



Gminny program profilaktyki raka piersi wśród kobiet zamieszkujących Gminę Kołobrzeg w wieku 25 +.

Podstawa prawna opracowania programu
(art.48a ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024r.poz.146)

Okres realizacji programu: 01 maja 2025 r. – 31 grudnia 2028 r.

Przygotowała: Małgorzata Mazur, Główny specjalista ds. społecznych i profilaktyki przeciwalkoholowej Urzędzie Gminy Kołobrzeg.
Przy tworzeniu Programu skorzystano z treści Rekomendacji nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki raka piersi.

Kołobrzeg, dnia 13 marca 2025r.

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.

Rak piersi stanowi poważny problem zdrowotny na całym świecie, szczególnie wśród kobiet. Stanowi około 30% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet w krajach europejskich. Odpowiada on za 16,6% zgonów z powodu chorób nowotworowych w tej populacji. W Polsce sytuacja kształtuje się podobnie – rak piersi odpowiada za około 1/4 zachorowań na nowotwory u kobiet oraz nieco ponad 1/8 zgonów z tego powodu. W Polsce obserwujemy niekorzystne trendy dotyczące raka piersi. Od początku lat 80 XX wieku notuje się gwałtowny wzrost zachorowalności na ten nowotwór – z poziomu około 20–25 przypadków na 100000 kobiet do ponad 50 na 100000 pod koniec pierwszej dekady XXI wieku. Jednocześnie do połowy lat 90. obserwowano nieznaczny wzrost umieralności, a w późniejszych latach – po krótkim okresie stabilizacji – łagodną tendencję spadkową. Mimo to Polska wciąż charakteryzuje się wysokim poziomem umieralności z powodu raka piersi w porównaniu do innych krajów europejskich o zbliżonej zachorowalności. Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, że w ostatniej dekadzie nastąpiła poprawa stopnia zaawansowania raka piersi w momencie rozpoznania. Z danych wynika, że liczba zachorowań na raka piersi wzrasta po 35 roku życia. Współczynniki zachorowalności rosną liniowo z wiekiem między 40 a 59 rokiem życia, po czym częstość zachorowań stabilizuje się, a po 70 roku życia wręcz nieznacznie maleje.

Program profilaktyki raka piersi 25+ zwany dalej „Programem” jest skierowany do kobiet zamieszkujących w Gminie Kołobrzeg i uwzględnia Rekomendacje nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki raka piersi. Treści przedstawione w programie zostały oparte o dowody naukowe, wytyczne kliniczne, wnioski płynące z weryfikacji założeń zgromadzonych projektów programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej oraz opinii ekspertów. Z danych uzyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia poziom realizacji programów profilaktycznych adresowanych do kobiet jest bardzo niski. Z mammografii w ramach Programu Wczesnego Wykrywania raka Piersi korzysta niewiele ponad 34 % kobiet. Oba badania są bezpłatne i nie wymagają skierowania. Pozwalają wykryć zmiany nowotworowe już we wczesnym stadium, co daje szansę na całkowite wyleczenie. Jak wynika z badań rak piersi w początkowym stadium choroby, może nie dawać żadnych swoistych objawów klinicznych. Najczęściej przebiega bezobjawowo i w większości przypadków rozpoznawany jest przypadkowo jako wyczuwalne zgrubienie (twardy guzek) w piersi. Do objawów mogących świadczyć o obecności nowotworu piersi można zaliczyć: zmianę wielkości i kształtu sutka, wciągnięcie skóry lub brodawki, zmiany skórne lub wyciek z brodawki, zaczerwienienie, zgrubienie lub owrzodzenie skóry sutka, świąd lub pieczenie brodawki oraz powiększenie węzłów chłonnych.

Dane epidemiologiczne potwierdzają celowość realizacji działań profilaktycznych w zakresie profilaktyki raka piersi. Jak wynika z danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w 2021 r., w Polsce odnotowano 21 079 nowych przypadków zachorowań na nowotwory piersi. W wytycznych wskazuje się, że badania przesiewowe z wykorzystaniem mammografii ukierunkowane na omawianą

jednostkę chorobową są kluczowym elementem profilaktyki raka piersi. Ponadto istotnym elementem prowadzenia działań profilaktycznych jest modyfikacja stylu życia. W ramach działań profilaktycznych wytyczne zalecają także prowadzenie edukacji skoncentrowanej na uświadamianiu o ryzyku zdrowotnym związanym z rakiem piersi. Eksperci kliniczni potwierdzają również zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w kierunku raka piersi, podkreślając, iż w pierwszej kolejności powinny skupiać się na prowadzeniu badań przesiewowych z wykorzystaniem mammografii. Ponadto zalecają realizację działań edukacyjnych we wszystkich grupach wiekowych zarówno u kobiet, jak i mężczyzn.

