



§ 3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Kryteria i sposobów kwalifikacji uczestników w Programie zostały przedstawione w formie tabelarycznej (tabela 8):

Tabela 8

Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników w Programie

Kryterium	Moduł I - EDUKACJA	Moduł II - DIAGNOSTYKA
1	2	3
pleć żeńska	X	X
miejsce zamieszkania – Gmina Toszek	X	X
wiek	powyżej 25. roku życia	45-49 rok życia
ogólny stan zdrowia pozwalający na uczestnictwo w Programie	X	X
występowanie innych okoliczności/ czynników ryzyka określonych w ankiecie kwalifikującej do Programu	nie dotyczy	X
brak stwierdzonej choroby raka piersi	—	X

źródło: opracowanie własne

§ 4. Zasady udzielania świadczeń w ramach Programu

1. Wszelkie świadczenia zdrowotne realizowane w ramach niniejszego Programu będą udzielane uczestnikom bezpłatnie. Warto podkreślić, że badanie mammograficzne oraz USG piersi są świadczeniami gwarantowanymi realizowanym w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). By móc wziąć udział w badaniach wystarczy zgłosić się do placówki medycznej realizującej Program (tj. do realizatora Programu).

2. W celu zwiększenia dostępności do spotkań edukacyjnych (organizowanych w ramach modułu I – edukacja) zapewnia się, że spotkania będą organizowane na terenie Gminy Toszek.

§ 5. Sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Obecnie mieszkańcy Gminy Toszek mają możliwość korzystania ze świadczeń oferowanych w ramach ubezpieczenia w NFZ wyłącznie na podstawie wystawionego skierowania. Niniejszy Program polityki zdrowotnej ma za zadanie zwiększyć dostępność do specjalistycznych badań w kierunku wykrycia raka piersi u kobiet młodszych, tj. w wieku 45-49 lat bez konieczności okazania skierowania od lekarza POZ lub innego lekarza udzielającego świadczenia w ramach ważnej umowy z NFZ oraz bez długiego okresu oczekiwania, skorzystanie z darmowego badania. W Polsce z budżetu państwa finansowany jest Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz procedura „Zielonej Karty”. Zadania opisane w Programie polityki zdrowotnej uzupełniają w/w świadczenia zdrowotne stanowiąc rozszerzenie dostępu mieszkankom całej Gminy Toszek do diagnostyki specjalistycznej w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi oraz edukacji zdrowotnej.



§ 6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Program, w opinii autorów, jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z art. 2 pkt 1-4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1956 z późn. zm.).

§ 7. Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu, jeżeli istnieją wskazania

Elementem kończącym udział w Programie będzie przekazanie danej pacjentce wyników badań i ewentualne jej skierowanie na poszerzenie diagnostyki lub leczenie do poradni onkologicznej w ramach NFZ. Uczestniczki zostaną także poproszone o wypełnienie ankiety oceniającej realizację Programu oraz czynników predysponujących do powstania raka piersi. Wyniki te zostaną zestawione i porównane z ankietą wypełnioną na początku trwania Programu. Każda z uczestniczek spotkania edukacyjnego dostanie książeczkę instruktażu samobadania piersi do domu. Zarówno przystąpienie, jak i odstąpienie od uczestnictwa ma charakter dobrowolny. Możliwe jest odstąpienie od uczestnictwa w Programie w każdym momencie jego trwania.

§ 8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

1. Na bezpieczeństwo planowanych interwencji wpłyną:
 - 1) wysokie kompetencje realizatorów Programu;
 - 2) wyspecjalizowana kadra pracownicza;
 - 3) przygotowywanie raportów w trakcie i po realizacji Programu;
 - 4) ochrona danych osobowych beneficjentów Programu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
2. Program będzie pod systematycznym monitoringiem koordynatora. Będzie on sporządzał półroczne sprawozdanie z zakresu realizacji Programu (zawierający regularnie zbierane i analizowane informacje związane ze wszelkimi aspektami realizacji Programu).
3. W trakcie konsultacji lekarskiej lekarz będzie zobowiązany do wykonania badania fizykalnego, dokładnego wywiadu oraz ewentualnego skierowania na dalszą diagnostykę - zaplanowane do przeprowadzenia badania są bezpieczne:
 - 1) ultrasonografia piersi (USG) nie jest badaniem zastępującym mammografię, natomiast w większości przypadków stanowi jego uzupełnienie. Od 2010 roku w Polsce w badaniach mammograficznych obowiązuje stosowanie klasyfikacji BIRADS. Została ona opracowana przez Polskie Towarzystwo Ultrasonograficzne oraz opublikowana w Standardach badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Standardy, opierające się na klasyfikacji BIRADS-USG, wprowadziły ujednolicenie opisów badań ultrasonograficznych piersi oraz terminologii nieprawidłowych zmian w piersiach. Klasyfikacja BIRADS-usg uwzględnia elementy morfologiczne budowy piersi oraz występujących w nich nieprawidłowych zmian ogniskowych. Pozwala różnicować zmiany łagodne od podejrzanych o złośliwość. Zawiera informacje na temat ryzyka złośliwości zmian ogniskowych oraz propozycje algorytmów diagnostyczno-terapeutycznych (z uwzględnieniem biopsji) w odniesieniu do zmian o różnym charakterze. Sprzęt do badań diagnostycznych musi posiadać odpowiednie certyfikaty jakości oraz podlegać obowiązkowej kontroli ich bezpieczeństwa zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami:



- a) dokumentacja medyczna w ramach Programu prowadzona będzie zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r. poz. 666 z późn. zm.);
 - b) personel realizujący świadczenia zdrowotne w ramach Programu przestrzegać będzie przepisów w zakresie ochrony danych osobowych oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. 2021 r. poz. 796 późn. zm.) - art. 40;
- 2) mammografia jest badaniem rentgenowskim piersi. Promieniowanie X pozwala na prześwietlenie wszystkich tkanek piersi. Wiąże się to z pochłonięciem pewnej dawki promieniowania, jest ona niewielka i zazwyczaj nie powoduje żadnych efektów ubocznych. Eksperci są zgodni, że dawka promieniowania otrzymana w czasie mammografii jest niska. Nowoczesne aparaty mammograficzne (cyfrowe) ograniczają tę dawkę do minimum. Badanie mammograficzne pozwala wykryć wszelkie zmiany nowotworowe i patologiczne, które powstają w piersiach. Jest to, jak do tej pory, najlepsza metoda wykrywania raka we wczesnym stadium jego rozwoju. Dzięki mammografii można wykryć zmiany niewyczuwalne dla lekarza czy samej kobiety. Niektóre kobiety odczuwają krótko trwające uczucie dyskomfortu związane z koniecznością ucisku piersi podczas wykonywania badania. Przed wykonaniem mammografii kobieta powinna być poinformowana o mogącym wystąpić krótkotrwałym bólu i dyskomforcie psychicznym.
4. Warto zwrócić uwagę na kolejność wskazanych w ust. 3 proponowanych badań wykonywanych w ramach niniejszego Programu, bowiem przyjmuje się, że do wykrywania raka piersi najczęściej stosuje się mammografię, a USG stanowi jej uzupełnienie. Jednak zdaniem ekspertów klinicznych (m.in. Polskie Towarzystwo Onkologiczne) na mammografię mogą być kierowane kobiety, jeżeli lekarz uzna to za konieczne (gdy występują naprawdę niepokojące objawy zaistnienia choroby nowotworowej gruczołu sutkowego), jednak u kobiet młodszych, tj. w wieku 45-49 lat zazwyczaj wykonywane jest zadanie USG piersi, ze względu na charakterystyczną dla tego wieku budowę tkanki piersiowej i rozmiaru gruczołu⁷⁶. Toszecki samorząd podjął dlatego decyzję o kierowaniu kobiet we wskazanym przedziale wiekowym na badanie mammograficzne lub badanie USG piersi w zależności od indywidualnych zaleceń lekarza.
5. Planowane interwencje w ramach Programu są realizowane zgodnie z obecnym stanem wiedzy i uwarunkowaniami prawnymi w tym zakresie.

