

**PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA
SKÓRY DLA MIESZKAŃCÓW
WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO
NA LATA 2018 – 2021**

(kontynuacja programu realizowanego w latach 2014 – 2017)

LUBLIN 2017

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO
W LUBLINIE

SPIS TREŚCI

I.	OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	3
	1. Charakterystyka raka skóry	3
	2. Czynniki ryzyka	5
	3. Epidemiologia	6
	4. Świadczenia proponowane w programie	10
	5. Uzasadnienie wyboru problematyki programu	12
II.	CELE PROGRAMU	15
	1. Cel główny.....	15
	2. Cele szczegółowe	15
III.	POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM	16
IV.	ZESPÓŁ REALIZUJACY PROGRAM	16
V.	CHARAKTERYSTYKA PROGRAMU.....	16
	1. Podstawa prawna realizacji programu.....	16
	2. Planowany okres realizacji programu	17
	3. Opis programu	17
	4. Podejmowane działania wraz z metodami.....	18
	5. Plan finansowo – rzeczowy programu	21
VI.	POZYSKANIE ŚRODOWISK WSPIERAJACYCH	22
VII.	MONITOROWANIE	22
VIII.	OCENA KOŃCOWA SKUTECZNOŚCI PROGRAMU	23
IX.	SPODZIEWANE EFEKTY	23
X.	EWALUACJA PROGRAMU.....	23

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Charakterystyka raka skóry

Nowotwory złośliwe skóry należą do najliczniejszej grupy nowotworów złośliwych u ludzi rasy białej. Zajmują od 40 lat 5-te miejsce na liście największych problemów onkologicznych.

Biorąc pod uwagę epidemiologię nowotwór złośliwy skóry rozwija się pod wpływem uszkodzającego działania promieniowania słonecznego (ultrafioletowego), temperatury, czynników chemicznych. Stąd najbardziej narażoną grupą są osoby pracujące w ekspozycji na niekorzystne czynniki atmosferyczne i chemiczne: rolnicy, pracownicy branży budowlanej i drogowej. Nowotwory te rozwijają się stosunkowo powoli, na podłożu degeneracyjnych zmian skórnych (np. nadmierne rogowacenie) i stanów przedrakowych (np. leukoplakia, dermatozy zawodowe, nie gojące się owrzodzenia). Stanowi 95% wszystkich nowotworów złośliwych skóry¹.

Największą grupę wśród nowotworów stanowi rak podstawnokomórkowy (łac. carcinoma basocellulare, basal cell carcinoma - BCC). Pochodzi on z nierogowaczących komórek warstwy podstawnej naskórka. Stanowi ok. 3/4 wszystkich nowotworów złośliwych na skórze, przy czym najczęściej występuje w rejonie głowy i szyi, zwłaszcza powyżej linii łączącej kąciki ust z przewodami słuchowymi zewnętrznymi (75% – 86%). Rośnie powoli i rzadko daje przerzuty. Diagnostyka nowotworów opiera się głównie na badaniach klinicznych. Istotnym elementem w diagnozowaniu nowotworów jest szybka diagnoza. W krajach, gdzie diagnozuje się przypadki raka podstawnokomórkowego o niskim zaawansowaniu klinicznym wyleczenia sięgają 99%-100%.

Kolejną grupą nowotworów złośliwych skóry stanowi rak płaskonabłonkowy, dawniej zwany kolczystokomórkowym (łac. carcinoma planoepitheliale, carcinoma spinocellulare, squamous cell carcinoma - SCC). Stanowi on ok. 15% - 20% ogółu nowotworów złośliwych skóry. Biorąc pod uwagę lokalizację, nowotwór złośliwy najczęściej występuje na odsłoniętych okolicach ciała np. twarzy, plecach, kończynach, wardze. Rośnie agresywniej niż rak podstawnokomórkowy, dając przerzuty do węzłów chłonnych oraz przerzuty odległe (kości, płuca, mózg)². Biorąc pod uwagę diagnostykę rozpoznanie należy potwierdzić za pomocą badania histopatologicznego. Rokowanie zależy od histologicznej złośliwości guza, zaawansowania miejscowego i ogólnego. Średnie 5-letnie przeżycia ogółem sięgają 90%,

¹ Włodarkiewicz A., Kozicka D., Michajłowski I., Sobjanek M., Niekra M., Nałęcz D.: *Rak skóry – analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych*. Przegląd Dermatologiczny 2011. Nr 2 (98).

² Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M: *Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna*. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3., Kielce 2006.

ale przy obecności przerzutów do węzłów chłonnych już poniżej 70%, a przy przerzutach odległych 20% - 30%.

Czerniak złośliwy (*łac. melanoma malignom - MM*) jest nowotworem wywodzącym się z komórek barwnikowych – melanocytów. Stanowi około 2% - 5% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe skóry głowy oraz szyi i jest przyczyną ok. 75% zgonów w tej grupie nowotworów. Czerniak jest jednym z najgroźniejszych i równocześnie najbardziej agresywnych nowotworów skóry. Może dawać przerzuty do okolicznych węzłów chłonnych, a także przerzuty odległe, najczęściej do płuc, mózgu, wątroby, kości i ośrodkowego układu nerwowego³. Najczęstszym punktem wyjścia czerniaka jest skóra, ale może on powstawać także w obrębie błon śluzowych przewodu pokarmowego oraz w gałce ocznej.