II. Epidemiologia ww. problemu zdrowotnego

Do czynników ryzyka zachorowania na raka piersi zalicza się: wiek, mutację genów BRCA1 i BRCA2, rodzinne występowanie raka piersi, wczesna pierwsza miesiączka, późna menopauza, stosowania hormonalnej terapii zastępczej lub doustnych środków antykoncepcyjnych, nadwaga, otyłość, łagodne choroby rozrostowe piersi oraz ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego. Rokowanie w raku piersi zależy przede wszystkim od wczesnego wykrycia nowotworu, jego typu i stopnia zaawansowania. Odsetki 5-letnich przeżyć w zależności od stopnia zaawansowania to: I – 95%, II – 50%, III – 25%, IV – <5%. Średni odsetek 5-letnich przeżyć w Polsce wynosi 74%. W Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 (MPZ) wskazano, że w 2019 r. najwyższą zapadalność na nowotwór złośliwy piersi zaobserwowano w województwie łódzkim (ok. 111,8/100 tys.), a najniższą w podlaskim (ok. 72,6/100 tys.), natomiast odsetek zgonów wahał się między 31,1/100 tys. (województwo podlaskie) a 43,6/100 tys. (województwo kujawsko-pomorskie). Ponadto w MPZ podano, że w 2019 r. do ogólnopolskiego programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi zgłosiło się 64% kwalifikujących się kobiet. W Krajowym Rejestrze Nowotworów (KRN) wskazuje się, że w Polsce, rak piersi stanowi główną przyczynę zachorowań na nowotwory wśród kobiet i charakteryzuje się stale rosnącą zachorowalnością od ostatnich 50 lat. Rak piersi, jest drugą po nowotworach płuc przyczyną śmierci z powodu nowotworów u kobiet. Wg KRN w 2021 r. w Polsce odnotowano 21 079 nowych przypadków zachorowań na nowotwory piersi u kobiet (najwięcej w województwie mazowieckim 2 990, a najmniej w lubuskim 451) oraz 6 406 zgonów z powodu tego nowotworu (najwięcej w województwie śląskim 908, a najmniej w lubuskim 143). Z danych ujętych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych wynika, że w latach 2016-2022 w ramach AOS (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna) zrealizowano ponad 4,92 mln porad związanych z nowotworami złośliwymi piersi u kobiet. Największą liczbę dni absencji wynikającą z tej jednostki chorobowej odnotowano w 2020 i 2022 r. (ok. 1,3 mln dla każdego roku). W sprawozdaniu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) za 2023 r. program lekowy (PL) leczenia raka piersi wskazuje się jako drugi PL pod względem największego wydatkowania środków finansowych z budżetu NFZ wynoszącego 1 018 603 tys. zł. (10,19% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń w PL). W 2019 r. w kierunku nowotworu piersi przebadano prawie 64% rocznej populacji klasyfikowanej do przebadania (odsetek zgłaszalności wyższy niż w przypadku badań cytologicznych). Od 2017 r. wartość ta zmniejszyła się o ok. 1%. W 2019 r. do etapu pogłębionej diagnostyki skierowano o ok. 3% mniej przebadanych niż 2 lata wcześniej (wartości te wynosiły: 2017 r. - 3,3 tys. na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem; 2019 r. - 3,2 tys. na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem). W podejściu