§ 9. Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji Programu

1. Kryteria wyboru realizatora/ realizatorów Programu są inne w zależności od modułu – przedstawiono je w formie tabelarycznej (tabela 9).

⁷⁶ Opinia Prezesa Agencji oceny Technologii Medycznych i taryfikacji nr 130/2016 z dnia 29 lipca 2016 r. o projekcie Programu polityki zdrowotnej, profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi wśród mieszkańców miasta Jastrzębie-Zdrój



Tabela 9

Kompetencje i warunki niezbędne do realizacji Programu ze względu na moduły

Moduł I - EDUKACJA	Moduł II - DIAGNOSTYKA
1	2
w zakresie edukacji zostaną przeprowadzone postępowania zgodnie z zasadami uczciwej konkurencji i równego traktowania, przy czym ważnym kryterium będą: 1) miejsce przeprowadzenia spotkań edukacyjnych na terenie Gminy Toszek 2) posiadane przez oferentów kompetencje - szkolenia z zakresu edukacji zdrowotnej będą mogły wykonywać jedynie specjalizujące się w tematyce podmioty lecznicze, firmy szkoleniowe lub indywidualne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, tj. przykładowo lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, onkolodzy, ginekolodzy, specjaliści naukowcy, przedstawiciele stowarzyszeń na rzecz walki z rakiem	1) udział w Programie będą mogły wziąć podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 u.d.l.; 2) położenie placówki; 3) posiadanie niezbędnego sprzętu medycznego i wyposażenia do realizacji Programu; 4) zatrudnianie personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje do realizacji Programu; 5) przedstawione w ofercie zasady informowania o możliwości wzięcia udziału w Programie

źródło: opracowanie własne

2. Spełnienie wszystkich warunków przez realizatora/realizatorów Programu gwarantuje jego prawidłową realizację.

§ 10. Dowody skuteczności planowanych działań

1. Przy opracowaniu metodologii niniejszego Programu polityki zdrowotnej wykorzystano z wielu opracowań oraz opinii ekspertów zawartych w niżej wymienionych publikacjach, które zaiste stanowią same w sobie dowód skuteczności planowanych działań:

- 1) Didkowska J., Wojciechowska U., Olasek P. Caetano dos Santos F., Michałek I., *Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku. Cancer in Poland in 2019*, Narodowy Instytut Onkologii, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2021;
- 2) Rekomendacje Zarządu Głównego PTG w sprawie profilaktyki i wczesnej diagnostyki zmian w gruczole sutkowym (23.02.2005 r.);
- 3) *Epidemiologia i profilaktyka raka piersi*, Epidemiology and Prophylaxis of Breast Cancer;
- 4) Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M., *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;
- 5) Nowicki A., Olszewska A., Humaska M., *Wykrywanie raka piersi poprzez samobadanie. Badanie retrospektywne u kobiet po operacji*, Ginekol Pol. 2007, 78, 293-298;
- 6) American Cancer Society recommendations for early breast cancer detection in women without breast symptoms: <http://www.cancer.org/>;
- 7) Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych - 2013, Jassem J. i inni, Gdańsk, Via Medica, 2013;
- 8) Rak piersi - znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej Joanna Tkaczuk-Włach, Małgorzata Sobstyl, Grzegorz Jakiel, Przegląd Menopauzalny 2012; 4, 343-347;
- 9) Badania przesiewowe w kierunku raka sutka Zalecenia U.S. Preventive Services Task Force, Screening for breast cancer U.S. Preventive Services Task Force;



- 10) Smaga A., Mikułowska M., Komorowska A., dr Falkiewicz B., *Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja*, Sequence HC Partners, Jerzy Gryglewicz - Uczelnia Łazarskiego
- 11) Stoppard M., *W trosce o Twoją pierś*, Warszawa 1997
- 12) K. de Walden-Gałuszek *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2015
- 13) Wirga M. „Zwyciężyć chorobę”, KOS, 2015
- 14) E. Dmoch-Gajzlerska, M. Rabiej „Opieka położnej w ginekologii i onkologii ginekologicznej”, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2016
- 15) M. Pawlicki „Rak piersi nowe nadzieje i możliwości leczenia”, Alfa-Medica- Press, 2011
- 16) E. Mikołajewska „Fizjoterapia po mastektomii”, PZWL, Warszawa 2010, wyd. I
- 17) L. Tabar „Rak piersi- wczesne wykrywanie przy użyciu mammografii”, Medipage, Warszawa, 2010, wyd.

2. Obecnie w Polsce finansowany jest ze środków publicznych Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, w ramach którego realizowane są badania mammograficzne co 2 lata u kobiet w wieku między 50. a 69. rokiem życia. Na mammografii poza w/w Programem mogą zostać kierowane kobiety, u których lekarz pierwszego kontaktu uzna to za konieczne. Warto jednak przytoczyć wnioski z badania Nesser 2007, które wykazały, że wyniki analizy przeprowadzonej w oparciu o konserwatywne założenia wykazują jednoznacznie, że tylko prowadzenie zorganizowanych programów badań przesiewowych w kierunku raka piersi, w porównaniu ze strategią skринingu okazjonalnego, pozwala uzyskać istotną redukcję umieralności z powodu raka piersi, przy dodatkowych kosztach pozostających na umiarkowanym poziomie. Zgodnie z raportem NICE wczesna diagnoza chorób nowotworowych oraz wybór optymalnej drogi leczenia raka piersi prowadzi do mniejszej śmiertelności oraz zwiększa przeżywalność u pacjentów cierpiących na tę chorobę nowotworową. Prowadzenie uzupełniających działań z zakresu profilaktyki raka piersi jest uzasadnione.

3. W Polsce działania w zakresie profilaktyki i wykrywania nowotworów piersi są podejmowane w szczególności przez samorządy dużych miast Wrocławia, Kalisza, Gdyni, Sopotu, Opola, Chorzowa oraz w 2018 r. w Powiecie Żarskim. Programy, które otrzymały opinię pozytywną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uwzględniają edukację zdrowotną z nauką samobadania piersi oraz badanie mammograficzne dla określonej wiekiem populacji kobiet. Ilość takich Programów wciąż jest niewystarczająca, zwłaszcza wśród mniejszych samorządów. Świadomość małych, wiejskich społeczności na temat zdrowia nie jest zadowalająca, przez co niezbędnym staje się wdrożenie niniejszego Programu.

4. Program został opracowany po rozpoznaniu lokalnych zasobów oraz potrzeb i oparty jest na założeniach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Rozdział 5 Koszty

§ 1. Koszty jednostkowe

1. Przewiduje się, że w Programie (w całym okresie jego realizacji – 2 lata) weźmie udział około 1.808 kobiet, co stanowi blisko 50% całej żeńskiej populacji w przedziale wiekowym od 25. roku życia, z uwzględnieniem kryterium zamieszkiwania (a nie zameldowania) na terenie Gminy Toszek.

**Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia**

okres realizacji: lata 2023-2024



Tabela 10

Zestawienie kosztów jednostkowych uczestnika Programu

Lp.	Kryterium	Planowane koszty jednostkowe ⁷⁷	
Moduł I - edukacja			
1.	Koszt wykonania materiałów promocyjno-edukacyjnych oraz prowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej, w tym:	80,00 zł	
		koszt jednostkowy (na 1 osobę)	
	1) wykonanie plakatów oraz książeczek instruktażu samobadania piersi	25,00 zł	
	2) przeprowadzenie szkoleń z zakresu edukacji i profilaktyki raka piersi wśród kobiet – mieszkanek Gminy Toszek - wynagrodzenie szkoleniowca (zaproszenie specjalistów z dziedziny onkologii, opłacenie lektora)	35,00 zł	
	3) koszty związane z przeprowadzeniem szkolenia, tj. poczęstunek, ewentualny wynajem sali konferencyjnej/szkoleniowej na potrzeby Programu	6,00 zł	
	4) zakup maks. 2 fantomów ⁷⁸ do instruktażu samobadania piersi lub innych akcesoriów (np. jednorazowych rękawiczek do samobadania piersi, środków do dezynfekcji)	10,00 zł	
	5) ewentualnie wysłanie pocztą indywidualnych pisemnych zaproszeń do udziału w Programie (tylko w przypadku bardzo niskiej aktywności)	4,00 zł	
Moduł II - diagnostyka			
		375,00 zł	
2.	Konsultacja lekarska (w tym przeprowadzenie palpacyjnego badania piersi)	200,00 zł	
3.	Wykonanie mammografii (tylko we wskazanych przez lekarza przypadkach)	średnia arytmetyczna	160,00 zł
4.	Wykonanie USG (tylko we wskazanych przez lekarza przypadkach)		190,00 zł
Monitorowanie i ewaluacja Programu			
	Koszty ewaluacji końcowej – koszty opracowania dokumentacji porównawczej (statystycznej) w oparciu o porównanie stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach Programu ze stanem po jego ukończeniu z wykorzystaniem wybranych mierników efektywności. Dokumentacja zostanie opracowana przez wyznaczonego pracownika Urzędu. Koszty wskazane w tej pozycji tabeli związane są z kosztami zakupu artykułów biurowych (głównie papier) oraz materiałów eksploatacyjnych (toner) – łączne koszty: 2.0000,00 zł	1,10 zł	
RAZEM:		456,10 zł	

źródło: opracowanie własne

⁷⁷ Na podstawie cennika jednostek rozliczeniowych na rok 2016 pobrany ze strony internetowej <http://www.nfz.gov.pl/>

⁷⁸ Możliwe, że program będzie realizowany (kontynuowany) w latach następnych, dlatego zakupione fantomy będą wykorzystywane przez lata. Po zakończeniu ich realizacji można je przekazać placówce medycznej lub oświatowej z terenu Gminy Toszek



2. Przedstawiona w ust. 1 tabela obrazuje zestawienie kosztów jednostkowych brutto uwzględniając wykonania zarówno badania USG, jak i badania mammograficznego. Wiadome jest, że w ramach modułu diagnostycznego zostanie przeprowadzone tylko jedno z tych badań w zależności od zaleceń lekarza oraz ewentualne koszty korespondencyjne. W przypadku małej ilości przeprowadzenia badań mammograficznych pozostałe środki finansowe zabezpieczone na realizację programu zostaną przeznaczone na dodrukowanie materiałów edukacyjnych lub zwiększenie liczby spotkań edukacyjnych.

3. Koszty jednostkowe będą zróżnicowane dla uczestniczek poszczególnych modułów Programu. Koszty Programu obrazuje poniższa tabela:

Tabela 11

Koszty jednostkowe uczestniczek poszczególnych modułów Programu

	Moduł I - edukacja	Moduł II - diagnostyka
Liczba kobiet planowanych do uczestnictwa w danym module Programu (50% populacji kobiet kwalifikującej się do danego modułu)	1.808 osób	167 osób
Koszt jednostkowy dla danego modułu Programu (średnia arytmetyczna kosztów jednostkowych dla danej populacji)	80,00 zł	375,00 zł
Koszt Programu - suma modułów dla każdego modułu (wynik mnożenia liczby osób planowanych do objęcia modulem oraz średniej arytmetycznej kosztów)	144.640,00 zł	62.625,00 zł
Koszty ewaluacji końcowej	2.000,00 zł	
ŁĄCZNY KOSZT PROGRAMU	209.265,00 zł	

źródło: opracowanie własne

4. Uwzględniając postanowienia ust. 1-3 przewidywany koszt jednostkowy realizacji Programu wyniesie maksymalnie 456,10 zł brutto dla uczestniczek obydwu modułów.

5. Przewidywany koszt jednostkowy dla obydwu modułów zawiera:

- 1) prowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej;
- 2) zorganizowanie cyklu spotkań edukacyjnych;
- 3) koszt wykonania materiałów promocyjno-edukacyjnych przez Urząd Miejski w Toszku oraz prowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej;
- 4) koszt konsultacji lekarskiej, w tym koszt badań diagnostycznych (to czy badanie jest wykonane, jakiej i/lub w jakiej kolejności to kwestia ustalana indywidualnie);
- 5) prowadzenie dokumentacji medycznej;
- 6) ewentualne koszty korespondencyjne;
- 7) koszty monitorowania i ewaluacji.

6. W/w kwoty to ceny orientacyjne - rzeczywiste koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń zdrowotnych i podjętych czynności edukacyjnych określone zostaną po rozstrzygnięciu konkursu ofert oraz postępowania poniżej wartości 130.000,00 zł na wybór realizatora/realizatorów Programu.



§ 2. Planowane koszty całkowite

Na realizację Programu powinna zostać zabezpieczona (łącznie w całym okresie realizacji niniejszego Programu - 2 lata) kwota w wysokości 209.265,00 zł, z czego około 144.640,00 zł zostanie przeznaczona na prowadzenie szerokiej akcji promocyjno-edukacyjnej w zakresie edukacji zdrowotnej raka piersi.

§ 3. Źródła finansowania, partnerstwo

1. Gmina planuje, że część kosztów Programu zostanie pokrytych z Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach partnerstwa. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ może przekazać środki na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w wykazach świadczeń gwarantowanych, jednakże dofinansowanie to nie może przekraczać 40% środków przewidzianych na realizację programu jednostek samorządu terytorialnego o liczbie mieszkańców przekraczających 5.000 mieszkańców⁷⁹.