Czerniak jest nowotworem wyleczalnym we wczesnym stadium rozwoju. Średnie 5-letnie przeżycia w czerniaku o grubości nacieku wg Breslowa do 0,75 mm jest bliskie 100%, przy nacieku grubości 0,76 – 1,5 mm – 91%, a powyżej 4 mm grubości – 46%. W przypadku obecności przerzutów do węzłów chłonnych średnie 5-letnie przeżycia spadają do ok. 30%.

U kobiet czerniak najczęściej umiejscowiony jest na kończynach, w przypadku mężczyzn najczęstszym umiejscowieniem czerniaka jest tułów. Czerniak może rozwinąć się, pod wpływem różnych czynników (patrz - czynniki ryzyka), na podłożu już istniejących znamion barwnikowych lub powstać na skórze nie zmienionej.

Niepokój budzić powinny wszelkie zmiany dotyczące już istniejących znamion. Do najczęstszych objawów, wymagających konsultacji lekarza (onkologa, chirurga onkologa, dermatologa) należą między innymi:

1. zgrubienie,
2. zaczerwienienie wokół znamienia,
3. swędzenie,
4. krwawienie,
5. stan zapalny i/lub strup w obrębie znamienia,
6. powiększenie – powyżej 6 mm,
7. zmiany zabarwienia,
8. zmiana kształtu – asymetria, nieregularne granice,
9. uniesienie powyżej poziomu otaczającej skóry.

Zmiany w obrębie znamienia, budzące niepokój onkologiczny, są określane jako reguła

ABCDE – Freidmana i Rigela:

- A – asymetria (*ang. asymetry*) – zmiana kształtu znamienia z okrągłej na niesymetryczną,
- B – brzegi, granica (*ang. border*) – nierówne, postrzępione brzegi znamienia,

³ Rutkowski P.: *Nowe leki przedłużają życie w zaawansowanym czerniaku*. Puls Medycyny 2013. Nr 13(270)

- C - kolor (*ang. colour*) – zmiana w zabarwieniu znamienia: ściemnienie, rozjaśnienie, różne kolory w obrębie tego samego znamienia,
- D - rozmiar, średnica znamienia (*ang. diameter*) – ocenie powinny być poddane wszelkie znamiona o wielkości powyżej 6 mm,
- E – ewolucja (*ang. evolving over time*) – postępujące zmiany zachodzące w znamieniu.

Ostatnio zaproponowano rozbudowanie tej reguły, która jest szczególnie pomocna w odniesieniu do czerniaka guzowatego (*ang. nodular melanoma – NM*):

- E – uniesiony (*ang. elevated*) – uniesiony ponad powierzchnie skóry,
- F – twardy (*ang. firm*) – twardy w dotyku,
- G – rozwój, rośnięcie (*ang. growing*) – szybki wzrost w ciągu kilku tygodni lub miesięcy

2. Czynniki ryzyka

Do czynników ryzyka powstania raka skóry, w tym czerniaka należą:

- „fenotyp nordycki” (jasna karnacja skóry, jasne lub rude włosy, niebieskie bądź zielone tęczówki – niska zawartość barwnika w skórze), z fenotypem tym związane są oparzenia słoneczne i uszkodzenia skóry pod wpływem promieni słonecznych i promieniowania UV,
- intensywne działanie promieniowania ultrafioletowego naturalnego (promienie słoneczne), oparzenia słoneczne zwłaszcza w dzieciństwie i wczesnej młodości,
- intensywne działanie promieniowania sztucznego (np. łóżka opalające, solaria),
- ekspozycja skóry na promieniowanie jonizujące,
- narażenie skóry na działanie środków chemicznych, takich jak: arsen, węglowodory aromatyczne, herbicydy, pestycydy, pochodne ropy naftowej,
- przewlekłe stany zapalne skóry np.: owrzodzenia, blizny, przetoki,
- zmiany zanikowe skóry,
- stałe drażnienie mechaniczne,
- zespół znamion dysplastycznych, występowanie tzw. plam soczewicowatych,
- predyspozycje genetyczne – zachorowania na czerniaka w rodzinie, wady genetyczne odpowiedzialne za występowanie zespołów: albinizmu, skóry żółtej pergaminowej, epidermodysplazji brodawczakowatej, czy dziedzicznego zespołu znamion podstawnokomórkowych,
- przewlekła immunosupresja np. u osób po przeszczepach narządów, czy u chorych z zespołem AIDS,

- zmiany stanu hormonalnego,
- przebyte czerniak lub inne choroby nowotworowe skóry,
- mnogie znamiona,
- starszy wiek,
- przewlekłe zakażenia (w tym HPV 16 i 18) – czynnik ryzyka tylko dla raków skóry (z pominięciem czerniaka)^{4,5}.

3. Epidemiologia

Epidemiologia na świecie

W krajach pasa podzwrotnikowego nowotwory złośliwe skóry stanowią 50% wszystkich nowotworów u ludzi rasy białej. Jest to ponadto grupa nowotworów typowa dla ludzi starszych⁶. W ostatnich latach najwyższe na świecie współczynniki zachorowalności na czerniaka obserwuje się w Australii⁷.