regionalnym w 2019 r. najwięcej kobiet zgłosiło się do screeningu (badania przesiewowe) w województwie lubuskim (90,2 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) i jest to wartość o ok. 42% wyższa od średniej dla kraju. Najmniej kobiet przebadano w województwie małopolskim – ok. 27% mniej niż średnio w Polsce i ok. 48% mniej niż w województwie lubuskim. Najwięcej kobiet skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki w województwie podkarpackim (ok. 5,1 tys. kobiet na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem) i było to ok. 60% więcej niż średnia krajowa, a najmniej w województwie zachodniopomorskim (ok. 2 tys. kobiet na 100 tys. przebadanych ogółem, co stanowi wartość o ok. 36% mniejszą niż średnio w kraju i prawie 2,5 razy mniejszą niż w województwie podkarpackim). Dane epidemiologiczne wskazują, że najwyższą zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w 2019 r. zaobserwowano w województwie łódzkim (ok. 111,8 przypadków na 100 tys.) a najniższą w województwie podlaskim (ok. 72,6 przypadków na 100 tys.). Największy odsetek zgonów wystąpił w województwie kujawsko pomorskim (ok. 43,6 przypadków na 100 tys.), a najmniejszy, podobnie jak w przypadku zapadalności, w województwie podlaskim (ok. 31,1 przypadków na 100 tys.). Prognozuje się, że w 2028 r. zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w Polsce będzie o ok. 16% wyższa niż w 2019r., a odsetek zgonów wzrośnie o ok. 9%.

1. Dane lokalne

Według rankingu programu wczesnego wykrywania raka piersi przeprowadzonego w województwie zachodniopomorskim, liczba kobiet kwalifikujących się na badania w Gminie Kołobrzeg wynosi 2836 osób. W Gminie Kołobrzeg zamieszkuje stale 4143 kobiety w wieku 25+. Z danych NFZ wynika, że ramach Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi przebadano jedynie 27,57% zakwalifikowanych kobiet. Ze 168 wskazanych gmin w województwie zachodniopomorskim Gmina Kołobrzeg znajduje się na 164 miejscu. Konieczne staje się więc podjęcie natychmiastowych działań edukacyjnych i profilaktycznych. Według danych Krajowego Rejestru Nowotworów zachorowalność na raka piersi stale wzrasta. W województwie zachodniopomorskim w latach 2019-2021 na raka piersi przez okres 1-go roku chorowało 2701 kobiet. W latach 2019-2022 w powiecie kołobrzesckim na raka piersi zachorowało 151 kobiet, zmarło 60. Biorąc pod uwagę stanowisko Rady Przejrzystości, dowody naukowe, opinie ekspertów klinicznych obowiązujące przepisy prawa oraz dane epidemiologiczne dotyczące raka piersi, w ramach Programu w Gminie Kołobrzeg planuje się przeprowadzić :

1. Działania informacyjno-edukacyjne w zakresie profilaktyki raka piersi obejmujące tematykę zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi mających na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji w ww. zakresie oraz zwiększenie zgłaszalności do udziału w centralnie koordynowanym programie badań przesiewowych w kierunku raka piersi – skierowane do populacji ogólnej kobiet;

2. Interwencje nacelowane na modyfikację stylu życia – skierowane do dorosłych kobiet z grupy ryzyka zachorowania na raka piersi. W ramach działań mogą być prowadzone konsultacje indywidualne w zakresie aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych.

3. Zalecenia do ewentualnej, dalszej diagnostyki - kluczową rolę w profilaktyce nowotworu piersi odgrywają badania przesiewowe. Zgodnie z zapisami rekomendacji oraz wynikami wtórnych dowodów naukowych, możliwymi alternatywnymi metodami prowadzenia badań przesiewowych są: mammografia (docelowe narzędzie przesiewowe), tomosynteza piersi, MRI piersi, USG piersi. Dodatkowo, w ramach uwzględnionych publikacji odnaleziono także dane i zalecenia sugerujące