Tabela 12

Zestawienie źródeł finansowania Programu profilaktyki raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek w wieku 25-49 lat

Całkowity koszt realizacji Programu (2 lata)	Planowane koszty poniesione przez Gminę Toszek	Planowane koszty poniesione przez NFZ w ramach partnerstwa
209.265,00 zł (100%)	Moduł I - edukacja oraz koszty ewaluacji	
	146.640,00 zł (moduł I - edukacja koszty ewaluacji)	0,00 zł
	rocznie: 73.320 00 zł	
	Moduł II - diagnostyka (świadczenia gwarantowane)	
	37.575,00 zł rocznie: 18.787,50 zł	25.050,00 zł rocznie: 12.525,00 zł
	60%	40%

źródło: opracowanie własne

3. Beneficjenci Programu nie będą ponosili żadnych kosztów związanych z realizacją Programu.

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

Program został opracowany po rozpoznaniu lokalnych zasobów oraz potrzeb i oparty jest w szczególności na założeniach Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Niniejszy Program ma za zadanie poprzez przeprowadzanie badań profilaktycznych oraz działań edukacyjnych zmniejszyć ilość wykrywania raka gruczołu sutkowego wśród młodych kobiet nie objętych programem populacyjnym, które przez to mogą czuć się wykluczone z możliwości zachorowania na raka piersi oraz wyrobić w kobietach nawyk systematycznego badania się w kierunku raka piersi, a tym samym zachęcić do korzystania w latach późniejszych z programu populacyjnego.

⁷⁹ art. 48d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych



Rozdział 6 Monitoring i ewaluacja

§ 1. Ocena zgłaszalności do Programu

Ocena zgłaszalności (w tym liczba kobiet, które zgłosiły się do udziału w Programie, liczba kobiet zakwalifikowanych do Programu oraz liczba kobiet biorąca udział w spotkaniach edukacyjnych) będzie monitorowana przez pracowników Urzędu Miejskiego w Toszku w trakcie realizacji Programu na podstawie informacji przedstawianych przez realizatora/realizatorów

Programu oraz po jego zakończeniu na podstawie sprawozdań końcowych przekazanych przez w/w Burmistrzowi Toszka.

§ 2. Ocena jakości świadczeń w Programie

Ocena jakości świadczeń będzie dokonywana przez merytorycznego pracownika Urzędu Miejskiego Toszku na podstawie:

- 1) uwag zgłaszanych do realizatora/realizatorów Programu lub do Urzędu Miejskiego w Toszku - możliwość zgłaszania takich uwag zostanie zamieszczona na plakatach promocyjno-edukacyjnych;
- 2) ankiet ewaluacyjnych oceniających stan wiedzy adresatów Programu przed i po realizacji Programu;
- 3) ankiet zadowolenia ze świadczonych usług w ramach Programu;
- 4) końcowej ewaluacji Programu zawierających n/w dane statystyczne:
 - a) liczba kobiet, które zgłosiły do Programu;
 - b) liczba przeprowadzonych spotkań edukacyjnych;
 - c) liczba osób, które wzięły udział w spotkaniach grupowych;
 - d) liczba wydanych materiałów promocyjno-edukacyjnych, w tym liczba plakatów (lub/i ulotek) oraz książeczek instruktażu/instrukcji samobadania piersi;
 - e) liczba kobiet, które uczestniczyły w spotkaniu instruktażu samobadania piersi;
 - f) liczba wykonanych badań diagnostycznych z podziałem na mammografię i ultrasonografię.
 - g) liczba kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki specjalistycznej;
 - h) liczba kobiet, u których badania diagnostyczne nie potwierdziły zmiany chorobowej;
 - i) liczba kobiet, które wypełniły ankiety kwalifikujące do udziału w module II Programu;
 - j) liczba kobiet, które wypełniły ankiety satysfakcji (z podziałem na moduły);
 - k) liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów).

§ 3. Ocena efektywności Programu:

- 1) podstawą oceny efektywności Programu będzie liczba pacjentek, u których został wykryty nowotwór gruczołu sutkowego we wcześniejszej fazie oraz analiza ankiet przeprowadzonych na początku i pod koniec trwania Programu;
- 2) liczba kobiet zmotywowanych do regularnego badania piersi (w formie samobadania oraz wyrażenie woli uczestnictwa w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi) wyrażona na deklaracji dalszego postępowania dołączonej do ankiety końcowej;
- 3) wykaz wykonanych w ramach niniejszego Programu:
 - a) konsultacji lekarskich,
 - b) badań USG piersi;



- c) badań mammograficznych;
- d) spotkań edukacyjnych;
- 4) liczba kobiet skierowanych do dalszej diagnostyki lekarskiej;
- 5) kontrolowanie wskaźników umieralności i zachorowalności na raka piersi (w szczególności w kontekście porównania Gminy Toszek z województwem śląskim oraz samej gminy ze stanem przed i po wprowadzeniu Programu);
- 6) część danych, o których mowa w pkt 1-5 zostaną przekazane Burmistrzowi Toszki przez realizatora/realizatorów Programu po zakończeniu jego realizacji, pozostałe będą monitorowane bezpośrednio przez pracowników Urzędu Miejskiego w Toszku odpowiedzialnych za działania niniejszego Programu.

§ 4. Ocena trwałości efektów Programu

1. Trwałym efektem Programu będzie wiedza i doświadczenie zdobyte przez realizatora/realizatorów Programu w trakcie jego trwania oraz umiejętność zastosowania nabytych umiejętności w kolejnych edycjach.
2. Realizacja obecnego Programu przewidywana jest na lata 2023-2024. Gmina planuje kontynuację realizacji Programu w latach kolejnych.



Załącznik nr 1
do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia

.....
miejscowość

.....
data

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody na udział
w Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi
u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek
powyżej 25. roku życia**

Ja, urodzona
/imię i nazwisko/ /rok urodzenia/

Niniejszym oświadczam, że **wyrażam zgodę na udział w niniejszym Programie polityki zdrowotnej i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia.**

Jednocześnie oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Toszek w miejscowości:

.....
/wystarczy wskazanie miejscowości/

.....
/czytelny podpis uczestniczki Programu/

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Czy wyraża Pani zgodę na przetwarzanie przez Burmistrza Toszka, z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Toszku przy ul. Bolesława Chrobrego 2, 44-180 Toszek, w celu kwalifikacji i udziału w *Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia* Pani danych osobowych (tj. imię i nazwisko, rok urodzenia (data urodzenia), adres zamieszkania (miejscowość, ulica nr domu, nr lokalu)) przekazanych w niniejszym oświadczeniu o wyrażeniu zgody na udział w Programie?

☐ NIE

☐ TAK, zgadzam się na przetwarzanie podanych przeze mnie danych osobowych, o których mowa powyżej, w w/w celach

(proszę wstawić „X” w odpowiedniej kratce).

.....
/czytelny podpis uczestnika Programu/



KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

W związku z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1781), dalej „UODO” oraz z wejściem w życie w dniu 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej „RODO”), niniejszym informuję, że:

I. Administrator danych osobowych:

Burmistrz Toszka, z siedzibą w Urzędzie Miejskim w Toszku przy ul. Bolesława Chrobrego 2, 44-180 Toszek. Dane kontaktowe: e-mail: umtoszek@toszek.pl, tel. (32) 233-41-41.

II. Inspektor Ochrony Danych

Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a RODO oraz art. 8 i 9 UODO Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych – funkcję tę pełni Pani Lorin Frejno, z którym Pani/Pan może się skontaktować w sprawach ochrony swoich danych osobowych i realizacji swoich praw przez formularz kontaktowy na stronie www.bip.toszek.pl, e-mail: iod@toszek.pl lub pisemnie na adres naszej siedziby wskazany w pkt I.

III. Cele i podstawy przetwarzania danych osobowych

Pani dane osobowe przetwarzane są i będą w celu, na jaki wyraził Pani zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych (art. 6 ust. 1 lit. a RODO), tj. w celu uczestnictwa w Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia.