Dane Światowej Organizacji Zdrowia mówią, że każdego roku na świecie od 2 do 3 milionów osób zapada na raki skóry inne niż czerniak, a u ponad 130 000 osób diagnozowany jest czerniak. Zapadalność na raka podstawnokomórkowego skóry według różnych statystyk wynosi w Europie od 20 do 100/100 tys. mieszkańców, na raka płaskonabłonkowego od 8 do 25/100 tys., a na czerniaka 3/100 tys., przy czym w krajach o największym nasłonecznieniu i przewodze rasy białej schorzenia te występują znacznie częściej⁸.

Liczba nowo diagnozowanych przypadków czerniaka podwaja się co dziesięć lat. Niepokojące jest i to, że coraz częściej występuje on u ludzi młodych, podczas gdy w przeszłości z reguły wykrywany był u ludzi po sześćdziesiątce. Współcześnie ok. 50% przypadków czerniaka odnotowuje się w populacji pięćdziesięciolatków.

⁴ Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M.: *Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna*. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3., Kielce 2006.

⁵ Biernat W.: *Skóra – rozrosty niemelanocytarne*. W: *Nowotwory – zarys patologii*. Korek R., Woźniak L., Biernat W. (red.). Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2001.

⁶ Berkan M.: *Nowotwory nabłonkowe skóry*. W: *Onkologia*. Kordek R., Jassem J., Krzakowski M. i wsp. (red.) Medical Press, Gdańsk 2003.

⁷ Bień S., Żyłka S., Klimas A., Kamiński B., Okła S., Postuła S., Ziółkowska M.: *Nowotwory złośliwe skóry i szyi. Charakterystyka epidemiologiczna i kliniczna*. Studia Medyczne Akademii Świętokrzyskiej. Tom 3., Kielce 2006.

⁸ Braun-Falco O., Plewig G., Wolff H.H., Burgdorf.. W.H.C.: *Dermatologia*. Wyd. Czelej, Lublin 2004.

Epidemiologia w Polsce

Nowotwory skóry w Polsce to problem wciąż aktualny, o czym świadczą dane statystyczne. Analizując sytuację epidemiologiczną wśród nowotworów skóry nowotworem o wysokim stopniu złośliwości jest czerniak skóry (C43). W Polsce w latach 2010-2014 zarejestrowano aż 14 406 przypadków zachorowań na czerniaka skóry (Tabela 1). Biorąc pod uwagę płeć problem częściej dotykał kobiety niż mężczyzn (Tabela 2).

W przypadku innych nieokreślonych nowotworów skóry w Polsce obserwuje się stale wzrastającą liczbę zachorowań. Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów w latach 2010 – 2014 zarejestrowano 61 162 przypadków zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry (C44) (Tabela 3), w tym 1 164 przypadki stanowiły zgony (Tabela 5). Biorąc pod uwagę płeć, problem częściej dotykał kobiety niż mężczyzn (Tabela 4).

Tabela 1. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w Polsce w latach 2010 – 2014

ROK	Polska		
	N	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2010	2545	6,61	4,26
2011	2642	6,86	4,35
2012	3083	8	4,93
2013	3027	7,86	4,77
2014	3109	8,08	4,85

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 2. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w Polsce w latach 2010 – 2014 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	1350	1195
2011	1375	1267
2012	1693	1390
2013	1613	1414
2014	1612	1497
Ogółem	7643	6763

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 3. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w Polsce w latach 2010 - 2014

ROK	Polska		
	N	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2010	10053	26,1	13,75
2011	11439	29,69	15,12
2012	12608	32,72	16,38
2013	13196	34,27	16,87
2014	13866	36,03	17,06

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 4. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w Polsce w latach 2010 –2014 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	5261	4792
2011	6031	5408
2012	6719	5889
2013	6853	6343
2014	7259	6607
Ogółem	32123	29039

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 5. Liczba zgonów na inne nieokreślone nowotwory skóry w Polsce w latach 2010 –2014 w zależności od płci

ROK	Polska		
	N	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2010	295	0,77	0,33
2011	180	0,47	0,19
2012	312	0,81	0,33
2013	189	0,49	0,19
2014	188	0,49	0,17

N – liczba zgonów

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Epidemiologia w województwie lubelskim

Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów w latach 2010 – 2014 w województwie lubelskim zarejestrowano 4 187 przypadków zachorowań na

inne nieokreślone nowotwory skóry (Tabela 1), w tym 331 stanowiły zgony (Tabela 2). Biorąc pod uwagę płeć, problem częściej dotyczył kobiety niż mężczyzn (Tabela 3).

Odrębnym problemem onkologicznym w województwie lubelskim są nowotwory tkanki barwnikowej - czerniaki. W analizowanym okresie tj. w latach 2010 – 2014 w województwie lubelskim stwierdzono 640 przypadków zachorowań na czerniaka skóry (Tabela 4). Biorąc pod uwagę płeć problem tak jak w przypadku innych nieokreślonych nowotworów skóry, grupą najbardziej dotkniętą były kobiety niż mężczyźni (Tabela 5).