realizację działań edukacyjno-informacyjnych, interwencji zwiększających zgłaszalność do przesiewu, samobadania piersi oraz badań genetycznych w kierunku wykrycia mutacji odpowiedzialnych za zwiększone ryzyko wystąpienia nowotworów piersi. W Polsce w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), dostępne są świadczenia dotyczące poradnictwa i diagnostyki, wśród których wyróżnić można m.in.: USG (piersi, węzłów chłonnych), mammografię w tym z kontrastem; tomografię komputerową (TK) klatki piersiowej, pozytonową tomografię emisyjną (PET), rezonans magnetyczny (RM) klatki piersiowej. W przypadku leczenia szpitalnego obok badań diagnostycznych jak w AOS oferowane są także procedury medyczne w obrębie piersi. Świadczenia gwarantowane z zakresu AOS, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej zawierają również model kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi, zwany Breast Cancer Unit (BCU), zakładający: diagnostykę i monitorowanie nowotworu piersi w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; kompleksową opiekę onkologiczną nad pacjentem z nowotworem piersi w ramach leczenia szpitalnego; rehabilitację pacjentów po leczeniu w ramach rehabilitacji leczniczej. Ten model organizacyjny zapewnia pacjentkom kompleksowość oraz koordynację całego procesu diagnostyczno-leczniczego i rehabilitacyjnego, aby poprawić jakość leczenia, zwiększyć przeżywalność w populacji pacjentów chorych na nowotwór piersi, podnieść ich komfort życia oraz zagwarantować możliwie szybki powrót do zdrowia i aktywności zawodowej. Model kompleksowej opieki zdrowotnej obejmuje grupę świadczeniobiorców: samo-zgłaszających się; u których lekarz POZ lub lekarz specjalista podejrzewa lub rozpoznaje nowotwór złośliwy piersi; skierowanych z przesiewowego programu profilaktyki nowotworu piersi; leczonych z powodu nowotworów piersi. Na zasadach programu zdrowotnego w całym kraju realizowany jest „Program profilaktyki raka piersi” finansowany ze środków NFZ. Program ten skupia się na badaniach przesiewowych z wykorzystaniem co dwuletniej mammografii (w przypadku kobiet w wieku 45-74 r.ż.) oraz corocznej mammografii (w przypadku kobiet w wieku 45-74 r.ż. które po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii (HT) albo które zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu). W programie dostępny jest także etap pogłębionej diagnostyki, który obejmuje m.in.: poradę lekarską, uzupełniającą mammografię lub USG piersi, biopsję grubo-igłową z użyciem technik obrazowych, a także podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu.

III. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

Celem głównym Programu jest podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania Programu wysokiego poziomu wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi, wśród 50 % uczestników działań edukacyjnych.

Cel szczegółowy:

1. Zwiększenie o 20 % w skali roku, liczby kobiet z terenu realizacji Programu poddanych badaniom przesiewowym w kierunku raka piersi w ramach programu centralnego, w porównaniu do liczby osób poddanych ww. badaniom w latach przed wprowadzenia Programu.
2. Zmiana w trakcie trwania Programu niepoprawnych nawyków żywieniowych wśród 20% uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.
3. Zwiększenie w trakcie trwania Programu poziomu aktywności fizycznej wśród 10 % uczestników interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia.

IV. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji

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

1) Liczba zameldowanych stałych mieszkańców Gminy Kołobrzeg według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r. wyniosła 10146 osób.

2) Liczba kobiet (według stanu na dzień 31 grudnia 2024 r.) wyniosła łącznie 5238 osób (dane z ewidencji ludności Urzędu Gminy w Kołobrzegu), co stanowi 52 % całej populacji Gminy Kołobrzeg.

3) Populację kwalifikującą się do Programu stanowią kobiety zamieszkałe na terenie Gminy Kołobrzeg powyżej 25 roku życia (4143 kobiety) w dwóch grupach wiekowych:

a) moduł I – edukacja: kobiety powyżej 25 roku życia,

b) moduł II - interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia,

c) moduł III – dalsza diagnostyka: kobiety powyżej 25 roku życia, z tzw. „grup ryzyka”.

V. Organizacja programu polityki zdrowotnej.

1. Etap-Edukacja

1) Gmina Kołobrzeg powinna podejmować współpracę z różnymi podmiotami i instytucjami, które są już zaangażowane w profilaktykę raka piersi na danym obszarze lub z takimi, które posiadają doświadczenie i kompetencje w konkretnych obszarach, np. edukacji zdrowotnej.

2) Działania informacyjno-edukacyjne powinny być kierowane do określonej, jasno zdefiniowanej w Programie grupy docelowej, która stanowi subpopulację populacji ogólnej.

3) Działania informacyjno-edukacyjne należy prowadzić w sposób promujący uczestnictwo w programie badań przesiewowych realizowanym centralnie.