IV. Kategorie danych osobowych, które są przetwarzane

Administrator przetwarzać będzie Pana dane osobowe wyłącznie w kategorii podstawowych danych identyfikacyjnych, takich jak:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) rok urodzenia (data urodzenia),
- 3) adres zamieszkania (miejscowość).

V. Odbiorcy danych

W związku z przetwarzaniem danych w celu wskazanym w pkt III informuję, że Pani dane osobowe będą udostępniane wyłącznie realizatorowi (realizatorom) Programu profilaktyki wczesnego wykrywania raka piersi dla kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia, o których mowa w rozdziale 4 §1 ust. 7 w/w Programu.

VI. Przekazywanie danych osobowych do państw trzecich lub organizacji międzynarodowych

Pani dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego w rozumieniu RODO lub organizacji międzynarodowych.

VII. Okres przechowywania danych osobowych

Pani dane osobowe będą przetwarzane przez okres niezbędny do realizacji wskazanego w pkt III celu przetwarzania, lecz nie krócej niż przez okres wskazany w Rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych (Dz. U. z 2011 r. Nr 14, poz. 67 z późn.zm., dalej: „JRWA”), zgodnie z JRWA okres przechowywania dokumentacji to minimum 10 lat (kat. BE10).

VIII. Przysługujące prawa

W związku z przetwarzaniem przez Administratora danych osobowych przysługuje Pani:

1. prawo dostępu do treści danych,
2. prawo do sprostowania (poprawiania) danych,
3. prawo do usunięcia danych,
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych,
5. prawo do przenoszenia danych,
6. prawo do cofnięcia zgody w dowolnym czasie,
7. prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.

IX. Informacja o wymogu/dobrowolności podania danych

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne w celu kwalifikacji i udziału do Programu.

X. Pani dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.



Załącznik nr 2
do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia

**Ankieta kwalifikująca do udziału
w Programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi
u kobiet zamieszkałych na terenie Gminy Toszek
powyżej 25. roku życia**

**MODUŁ II - DIAGNOSTYKA
DOTYCZY KOBIET W WIEKU 45-49 LAT**

CZĘŚĆ I - wypełnia uczestniczka Programu

I. Dane podstawowe:

Imię i nazwisko:

Wiek lub rok urodzenia:

Miejsce zamieszkania (miejscowość):

II. Oświadczenia uczestniczki Programu:

Oświadczam, że (zaznaczyć „X”):

☐ w ciągu ostatniego roku NIE wykonywano u mnie mammografii

Informacja o dacie poprzedniej mammografii (o ile była wykonywana):.....

☐ w ciągu ostatniego roku NIE wykonywano u mnie badania USG piersi

Informacja o dacie poprzedniego badania USG piersi (o ile było wykonywane):.....

☐ dotychczas nie stwierdzono u mnie nowotworu piersi, nie pozostaję pod stałą opieką poradni ginekologicznej lub/i onkologicznej w związku ze zmianami w obrębie piersi

☐ nie powielam świadczeń z Narodowego Funduszu Zdrowia

.....
/czytelny podpis uczestniczki Programu /

UWAGA: z wypełnioną I-szą częścią ankiety należy udać się do wyłonionego Realizatora Programu modułu II-diagnostyka, dalszą część ankiety wypełnia lekarz



CZĘŚĆ II - wypełnia Realizator Programu podczas wizyty lekarskiej

I. WYWIAD RODZINNY - występowanie czynników ryzyka

Podczas wizyty lekarskiej Pani..... (imię i nazwisko), urodzonej w roku
stwierdzono, że u pacjentki:

WYSTĘPUJE/ NIE WYSTĘPUJE* (należy skreślić NIEPRAWIDŁOWE)	Czynnik ryzyka
WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*	płeć żeńska
WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*	obciążenie genetyczne (np. stwierdzony nowotwór piersi u co najmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (babka, matka, rodzeństwo, dzieci)
WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*	czynniki reproduktywne (np. wczesny wiek pierwszej miesiączki, późny wiek pierwszej ciąży itp.)
WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*	czynniki hormonalne
WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*	styl życia
WYSTĘPUJE / NIE WYSTĘPUJE*	poprzednio leczone nowotwory

Aby móc wykonać badania diagnostyczne u pacjentki powinny występować co najmniej 2 czynniki ryzyka
lub wystąpić objawy potencjalnie pozwalające na podejrzenie nowotworu piersi (pkt II).

II. Objawy potencjalnie pozwalające na podejrzenie nowotworu piersi

Pytanie:	Wypełnia lekarz (opis)
Czy u pacjentki występują dolegliwości lub zmiany w piersi/piersiach:	
Czy u Pacjentki wystąpiło powiększenie węzłów chłonnych w okresie ostatnich 6 miesięcy?	
Częstotliwość przeprowadzania przez pacjentkę samobadania piersi:	



III. Wynik badania palpacyjnego wykonanego przez lekarza – opis

.....

.....

IV. Przeciwwskazania do wykonania mammografii lub USG (ciąża, budowa piersi itp.)

.....

.....

V. Inne istotne informacje:

.....

.....

VI. Decyzja lekarza o dalszym postępowaniu z pacjentką

Aby skierować pacjentkę na badania powinny u niej występować co najmniej 2 czynniki ryzyka LUB objawy potencjalnie pozwalające na podejrzenie nowotworu piersi LUB pozytywny wynik badania palpacyjnego – decyzję o tym czy przeprowadzać badanie i jakie każdorazowo – indywidualnie – podejmuje lekarz.

Kwalifikacja do uczestnictwa w badaniu przesiewowym	W przypadku zakwalifikowania uczestniczki do dalszego etapu Programu – tj. wykonania badań przesiewowych - należy wskazać proponowany rodzaj badania	Pieczęć placówki	Data i podpis lekarza
TAK / NIE*	MAMMOGRAFIA / USG PIERSI*		

*Niewłaściwe skreślić



Załącznik nr 3
do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia

Test wiedzy nr 1: Co wiesz o raku piersi?
- PRZED przystąpieniem do części edukacyjnej

MODUŁ I - EDUKACJA

Szanowna Kobieto, mieszkanko Gminy Toszek - każda z nas jest ważna, każda z nas jest jedyna, niepowtarzalna i wyjątkowa i każda powinna dbać o siebie i swoje zdrowie. By móc o siebie dbać w sposób prawidłowy, warto pogłębiać wiedzę z zakresu czyhających na nas zagrożeń. „Raka piersi nie można wyleczyć...”, „Rak boi się noża...”, „Biopsja rozsiewa raka...” - chociaż z roku na rok na temat raka piersi wiemy coraz więcej, to mity o chorobie nadal funkcjonują.

Rozwiąż poniższy test i sprawdź własną „onko-wiedzę”. Przed tobą dziesięć pytań i tylko jedna prawidłowa odpowiedź (test jednokrotnego wyboru). Wstaw znak „X” przy poprawnej (Twoim zdaniem) odpowiedzi. Nie wyrzucaj testu! Po szkoleniu wypełnij go jeszcze raz (osobna kartka). Następnie razem z wykładownicą sprawdzicie odpowiedzi. Zobaczysz, czy Twoja wiedza się zmieniła dzięki temu spotkaniu.