Tabela 1. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w województwie lubelskim w latach 2010 - 2014

ROK	Województwo lubelskie		
	N	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2010	668	30,62	23,52
2011	809	27,20	27,86
2012	770	35,51	25,93
2013	983	45,50	32,62
2014	957	44,47	31,16

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 2. Liczba zgonów na inne nieokreślone nowotwory skóry województwie lubelskim w latach 2010 –2014 w zależności od płci

ROK	Województwo lubelskie		
	N	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2010	62	2,84	2,42
2011	54	2,48	2,04
2012	81	3,74	2,79
2013	63	2,92	2,22
2014	71	3,3	2,54

N- liczba zgonów

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 3. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w województwie lubelskim w latach 2010 –2014 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	355	313
2011	460	349
2012	459	311
2013	556	427
2014	537	420
Ogółem	2367	1820

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 4. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w województwie lubelskim w latach 2010 - 2014

ROK	Województwo lubelskie		
	N	Współczynnik surowy	Współczynnik standaryzowany
2010	112	5,13	4,37
2011	133	6,12	5,13
2012	128	5,90	4,84
2013	132	6,11	4,94
2014	135	6,27	5,07

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Tabela 5. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w województwie lubelskim w latach 2010 – 2014 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	54	58
2011	67	66
2012	72	56
2013	65	67
2014	87	48
Ogółem	345	295

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

4. Świadczenia proponowane w programie

Program profilaktyki raka skóry będzie przebiegał w dwóch etapach.

Etap I – edukacyjny, profilaktyka pierwotna

EDUKACJA ZDROWOTNA – w zakresie nowotworów złośliwych skóry, ze szczególnym uwzględnieniem czerniaka.

Ponieważ nie są znane wartości badań przesiewowych w kierunku raka skóry (badania naukowe trwają), świadczenia w programie skupiają się w dużej mierze na edukacji, podnoszeniu świadomości społecznej na temat samobadania skóry, rozpoznawania wczesnych symptomów nowotworów skóry oraz zapoznaniu z czynnikami ryzyka i metodami zapobiegania.

W Polsce od niedawna podejmuje się działania informacyjne dotyczące profilaktyki nowotworów skóry, m.in. w ramach Programu Prewencji Pierwotnej Nowotworów, brakuje jednak zakrojonej na szeroką skalę akcji oświatowo – propagandowej⁹.

Etap II – profilaktyka wtórna

Badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową – to II etap programu, z którego będą mogły skorzystać osoby, które na podstawie działań edukacyjnych zadecydują o potrzebie konsultacji znamion występujących na skórze.

BADANIE DERMATOLOGICZNE – diagnostyką i leczeniem chorych z rakami skóry mogą zajmować się różni specjaliści, ale jak wynika z danych z piśmiennictwa, ponad 80% pacjentów jest leczonych przez dermatologów. Dermatolodzy dysponują największym doświadczeniem w rozpoznawaniu różnicowym pełnego spektrum patologicznego i klinicznego nowotworów skóry oraz nieporównywalną z innymi specjalistami liczbą metod terapii, z których niektóre (jak np. mikrograficzna chirurgia Mohsa) są wykorzystywane tylko w praktyce dermatologicznej^{10,11}.

BADANIE DERMATOSKOPOWE – jest to badanie mikroskopowe powierzchni skóry umożliwiające obserwację w powiększeniu i ocenę struktur barwnikowych na poziomie naskórka i górnych warstw skóry właściwej. Daje więc możliwość nie tylko powiększenia zmiany, ale także częściowego zajrzenia w głąb skóry. Zmiany obserwuje się w powiększeniu w świetle odbitym z zastosowaniem olejku immersyjnego zwiększającego przejrzystość skóry i zmniejszającego odbicia światła zakłócające obraz. Badanie dermatoskopowe ma ocenić czy badana struktura jest zmianą barwnikową (melanocytową), a jeśli tak, to czy jest łagodna, podejrzana, czy złośliwa. Jest to badanie proste w użyciu i całkowicie nieinwazyjne^{12,13}.

⁹ Jassem J., Krzakowski M.: *Złośliwe Nowotwory skóry. Praktyczny poradnik dla lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2011.

¹⁰ Włodarkiewicz A., Kozicka D., Michajłowski I., Sobjanek M., Niekra M., Nałęcz D.: *Rak skóry – analiza epidemiologiczna, kliniczna i wyników leczenia chirurgicznego 1406 chorych*. Przegląd Dermatologiczny 2011. Nr 2 (98).

¹¹ Włodarkiewicz A.: *Rak skóry – aktualne problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Przegl. Dermatologiczny 2007, Nr 94.

¹² Argenziano G., Soyer H.P., De Giorgi V., Piccolo D.: *Dermoscopy a tutorial*. Edra Medical Publishing & New Media, Milan 2000.

¹³ Mikulska D.: *Próba zastosowania termografii w diagnostyce znamion melanocytowych skóry*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009. Nr 55 (1).

Stosowanie dermatoskopii zmniejsza liczbę niepotrzebnych diagnostycznych resekcji, zwiększa dokładność diagnostyczną, pomaga w obserwacji klinicznej chorych z dużą liczbą atypowych znamion oraz w różnicowaniu znamion barwnikowych i bezbarwnych¹⁴.

5. Uzasadnienie wyboru problematyki programu

W związku z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi nowotworów skóry w Polsce, które wskazują na dużą dynamikę wzrostu liczby zachorowań oraz faktem niższego o 30% w porównaniu do krajów europejskich wskaźnika wyleczeń wydaje się zasadne wdrażanie programów profilaktycznych podnoszących świadomość społeczną w tym zakresie. W Polsce czerniak wykrywany jest w wyższym zaawansowaniu wyjściowym, niż w krajach Europy zachodniej, co przekłada się na zmniejszenie odsetka wyleczeń do poziomu ok. 60 – 70%¹⁵.