4) Personel medyczny powinien być zaangażowany w promowanie programu badań przesiewowych w kierunku raka piersi, przekazywać pacjentowi informacje na temat tego programu oraz przedstawiać korzyści i ryzyko związane z udziałem w badaniach mammograficznych.

5) Nadrzędnym celem realizacji działań edukacyjnych powinno być zachęcanie uczestniczek programu do udziału w obecnie realizowanych działaniach profilaktycznych finansowanych w ramach świadczeń gwarantowanych, w tym programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Rekomendowanymi metodami przekazywania danych nt. dostępności do programu są: informowanie o dostępności badań przez personel medyczny–pielęgniarki i realizacja nadzoru nad pacjentem przez personel medyczny pierwszego kontaktu – lekarz POZ, materiały drukowane, strona internetowa, aplikacje mobilne i materiały multimedialne z informacją o profilaktyce raka piersi i badaniu przesiewowym, listowne zaproszenia i przypomnienie o zbliżających się badaniach, aktywna rekrutacja do badania: stworzenie listy osób kwalifikujących się do badania na terenie JST, do których kierowane będą bezpośrednie działania rekrutacyjne, np.: kontakt telefoniczny (dedykowana infolinia rejestracyjna), kierowanie do programu przez lekarzy POZ, prowadzenie naborów w wybranych lokalizacjach dostosowanych do charakterystyki populacji docelowej (zakłady pracy, stowarzyszenia, lokalne ośrodki zdrowia itp.).

6) Kampania edukacyjno-informacyjna powinna być nakierowana na podniesienie wiedzy populacji docelowej nt. raka piersi i zawierać informacje z zakresu: etiologii i skutków choroby, głównych czynników zwiększających ryzyko wystąpienia raka piersi, osiągnięcia i utrzymania prawidłowej masy

ciała, karmienia piersią, w przypadku ciąży, korzyści wynikających z wczesnej diagnozy raka piersi, korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak aktywność fizyczna oraz systematycznego wykonywania badania mammograficznego co dwa lata, korzyści zdrowotnych i potencjalnego ryzyka wynikającego z realizacji badań przesiewowych z wykorzystaniem mammografii, sposobów określenia ryzyka wystąpienia omawianej choroby – kwestionariusze do samooceny ryzyka wystąpienia raka piersi, nauka samobadania piersi oraz wystąpienie obciążenia genetycznego, lokalnych grup wsparcia i krajowych organizacji wsparcia dla kobiet, realizowanego w kraju, programu badań przesiewowych koordynowanego centralnie wraz ze wszelkimi informacjami organizacyjnymi, braku odpłatności za zrealizowane badanie w centralnym programie przesiewowym, dostępności do badań w kierunku wykrycia raka piersi w ramach świadczeń gwarantowanych, zrozumiałego omówienia dostępnych badań przesiewowych – sposobów przygotowania, przebiegu oraz postępowania po badaniu, możliwości przeprowadzenia badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrycia raka piersi, omówienia szkód i korzyści związanych z badaniami, informacji o objawach raka piersi, a także informacji o ewentualnych fałszywie dodatnich i fałszywie ujemnych wynikach przesiewu.

7)W przypadku edukacji w zakresie samobadania piersi należy poinformować uczestniczki, że nie zastąpi ono badania przesiewowego z użyciem mammografii. Należy także omówić ewentualne korzyści i szkody wynikające z prowadzenia samobadania piersi. Ponadto podkreślić, że preferowane jest, aby kobiety знаły swoje ciało i dążyły do wykrycia wszelkich nieprawidłowości w obrębie piersi.

8)Działania edukacyjne powinny być przygotowane na podstawie planu edukacji, zawierającego treści oparte o przykłady interwencji edukacyjnych wykorzystujących modele i teorie edukacyjne o potwierdzonej skuteczności.

9) Należy zastosować mnogość środków przekazu w celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji (m.in. strony internetowe, portale społecznościowe). Przykładowymi formami działań edukacyjnych może być wykład, szkolenie online, konferencja, internetowe forum dyskusyjne. Dodatkowo dopuszcza się również możliwość edukacji indywidualnej podczas wizyt lekarskich. Zaleca się do prowadzenia działań promocyjnych programu wykorzystanie nośników gminnych np. wyświetlane prezentacje (slajdy) w autobusach oraz mediach gminnych (dedykowanych mieszkańcom portalach/aplikacjach). Ponadto warto prowadzić także akcje promocyjne w mediach społecznościowych w formie np. grafik informujących o prowadzeniu działań edukacyjnych oraz programu realizowanego przez JST.