Masz 5 minut. Uwaga - czas start!

1. Do czynników zwiększających ryzyko raka piersi nie należy:
☐ wiek
☐ menopauza w późnym wieku
☐ pierwsza miesiączka w późnym wieku
☐ wieloletnia hormonalna antykoncepcja
2. Jednym z podtypów raka piersi jest:
☐ HER2 – dodatni
☐ rak piersi nie ma podtypów
☐ gruczolak
☐ potrójnie ujemny
3. Na raka piersi chorują:
☐ kobiety w wieku 55-66 lat
☐ kobiety w wieku 25-35 lat
☐ obie odpowiedzi są prawidłowe
4. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że zachorowalność i umieralność na raka piersi wśród Polek...
☐ od lat utrzymuje się na stałym poziomie
☐ rośnie
☐ maleje
5. Typ histologiczny i stopień zróżnicowania raka pozwala ocenić tylko:
☐ biopsja cienkoigłowa
☐ biopsja gruboigłowa
☐ obie odpowiedzi (A i B) są prawidłowe
☐ USG lub mammografia w zależności od wieku i budowy piersi



6. Najczęstszy objaw raka piersi to:

- ☐ bolesne i nieregularne miesiączki
- ☐ wyczuwalny guzek
- ☐ zmiana wielkości piersi

7. Samobadanie piersi najlepiej wykonywać:

- ☐ w czasie owulacji
- ☐ pod koniec cyklu, tuż przed miesiączką
- ☐ w pierwszej fazie cyklu, najlepiej między 5. a 10. dniem lub w przerwie „międzytabletkowej”
- ☐ u kobiet stosujących środki antykoncepcyjne codziennie

8. Mastektomia to jedyna skuteczna metoda walki z rakiem piersi:

- ☐ PRAWDA
- ☐ NIEPRAWDA
- ☐ NIE MAM POJĘCIA

9. U kobiet powyżej 30. roku życia USG piersi zaleca się wykonywać:

- ☐ co dwa lata
- ☐ raz na rok
- ☐ co pół roku
- ☐ wystarczy raz na 5 lat

10. Rokowania pacjenta zależą od:

- ☐ stadium zaawansowania raka piersi
- ☐ stadium zaawansowania i podtypu nowotworu
- ☐ podtypu nowotworu

Liczba prawidłowych odpowiedzi

(wypełniamy po sprawdzeniu odpowiedzi z ankiety „PO” szkoleniu):

MIEJSCE NA MOJE NOTATKI:

.....

.....

.....



Test wiedzy nr 2: Co wiesz o raku piersi?
- PO udziale w szkoleniu

MODUŁ I - EDUKACJA

Uważałaś na szkoleniu? Czas zweryfikować Twoją wiedzę - czego się dowiedziałaś podczas dzisiejszego szkolenia. Wypełnij ponownie test. Zasady takie same jak poprzednio: Masz przed sobą 10 pytań (test jednokrotnego wyboru) i 5 minut na wypełnienie. Do boju!

1. Do czynników zwiększających ryzyko raka piersi nie należy:
☐ wiek
☐ menopauza w późnym wieku
☐ pierwsza miesiączka w późnym wieku
☐ wieloletnia hormonalna antykoncepcja
2. Jednym z podtypów raka piersi jest:
☐ HER2 - dodatni
☐ rak piersi nie ma podtypów
☐ gruczolak
☐ potrójnie ujemny
3. Na raka piersi chorują:
☐ kobiety w wieku 55-66 lat
☐ kobiety w wieku 25-35 lat
☐ obie odpowiedzi są prawidłowe
4. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że zachorowalność i umieralność na raka piersi wśród Polek...
☐ od lat utrzymuje się na stałym poziomie
☐ rośnie
☐ maleje
5. Typ histologiczny i stopień zróżnicowania raka pozwala ocenić tylko:
☐ biopsja cienkoigłowa
☐ biopsja gruboigłowa
☐ obie odpowiedzi (A i B) są prawidłowe
☐ USG lub mammografia w zależności od wieku i budowy piersi
6. Najczęstszy objaw raka piersi to:
☐ bolesne i nieregularne miesiączki
☐ wyczuwalny guzek
☐ zmiana wielkości piersi
7. Samobadanie piersi najlepiej wykonywać:
☐ w czasie owulacji
☐ pod koniec cyklu, tuż przed miesiączką
☐ w pierwszej fazie cyklu, najlepiej między 5. a 10. dniem lub w przerwie „międzytabletkowej”
☐ u kobiet stosujących środki antykoncepcyjne;
codziennie



8. Mastektomia to jedyna skuteczna metoda walki z rakiem piersi:

- ☐ PRAWDA
☐ NIEPRAWDA
☐ NIE MAM POJĘCIA

9. U kobiet powyżej 30. roku życia USG piersi zaleca się wykonywać:

- ☐ co dwa lata
☐ raz na rok
☐ co pół roku
☐ wystarczy raz na 5 lat

10. Rokowania pacjenta zależą od:

- ☐ stadium zaawansowania raka piersi
☐ stadium zaawansowania i podtypu nowotworu
☐ podtypu nowotworu

Liczba prawidłowych odpowiedzi :

MIEJSCE NA MOJE NOTATKI:

.....

.....

.....

Tabela ocen:

Liczba prawidłowych odpowiedzi:	Wynik:
0-3	Niestety nie zdałaś testu. Poziom twojej wiedzy jest niezadawalający. Powinnaś poczytać o raku piersi i uczestniczyć w spotkaniach edukacyjnych
4-6	Nie jest źle, ale jeśli w kwestii zdrowia chcesz zostać ekspertem, musisz jeszcze poćwiczyć. Wejdź na stronę www.toszek.pl i zapoznaj się z treścią publikacji dotyczących raka piersi, w której znajdziesz wiele informacji na temat choroby, diagnostyki, komunikacji i wsparcia
7-8	Prawie idealnie. Wiesz sporo, ale możesz się podszkolić. Zapraszamy do udziału w kolejnym spotkaniu edukacyjnym.
9-10	Gratulacje! Zdałaś test na piątkę. Przyznajemy Ci wirtualną „różową wstążkę”. Chapeau bas! 



Prawidłowe odpowiedzi:

Ad. 1: prawidłowa odpowiedź to odpowiedź trzecia „*pierwsza miesiączka w późnym wieku*”. Choć przyczyny zachorowania na raka piersi nie są do końca znane, można wyróżnić kilka czynników zwiększających ryzyko zachorowania takich jak: wiek, występowanie raka piersi w rodzinie, pierwsza miesiączka we wczesnym wieku, menopauza w późnym wieku, późny pierwszy poród, wieloletnia hormonalna antykoncepcja zastępcza, nadekspresja genów BRCA1 i BRCA2.

Ad 2. Prawidłowa odpowiedź to odpowiedź pierwsza – „*HER2- dodatni*”. Istnieje kilka podtypów raka piersi: hormonozależny (luminalny), który dotyczy aż 70 proc. zdiagnozowanych kobiet, HER2-dodatni – dotyczący około 18-20 proc. i najrzadziej występujący: potrójnie ujemny rak piersi. Jeszcze do niedawna (ok. 4-5 lat temu) wszystkie kobiety z rakiem piersi były kierowane do zabiegu chirurgicznego? Dzięki odkryciu podtypów raka możliwe jest lepsze, bardziej dostosowane leczenie i dziś już wiadomo, że w typach źle rokujących (np. HER2 dodatni) znacznie lepsze wyniki terapii osiąga się, kiedy zaczyna się ją od chemioterapii skojarzonej z innymi lekami. Dopiero po odpowiedzi na takie leczenie (czyli zmniejszenie się guza), wykonuje się zabieg chirurgiczny.