Podobne wnioski wydane zostały przez Agencję Oceny Technologii Medycznych, i mimo iż eksperci zaznaczają, że przesiewowe badania populacyjne nie są z reguły uzasadnione ekonomicznie i charakteryzują się trudną do udowodnienia korzyścią kliniczną z powodu częstości występowania czerniaka w naszym kraju, to pozytywnie opiniują działania ogólnokrajowe i regionalne mające na celu profilaktykę pierwotną i wtórną, ze szczególnym uwzględnieniem działań edukacyjnych i umożliwienia dostępu do lekarza specjalisty¹⁶.

O potrzebie działań edukacyjnych w zakresie nowotworów skóry świadczą wyniki badań opinii publicznej dotyczące postaw Polaków wobec czerniaka. Było to ogólnopolskie badanie, przeprowadzone w dniach 14-17 kwietnia 2011 r. na reprezentatywnej, losowo wybranej grupie 1002 Polaków w wieku powyżej 15 roku życia. Był to cykliczny sondaż wielotematyczny „Omnimas” realizowany za pośrednictwem bezpośrednich wywiadów kwestionariuszowych face-to-face wspomaganym komputerowo (CAPI). Z badania wynikło iż:

- tylko 25% Polaków ma świadomość posiadania na swoim ciele znamienia (pieprzyka, plamki, narośli), które może stanowić potencjalne zagrożenie i być źródłem choroby. Przekonanie o braku takich znamion najczęściej pojawia się w wypowiedziach ludzi młodych (43% nastolatków) oraz osób znajdujących się w złej sytuacji materialnej (42%),

¹⁴ Jassem J., Krzakowski M.: *Złośliwe Nowotwory skóry. Praktyczny poradnik dla lekarzy*. Via Medica, Gdańsk 2011.

¹⁵ Rutkowski P.: *Nowe leki przedłużają życie w zaawansowanym czerniaku*. Puls Medycyny 2013. Nr 13(270)

¹⁶ Agencja Oceny Technologii Medycznych. Dostępny w internecie: http://www.aotm.gov.pl/assets/files/Opinie-sam_pr_zdr/2012/OP-200-2012.pdf [Data dostępu; 14 sierpnia 2013 r.]

- tylko 14% badanych zdecydowało się (z tego 8% tylko raz w życiu) pójść do lekarza po to, by sprawdzić czy podejrzenie wyglądające znamię jest groźne. Do konsultacji medycznych częściej przyznawali się 40-latkowie (20%), natomiast najrzadziej 20-latkowie (9%), ludzie z wykształceniem podstawowym (8%) oraz znajdujący się w złej sytuacji materialnej (9%),
- znamionom na swoim ciele przygląda się (przynajmniej od czasu do czasu) niemal dwukrotnie więcej kobiet (40%) niż mężczyzn (22%), a także częściej są to osoby z wykształceniem wyższym (42%) niż podstawowym (23%). Niepokojący jest fakt, iż tylko 39% badanych, którzy mają niepokojące znamię przyznaje, że ogląda je rzadko lub, że w ogóle tego nie robi.

Dynamicznie rozwijające się nowotwory o dużej złośliwości, obarczone są wysoką śmiertelnością. Wymagają rozległego leczenia chirurgicznego, po którym w większości przypadków dochodzi do rozsiewu, dla którego nie ma standardowego skutecznego leczenia systemowego. Stąd w przypadku czerniaka niezwykle istotne jest zapobieganie (edukacja zdrowotna) oraz profilaktyczne badanie w kierunku skórnych znamion atypowych.

Profilaktyka czerniaka powinna być zarówno pierwotna (poprawa świadomości społeczeństwa w zakresie konieczności badania znamion i wyleczalności czerniaka we wczesnych stopniach zaawansowania) oraz wtórna, obejmująca czynne badania lekarskie, szczególnie zalecane u osób z grup ryzyka, a także u osób, które mając świadomość możliwości wystąpienia nowotworu, dokonują samooceny stanu znamion i wykrywając niepokojące zmiany zgłaszają się na badanie. Działania te są niezwykle ważne z jednej strony na dobre rokowanie we wczesnym stadium czerniaka a z drugiej na niezadowalające wyniki leczenia uzupełniającego w czerniaku zaawansowanym (chemioterapia, immunoterapia).

Warto również zauważyć, iż na podstawie doświadczeń innych krajów ocenia się, że spadek współczynnika umieralności może być spowodowany wprowadzeniem różnych programów wczesnego wykrywania czerniaka lub jego profilaktyki pierwotnej:

- Wingo PA, Ries LA, Rosenberg HM, Miller DS, Edwards BK: Cancer incidence and mortality, 1973-1995: a report card for the U.S. Cancer 1998,
- Berwick M, Begg CB, Fine JA, Roush GC, Barnhill RL. Screening for cutaneous melanoma by skin selfexamination. J Natl Cancer Inst 1996,
- Friedman RJ, Rigel DS, Kopf AW: Early detection of malignant melanoma: the role of physician examination and self-examination of the skin. CA Cancer J Clin 1985,
- Skin Cancer Research to Provide Evidence for Effectiveness of Screening – program ten był prowadzony w niemieckim landzie Schleswig – Holstein w latach 2003 – 2004.

W programie tym udział wzięło ponad 360 000 osób, w wieku powyżej 20 lat, żyjących w landzie Schleswig – Holstein. Wnioski z tego programu wskazują, że nastąpił znaczny spadek wskaźnika śmiertelności z powodu czerniaka w Schleswig – Holstein w stosunku do regionów nie objętych tym programem¹⁷.