10)Zaleca się wzmacnianie motywacji i efektów edukacyjnych poprzez premiowanie wiedzy za pomocą gadżetów związanych z profilaktyką raka piersi np. breloki, magnesy, książki.

11) Należy przygotować materiały edukacyjno-informacyjne na temat zachowań prozdrowotnych, czynników ryzyka i działań profilaktycznych dotyczących raka piersi.

12)Podczas opracowywania materiałów edukacyjnych należy korzystać jedynie ze zweryfikowanych źródeł takich jak: literatura fachowa, rekomendacje towarzystw naukowych i artykuły naukowe. Dla uniknięcia powielania i rozpowszechniania informacji nieprawdziwych i szkodliwych, nie należy korzystać ze źródeł o wątpliwej wartości, w tym nierecenzowanych stron internetowych.

13)W przypadku, gdy dostępne są gotowe materiały edukacyjne, przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy je wykorzystać w pierwszej kolejności (przy

jednoczesnym uwzględnieniu praw autorskich).

14) Warunkiem przystąpienia do uczestnictwa w działaniach edukacyjnych jest wypełnienie pre-testu. Każda osoba, która ukończyła zajęcia edukacyjne, jest zobowiązana do wypełnienia post-testu.

15) Po zakończeniu działań edukacyjno-informacyjnych, razem z post-testem, należy przeprowadzić ankietę nacelowaną na identyfikację uczestników z obecnymi czynnikami ryzyka raka piersi. Osoby z wykrytymi czynnikami ryzyka są kierowane do kolejnego etapu obejmującego interwencje nacelowaną na modyfikację stylu życia.

2. ETAP: INTERWENCJA NACELOWANA NA MODYFIKACJĘ STYLU ŻYCIA

1) Interwencja powinna być realizowana w formie konsultacji indywidualnych. Forma przeprowadzenia interwencji powinna zostać uzależniona od indywidualnych potrzeb pacjentów. W trakcie interwencji dwukrotnie wykonywane są pomiary aktywności fizycznej i nawyków żywieniowych z wykorzystaniem kwestionariuszy dotyczących nawyków żywieniowych oraz poziomu aktywności fizycznej.

2) Należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się ograniczyć wpływ czynników ryzyka raka piersi, w tym: o nadwagi/otyłości o braku/niskiego poziomu aktywności fizycznej i spożycia alkoholu .

3) Należy prowadzić działania edukacyjne oraz poradnictwo specjalistyczne celem zwiększenia odsetka pacjentów decydujących się przestrzegać zasady racjonalnego żywienia i kontrolowania masy ciała.

4) Forma oraz treść prowadzonych szkoleń powinna być dostosowana do wieku uczestników.

5) Należy zachęcać uczestników do prowadzenia aktywności fizycznej w wymiarze: o 300-500 min/tyg. o umiarkowanej intensywności (np. tenis, siatkówka, judo, karate) o wysokiej intensywności (np. pływanie średniodystansowe, kolarstwo długodystansowe) o ogólnej aktywności fizycznej.

6) Informacje dotyczące aktywności fizycznej powinny odnosić się do: korzyści zdrowotnych wynikających z realizacji codziennej aktywności fizycznej o prewencyjnego charakteru aktywności fizycznej, realizacji aktywności fizycznej w ramach codziennych obowiązków, jak i czynnościach związanych z wykonywanym zawodem (np. dojazd do pracy rowerem).

7) Należy wdrożyć działania z zakresu modyfikacji diety, polegające na zastosowaniu określonych modeli żywieniowych.

3. ETAP: ZALECENIA DO DALSZEJ DIAGNOSTYKI

W ramach Programu będzie możliwość badania piersi wykonywanego przez lekarza, który po jego przeprowadzeniu oraz wspólnym wypełnieniu (lekarz wraz z pacjentką – uczestniczką Programu) ankiety kwalifikującej do badania podejmie decyzję o dalszym postępowaniu – tj. lekarz może skierować pacjentkę na dodatkowe badania: badanie mammograficzne, 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.