Ad 3. Obie odpowiedzi są prawidłowe - na raka piersi najbardziej narażone są kobiety po 55. roku życia, ale zachorować może każda kobieta, nawet 20-latką. Rak piersi może rozwijać się także u mężczyzn - stanowi on około 1 proc. wszystkich nowotworów złośliwych piersi i mniej niż 1 proc. nowotworów złośliwych u mężczyzn.

Ad. 4 – „rośnie” - W Polsce co roku raka piersi diagnozuje się u ponad 18 000 kobiet, a ok. 6.000 umiera z jego powodu. Co niepokojące – od 2011 r. obserwuje się wzrost zachorowań oraz umieralności na ten nowotwór wśród Polek.

Ad. 5 Rozpoznanie raka piersi jest możliwe tylko i wyłącznie dzięki *biopsji gruboigłowej*, które pozwala jednoznacznie stwierdzić obecność komórek nowotworowych, określić typ histologiczny oraz ocenić ekspresję receptora HER2, receptorów hormonalnych (estrogenowych i progesteronowych) i wiele innych parametrów. Na podstawie tych wszystkich informacji zostaje dobrane najbardziej optymalne leczenie. Biopsja cienkoigłowa nie dostarcza informacji o stanie receptorów.

Ad. 6. Wczesny rak piersi może nie dawać żadnych objawów, może być natomiast *wyczuwalny guzek*. Z czasem dochodzą jednak takie symptomy jak asymetria piersi, wciągnięcie brodawki sutkowej czy wyciek.

Ad. 7. Samobadanie piersi najlepiej jest wykonywać regularnie raz w miesiącu *w pierwszej fazie cyklu, najlepiej między 5. a 10. dniem lub w przerwie „międzytabletkowej” u kobiet stosujących środki antykoncepcyjne*. W tym czasie piersi są miękkie i niebolesne.

Ad. 8 Prawidłowa odpowiedź to: „**NIEPRAWDA**”. Mastektomia nie jest jedyną skuteczną metodą leczenia raka piersi. Wśród pacjentek funkcjonuje przekonanie, że skoro mają raka piersi, który szybko się rozwija i daje przerzuty, to dzięki mastektomii nie tylko pozbędą się nowotworu, ale także zagwarantują sobie, że już nigdy nie powróci. Tymczasem optymalne leczenie to leczenie systemowe przed i po operacji, sam zabieg chirurgiczny, a w zależności od sytuacji indywidualnej – uzupełnienie o radioterapię. Często szczególnie u chorych z rakiem HER2-dodatnim lub tzw. potrójnie ujemnym stosuje się najpierw leczenie systemowe, czyli chemioterapię plus leczenie celowane, a dopiero potem zabieg operacyjny. Taki schemat leczenia raka piersi może pozwolić zachować kobiecie piersi, co ma ogromne znaczenie dla jej poczucia kobiecości i pewności siebie, dlatego nie należy się bać tej drogi leczenia. Obecnie nie stosuje się samego leczenia operacyjnego bez terapii systemowej (chemioterapii skojarzanej z innymi grupami leków).



Ad. 9 USG to nieinwazyjne i bezbolesne badanie, które pozwala wykryć guzki o wielkości ok. 3-5 mm. Kobiety po 20. roku życia powinny wykonywać USG piersi co najmniej raz na dwa lata, natomiast te po 30. roku życia – **raz do roku**, o ile lekarz nie zaleci inaczej. USG piersi nie wymaga specjalnego przygotowania. Trzeba pamiętać, że na badanie najlepiej jest zgłosić się pomiędzy 1. a 10. dniem cyklu miesięczkowego.

Ad. 10. Prawidłowa odpowiedź: rokowania pacjenta zależą od *stadium zaawansowania i podtypu nowotworu*. Nasze rokowania zależą nie tylko od tego, czy mamy do czynienia z wczesnym rakiem (im wcześniejsze stadium nowotworu, tym istnieje większa szansa na wyleczenie), ale od jego podtypu, którego określenie jest kluczowe dla całego procesu terapeutycznego. Podtypami o największym ryzyku nawrotu są: potrójnie ujemny oraz HER2 dodatni rak piersi.



Załącznik nr 4
do Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia

ANKIETA SATYSFAKCJI
uczestniczki Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia

- MODUŁ I - EDUKACJA -

1. Proszę zaznaczyć, w której grupie wiekowej się Pani znajduje:

- ☐ 25-44 lata
☐ 45-49 lat
☐ powyżej 50 lat
☐ innej – jakiej:

2. Skąd dowiedziała się Pani o spotkaniu edukacyjnym?

- ☐ z plakatów informacyjnych
☐ ze strony internetowej Gminy Toszek
☐ z gminnej gazety samorządowej
☐ z przychodni rodzinnej
☐ od znajomych
☐ inne - jakie?

3. Jak ocenia Pani jakość szkolenia?

- ☐ bardzo dobrze
☐ dobrze
☐ przeciętnie
☐ źle

Uwagi:

.....

4. Jak ocenia Pani swój poziom wiedzy na temat raka piersi oraz jego profilaktyki?

- ☐ wysoki – dzięki spotkaniu edukacyjnym nastąpił wzrost świadomości na ten temat
☐ wystarczający – przed udziałem w spotkaniu miałem wystarczającą wiedzę
☐ trudno powiedzieć
☐ niski – udział w spotkaniu nie wpłynął na zwiększenie mojej wiedzy na ten temat



5. Czy sądzi Pani, że finansowanie spotkań edukacyjnych przez lokalny samorząd wpływa na wzrost świadomości mieszkańców?
- ☐ tak
- ☐ nie
- ☐ trudno powiedzieć
6. Czy uważa Pani, że lokalny samorząd w przyszłości nadal winien finansować tego typu spotkania?
- ☐ tak
- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „tak” proszę wskazać swoje sugestie jakie kwestie (jaką tematykę) należałoby poruszyć na kolejnym spotkaniu edukacyjnym:
-
-
- ☐ nie - dlaczego?
7. Jak ocenia Pani organizację zajęć, w których brała udział? Ważne: należy wskazać datę zajęć, w których brała Pani udział.
- Data zajęć:
- ☐ bardzo dobrze
- ☐ dobrze
- ☐ średnio
- ☐ źle
- ☐ nie mam zdania
8. Czy i w jakim stopniu przekazana wiedza będzie przydatna?
- ☐ bardzo przydatna
- ☐ przydatna
- ☐ średnio przydatna
- ☐ raczej nie przydatna
- ☐ całkowicie nieprzydatna
9. Czy prowadzący szkolenie posiadał odpowiednią wiedzę i przygotowanie merytoryczne?
- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie
10. Czy prowadzący szkolenie przekazywał wiedzę w sposób przystępny dla odbiorcy i zrozumiały?
- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie



11. Czy prowadzący szkolenie odpowiadał na pytania i udzielał dodatkowych wyjaśnień?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

12. Czy ilość i jakość zaprezentowanych materiałów edukacyjnych podczas szkolenia były wystarczające i pomocne?

- ☐ zdecydowanie tak
- ☐ raczej tak
- ☐ trudno powiedzieć
- ☐ raczej nie
- ☐ zdecydowanie nie

13. Które tematy/zagadnienia były według Pani najbardziej nieprzydatne (zbędne):

.....