Działania zaproponowane w programie zgodne są z zaleceniami zawartymi w:

1. Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020 – tj. zadaniach służących realizacji Celu operacyjnego nr 4: Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji i nauki: Prowadzenie działalności edukacyjnej, w tym:
 - prowadzenie działań informacyjno – edukacyjnych dotyczących uświadamiania ryzyka związanego z nadmiernym narażeniem na promieniowanie ultrafioletowe,
 - prowadzenie działań informacyjno – edukacyjnych promujących zachowania prozdrowotne u osób pracujących w narażeniu na czynniki szkodliwe w miejscu i ograniczenie narażenia na czynniki szkodliwe w zakładach pracy.
2. Priorytetach dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej (PRPZ) dla województwa lubelskiego tj. Wzmocnienie potencjału infrastrukturalnego oraz kadrowego systemu ochrony zdrowia w dziedzinach priorytetowych dla województwa lubelskiego, w tym:
 - poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chorób nowotworowych w tym rehabilitacji leczniczej (LSZ, AOS, POZ, REH),
3. Potrzebach zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego¹⁸.
4. Priorytetach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126) – §1, pkt 1, lit. b.¹⁹.

Za wdrożeniem programu na terenie województwa lubelskiego przemawia także fakt, iż najniższe wartości 5-letnich przeżyć u mężczyzn dotyczą właśnie Lubelszczyzny²⁰.

Trend zachorowalności w Polsce wzrósł w ciągu ostatnich 30 – 40 lat dla obu płci, zwłaszcza od 2002 r. Kontynuacja dotychczasowych trendów spowoduje wzrost zachorowalności na czerniaka u obu płci. Liczba zachorowań w całej populacji może

¹⁷ Czy badania przesiewowe w kierunku raka skóry ratują życie: badanie obserwacyjne porównywanie trendów umieralności czerniaka w regionach i bez kontroli. Dostępny w internecie: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22517033> [Data dostępu: 27 września 2013 r.]

¹⁸ Opracowanie naukowe „Ocena stanu zdrowia oraz określenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego na potrzeby opracowywania programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Samorząd Województwa Lubelskiego w latach 2016 – 2021” <http://www.lubelskie.pl/img/userfiles/files/Ocena.pdf> [data dostępu: 2016-06-17]

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1226)

²⁰ Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W.: *Wskaźniki przeżyć chorych na nowotwory złośliwe zdiagnozowanych w latach 2000 – 2008*. Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2009.

nawet ulec podwojeniu do 2025 r., przy czym największego wzrostu zachorowań należy spodziewać się wśród najstarszych osób (po 65 r. ż.)²¹.

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny:

Podniesienie świadomości mieszkańców województwa lubelskiego w zakresie nowotworów złośliwych skóry oraz zmniejszenie zachorowalności na te choroby.

2. Cele szczegółowe:

- podniesienie poziomu wiedzy w społeczeństwie poprzez ukierunkowaną edukację osób biorących udział w programie na temat:
 - istoty chorób nowotworowych skóry,
 - czynników zwiększających zachorowalność,
 - metod zmniejszania ryzyka zachorowania (m.in. właściwa ochrona przed promieniowaniem UV naturalnym i sztucznym),
- edukację mieszkańców Lubelszczyzny w umiejętności samobadania skóry i rozpoznawania wczesnych symptomów nowotworów złośliwych skóry,
- popularyzowanie wśród mieszkańców województwa lubelskiego potrzeby konsultacji lekarskich znamion na skórze,
- wczesne rozpoznawanie i leczenie stanów przednowotworowych oraz nowotworów skóry,
- udzielanie wsparcia osobom, u których zostanie rozpoznana choroba nowotworowa,
- zwiększenie liczby wykrywanych przypadków we wczesnym stadium, w którym jest o wiele bardziej korzystne rokowanie,
- zmniejszenie kosztów leczenia poprzez zmniejszenie liczby osób w zaawansowanym stadium choroby, wymagających specjalistycznego leczenia i hospitalizacji,
- zmniejszenie zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych skóry i czerniaka,
- objęcie profesjonalną opieką profilaktyczną osób z grup ryzyka nowotworów złośliwych skóry,
- poprawa stanu zdrowia i jakości życia mieszkańców województwa lubelskiego.

²¹ Didkowska J., Wojciechowska U., Zatoński W.: *Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe do 2025 r.* Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 2009.

III. POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM

Program adresowany jest do osób dorosłych zamieszkujących na terenie województwa lubelskiego.

Wielkość populacji w wieku 18 i więcej na dzień 31 grudnia 2015r.) - 1 732 375 osób²².

I etap – profilaktyka pierwszorzędowa, edukacja – powinien objąć całą populację.

II etap – badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową – powinien objąć wszystkie chętne osoby, które po edukacji zdecydują o potrzebie konsultacji lekarskiej.

Realizacja programu w roku 2020

I etap – druk materiałów informacyjno-edukacyjnych i ich rozpowszechnienie wśród mieszkańców woj. lubelskiego – 7250 szt. ulotek i 350 szt. plakatów, działania powinny objąć całą populację z terenu województwa lubelskiego.

II – badanie dermatologiczne z dermatoskopią – min. 1523 osoby

Koszt jednostkowy dla jednego uczestnika projektu wynosi – 65,00 zł

Roczny koszt realizacji programu wynosi – 98 995,00zł

Program finansowany ze środków Samorządu Województwa Lubelskiego zgodnie z umowami zawartymi z placówkami wybranymi do realizacji Programu.