VI. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych

1. W ramach świadczenia zdrowotne udzielane w ramach Programu zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach konkursu ofert, o którym mowa w art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Wymagania dotyczące personelu, kwalifikacje :

Etap I - pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, posiadający doświadczenie przeprowadzenia zajęć edukacyjnych dot. raka piersi.

Etap II - Interwencja nacelowana na modyfikację stylu życia -pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny, inni przedstawiciele zawodów medycznych lub osoby posiadające udokumentowane doświadczenie w zakresie realizacji tego typu interwencji.

Etap III – Dalsza diagnostyka – lekarz.

VII. Harmonogram Programu

1. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów Programu oraz wstępne zaplanowanie budżetu.

2. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu Programu z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

4. Wybór realizatorów.

5. Przeprowadzenie opisanych w Programie interwencji.

6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (ocena okresowa).

7. Zakończenie realizacji Programu.

8. Rozliczenie finansowania Programu.

9. Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji Programu i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji.

VIII. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie programu polityki zdrowotnej zakończy się wraz z końcem realizacji Programu. Monitorowanie powinno być prowadzone na bieżąco, np. przez tworzenie raportów okresowych. Monitorowanie powinno się składać z oceny zgłaszalności do programu polityki zdrowotnej, w tym, np. określenia: liczby (odsetka) uczestników programu polityki zdrowotnej, liczby osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów, oceny jakości świadczeń zdrowotnych w programie polityki zdrowotnej. Wskazane jest przygotowanie ankiety satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej.

2. Ewaluację należy rozpocząć po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki

zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

W trakcie realizacji programu będą gromadzone dane dotyczące co najmniej następujących obszarów:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie;
- liczba osób, które nie zostały objęte programem polityki zdrowotnej z powodów zdrowotnych lub z innych powodów;
- liczba osób poddanych działaniom edukacyjnym;
- liczba osób, które zostały poddane interwencji nacelowanej na modyfikację stylu życia;
- liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym zaplanowanym etapie wraz z podaniem przyczyny rezygnacji;
- liczba hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych z powodu raka piersi;
- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w Programie (uczestnika/opiekuna prawnego), w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail);
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych Programie;
- czas, miejsce i rodzaj udzielenia danemu świadczeniobiorcy każdego świadczenia w ramach Programu;
- data zakończenia udziału w Programie wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie realizacji Programu, wycofanie zgody na uczestnictwo w Programie.
- wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń.

Zbiorcze wyniki oceny jakości świadczeń, jak np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników ankiet oceny jakości świadczeń, zostaną przedstawione w raporcie końcowym.

X. Budżet Programu

1. Planowany w latach 2025-2028 całkowity koszt Programu wynosi 100 000,00zł (25 000,00zł -kwota określona w corocznej uchwale budżetowej Rady Gminy Kołobrzeg) Dział 851, Rozdział 85195. Na koszt realizacji Programu składają się : wymienione w Programie usługi edukacyjne oraz świadczenia zdrowotne.

Rok	Planowany koszt Programu w zł, zgodnie uchwałą budżetową
2025	25 000,00
2026	25 000,00
2027	25 000,00
2028	25 000,00
Razem	100 000,00

XI. Bibliografia

Program powstał na podstawie:

1. Rekomendacji nr 8/2024 z dnia 17 grudnia 2024r. Prezesa Agencji Oceny technologii medycznych

i Taryfikacji . Rekomendacja została przygotowana na podstawie art. 48aa ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2024 z późn. zm.) raportu nr OT.434.2.2021 pn. „Profilaktyka raka piersi”, data ukończenia raportu : 2021 r. oraz OT.434.4.2024 pn. „Profilaktyka raka piersi”, po uzyskaniu Opinii Rady Przejrzystości nr 49/2021 z dnia 29 marca 2021 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki raka piersi.

2. Mapy potrzeb zdrowotnych: https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf.

3.Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2023 rok. Pozyskano: <https://www.nfz.gov.pl/>.

4. Literatury: Wojciechowska U., Didkowska J., Michałek I. et al. (2020) „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku”.

5. Danych z Raportu Krajowego Rejestru Nowotworów : http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf, 26.01.2021.

6. Danych z Ewidencji Ludności Urzędu Gminy w Kołobrzegu.