.....

.....

14. O jakie tematy/zagadnienia należy rozszerzyć w przyszłości zajęcia:

.....

.....

.....

Miejsce na inne dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety ☺

Udział w badaniu jest anonimowy. Dziękujemy za poświęcony czas i uzupełnienie powyższej ankiety, która pozwoli Urzędowi Miejskiemu w Toszku ocenić jakość świadczeń wykonywanych w ramach Programu.



ANKIETA SATYSFAKCJI

*uczestniczki Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi u kobiet
zamieszkałych na terenie Gminy Toszek powyżej 25. roku życia*

- MODUŁ II - DIAGNOSTYKA -

1. Nazwa placówki medycznej w której Pani miała wykonywane badania w ramach Programu to:

.....

2. Data wizyty:

.....

3. Skąd dowiedziała się Pani o Programie?

☐ z plakatów informacyjnych

☐ ze strony internetowej Gminy Toszek

☐ z gminnej gazety samorządowej

☐ z przychodni rodzinnej

☐ od znajomych

☐ inne - jakie?

4. Jakie działania u Pani wykonano:

☐ działania edukacyjne podczas wizyty u lekarza (w tym wspólne wypełnienie ankiety kwalifikującej do dalszej części programu (diagnostyka pogłębiona), omówienie czynników ryzyka)

☐ wykonanie badania palpacyjnego piersi wraz z mini instruktażem jak robić to samodzielnie w domu

☐ wykonanie mammografii

☐ wykonanie USG piersi

5. Jak ocenia Pani poziom obsługi podczas wizyty w przychodni?

(zaznaczyć we właściwym miejscu znakiem „X”)

	bardzo dobrze (5)	dobrze (4)	średnio (3)	źle (2)	bardzo źle (1)	nie mam zdania
możliwość telefonicznego połączenia z przychodnią (kontakt telefoniczny)						
sprawność obsługi						
kompetentna informacja						
termin wizyty						



6. Jak ocenia Pani poziom lekarskiej obsługi podczas opieki medycznej w trakcie wyznaczonej wizyty w przychodni?

	bardzo dobrze (5)	dobrze (4)	średnio (3)	źle (2)	bardzo źle (1)	nie mam zdania
stosunek do pacjenta (życzliwość, zaangażowanie, troska o pacjenta)						
punktualność						
zapewnienie intymności podczas wizyty						
komunikatywność (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)						

7. Czy sądzi Pani, że finansowanie tego typu programów zdrowotnych przez lokalny samorząd wpływa na wzrost świadomości mieszkańców?

- ☐ tak
☐ nie
☐ trudno powiedzieć

Miejsce na inne dodatkowe uwagi:

.....

.....

.....

Bardzo dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety 😊

Udział w badaniu jest anonimowy. Dziękujemy za poświęcony czas i uzupełnienie powyższej ankiety, która pozwoli Urzędowi Miejskiemu w Toszku ocenić jakość świadczeń wykonywanych w ramach Programu.

UZASADNIENIE

Zadaniem własnym gminy w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest opracowywanie i realizowanie programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy. Niniejsze obowiązki wynikają w szczególności z art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U z 2022 r. poz. 559 z późn. zm.) oraz art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm., dalej: „u.ś.o.z.”).

Na całym świecie nowotwory są drugą, zaraz po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów. Zgodnie z danymi statystycznymi rak piersi jest najczęściej diagnozowaną chorobą nowotworową (22,8%) i drugą nowotworową przyczyną śmierci wśród polskich kobiet. Nowotwór złośliwy gruczołu sutkowego – potocznie nazywany rakiem piersi jest groźnym nowotworem wywodzącym się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, który początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych oraz narządów odległych (w szczególności płuc, wątroby, kości i mózgu). Mimo znacznego rozwoju medycyny i technologii w ostatnich latach, przyczyny rozwoju raka piersi nie są jeszcze do końca znane, ale na podstawie prowadzonych badań udało się już zidentyfikować wiele czynników zwiększających prawdopodobieństwo rozwoju tego nowotworu, co pozwala oceniać ryzyko jego wystąpienia u poszczególnych osób. Kwalifikacja do grupy wysokiego ryzyka nie oznacza automatycznie pewności zachorowania na raka piersi, ale stanowi powód do podjęcia wzmocnionych działań profilaktycznych, obejmujących także eliminację lub zmianę niekorzystnych zachowań związanych ze stylem życia. Analogicznie, brak czynników ryzyka zachorowania na raka piersi nie jest gwarancją niewystąpienia tej choroby.

Czynnikiem, który w istotny sposób wpływa na wyniki leczenia jest wykrycie nowotworu w jak najwcześniejszym stadium jego rozwoju. Metodę w znacznym stopniu umożliwiającą rozpoznanie zmian patologicznych w utkaniu piersi stanowi mammografia. Jej czułość jest najwyższa i szacuje się, że dla kobiet po menopauzie wynosi ona 90-95%. Badania dowodzą, że na raka piersi najczęściej chorują kobiety w wieku 50-69 lat - jest to grupa objęta Narodowym Programem Profilaktyki Raka Piersi realizowanym bezpośrednio przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Warto jednak zauważyć, że w pozostałych populacjach, w których nie wykonuje się badań profilaktycznych występuje wysoka umieralność z powodu inwazyjnego zaawansowanego raka piersi. Inwazyjny rak piersi wymaga kosztocłonnego leczenia. W zależności od stadium klinicznego zaawansowania jest to leczenie operacyjne (amputacja piersi), radioterapia lub leczenie systemowe (chemioterapia, hormonoterapia).

Rak piersi dotyka coraz częściej młodsze kobiety, w pełni aktywne zawodowo, rodzinie i społecznie. Rozpoznawany jest często w zaawansowanym stadium, kiedy na łagodne formy leczenia może być za późno. Około 25% wszystkich zachorowań na raka piersi występuje u kobiet przed 50. rokiem życia. Warto zatem podejmować i wdrażać programy lokalne, stanowiące uzupełnienie istniejącego systemu ochrony zdrowia w tym zakresie. Szczególnie w sytuacji, gdy jest on niewydolny pod względem

organizacyjnym, co w dużej mierze wpływa na późne zgłaszanie się kobiet do specjalistów – najczęściej, gdy choroba jest już w stadium zaawansowania klinicznego, a leczenie długotrwałe, kosztowne i mniej efektywne.

Realizacja przedmiotowego programu zdrowotnego, składającego się z dwóch modułów - edukacji i diagnostyki ma na celu przede wszystkim zwiększenie świadomości o ryzyku zachorowania na raka piersi i zachęcenie kobiet do regularnych badań.

Przedmiotowy program polityki zdrowotnej został przekazany do zaopiniowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej; „AOTMiT”), czym został spełniony wymóg wynikający z art. 48a ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wydana przez AOTMiT opinia jest pozytywna. Dodatkowo Program posiada pozytywną opinię Wojewody Śląskiego w zakresie zgodności z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 u.ś.o.z. oraz z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia.

Mając na uwadze powyższe, przyjęcie do realizacji niniejszego Programu wydaje się w pełni uzasadnione.