Skala realizacji Programu w poszczególnych latach będzie odpowiadała warunkom finansowym Budżetu Samorządu Województwa Lubelskiego.

IV. ZESPÓŁ REALIZUJĄCY PROGRAM

Koordynator programu

Specjalista dermatolog

Pielęgniarka

V. CHARAKTERYSTYKA PROGRAMU

1. Podstawa prawna realizacji programu

- Art. 9 i 48 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Art. 14 Ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie wojewódzkim.

²² Rocznik Statystyczny Województwa Lubelskiego 2016 <http://lublin.stat.gov.pl>
[data dostępu:05.07.2017]

2. Planowany okres realizacji programu

Lata 2018 – 2021 z możliwością przedłużenia na kolejne lata, w przypadku zapotrzebowania na ten rodzaj wsparcia (program polityki zdrowotnej).

3. Opis programu

I etap programu polega na opracowaniu i rozpowszechnieniu materiałów informacyjno – edukacyjnych z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych skóry. Materiały informacyjno – edukacyjne powinny zawierać następujące informacje, m.in. dot.:

- nowotworów złośliwych skóry
- czynników ryzyka,
- wpływu promieniowania słonecznego i ultrafioletowego na skórę,
- niepokojących objawów pod kątem nowotworów skóry,
- roli samoobserwacji w profilaktyce nowotworów,
- adresów placówek medycznych na terenie województwa lubelskiego, zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów skóry.

Edukacja zdrowotna realizowana będzie przy wykorzystaniu materiałów informacyjno – edukacyjnych tj.:

- ulotki – zaprojektowanie, wydrukowanie i kolportaż ulotek na temat nowotworów skóry,
- ogłoszenia/plakaty – zakres taki jak w ulotce,
- rozmowy indywidualne – przeprowadzane podczas badania lekarskiego – lekarz dermatolog i/lub pielęgniarka,
- informacje na stronie internetowej – zakres taki jak w ulotce,
- włączanie się w akcje promujące zdrowie na terenie województwa lubelskiego – rozmowy indywidualne, pogadanki, wykłady, prezentacje,
- lokalne media - informacja medyczna, lokalna prasa.

II etap programu – badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową, z którego będą mogły skorzystać osoby, które na podstawie działań edukacyjnych zadecydują o potrzebie konsultacji znamion występujących na skórze. Podczas badania zostanie zebrany dokładny wywiad, w kierunku nowotworów złośliwych skóry (czynniki ryzyka, historii badanego znamienia – czas pojawienia, wszelkie jego zmiany, symptomy niepokojące badanego) oraz zostanie przeprowadzona ukierunkowana edukacja.

4. Podejmowane działania wraz z metodami:

W ramach programu podejmowane będą następujące działania:

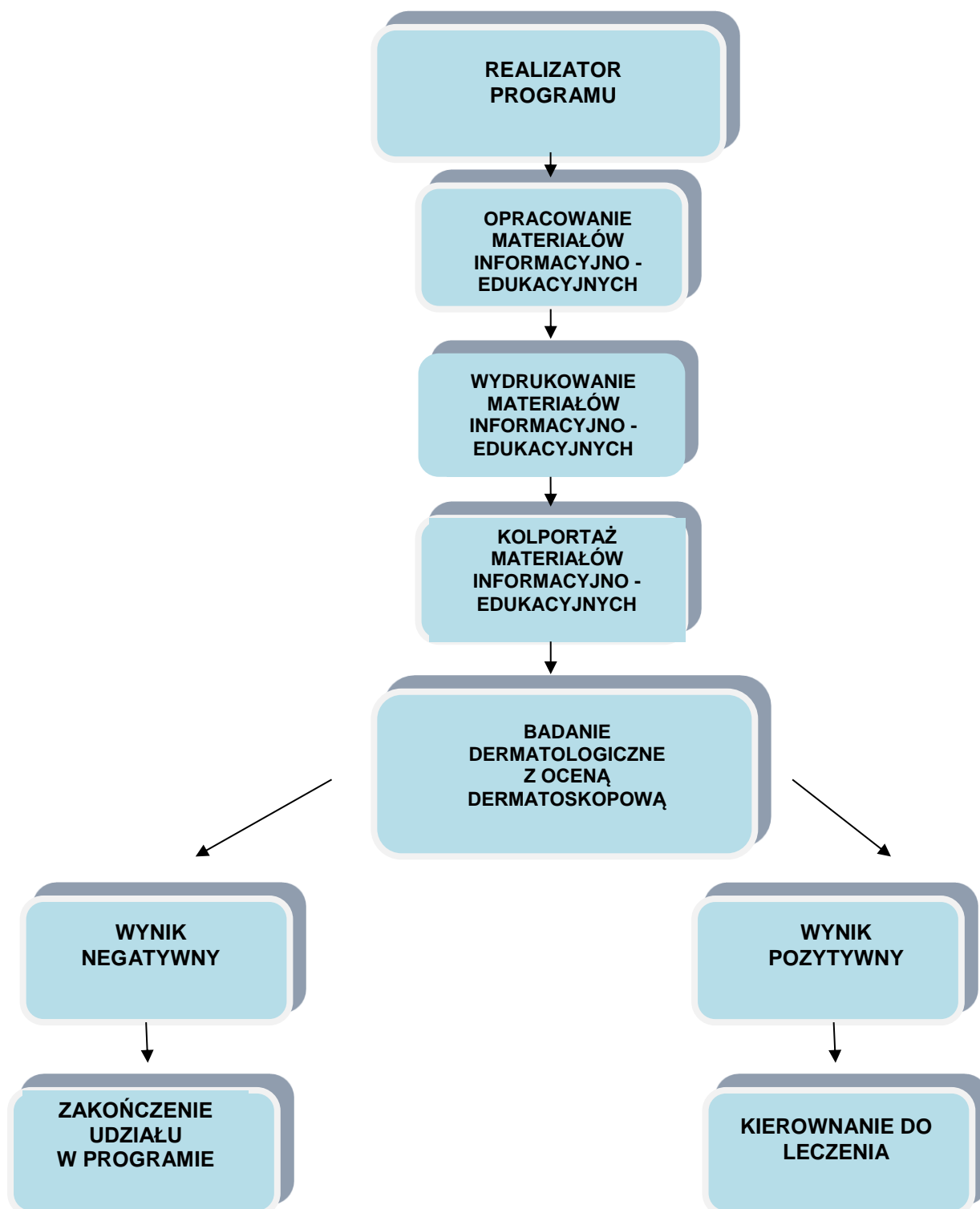
- dokonanie wyboru realizatora programu,
- opracowanie treści materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- wydrukowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- kolportaż materiałów informacyjno – edukacyjnych na terenie województwa lubelskiego
- badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową,
- zakwalifikowanie do leczenia z wyborem metody,
- kierowanie do leczenia,
- analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników oraz ewaluacja programu.

Metody działań:

Zadania do realizacji	Formy i metody	Odpowiedzialni za realizację
Dokonanie wyboru realizatora programu	<ul style="list-style-type: none">• realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert – odpowiedzialny będzie za nadzór merytoryczny i organizacyjny programu,	<ul style="list-style-type: none">• pracownicy SWL,• pracownicy realizatora programu
Opracowanie treści ulotki i wydruk	<ul style="list-style-type: none">• opracowanie merytoryczne ulotki,• konstrukcja graficzna,	<ul style="list-style-type: none">• realizator programu
Rozpowszechnienie materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. programu na terenie województwa lubelskiego	<ul style="list-style-type: none">• placówki medyczne,• wręczenia indywidualne,• salony kosmetyczne,• rozdawnictwo podczas akcji promujących zdrowie,• ogłoszenie na stronie internetowej,• lokalne media,• informacja medyczna	<ul style="list-style-type: none">• realizator programu
Badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową	<ul style="list-style-type: none">• dokładny wywiad w kierunku nowotworów złośliwych• badanie dermatologiczne z dermatoskopią• edukacja ukierunkowana,• kierowanie do leczenia	<ul style="list-style-type: none">• realizator programu

<p>Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników oraz ewaluacja programu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • opracowanie sprawozdania z realizacji programu • ewaluacja programu 	<ul style="list-style-type: none"> • realizator programu
--	--	---

Plan działań w ramach programu



5. PLAN FINANSOWO – RZECZOWY PROGRAMU NA ROK 2014 (ETAP PILOTAŻOWY)

Koszt całkowity 103 025,00 zł

Koszt dla jednego uczestnika programu 65,00 zł

LP.	ŚWIADCZENIA OFEROWANE W PROGRAMIE	JEDNOSTKA	LICZBA JEDNOSTEK	KOSZT	ŁĄCZNIE
1.	Zaprojektowanie ulotek i plakatów	godz.	40	50 zł	2000 zł
2.	Wydruk ulotek	ulotka	5000	0,16 zł	800 zł
3.	Wydruk plakatów	plakat	100	2,00 zł	200 zł
4.	Rozpowszechnienie ulotek i plakatów	godz.	80	50 zł	4000 zł
5.	Badanie dermatologiczne z dermatoskopią	badanie	1585 osób	50 zł	79 250 zł
Razem					86 250 zł

LP.	POZOSTAŁE KOSZTY	JEDNOSTKA	LICZBA JEDNOSTEK	KOSZT	ŁĄCZNIE
1.	Zatrudnienie koordynatora programu (zawiadomienie o realizacji programu i rozpowszechnianie informacji na ten temat (telefony, ogłoszenia), nabór uczestników, zorganizowanie badań, druk karty badań, analiza i opracowanie merytoryczne danych, bieżący nadzór i ewaluacja)	godz.	200	50,00 zł	10 000 zł
2.	Koszty administracyjno – biurowe i organizacyjne	m-c	8	847,00 zł	6776 zł
Razem					16 776 zł

Plan finansowo – rzeczowy programu na rok 2020

Koszt całkowity 98 995,00 zł

Koszt dla jednego uczestnika programu 65,00 zł

Świadczenia wchodzące w skład programu

W ramach programu przewiduje się sfinansowanie ze środków publicznych następujących świadczeń:

- opracowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- wydrukowanie,
- rozpowszechnienie materiałów informacyjno-edukacyjnych na terenie województwa lubelskiego,
- badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową, wywiadem i edukacją,
- analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie, merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników oraz ewaluacja programu.

VI. POZYSKANIE ŚRODOWISK WSPIERAJĄCYCH

- współpraca z pracodawcami zatrudniającymi osoby, które w toku pracy narażone są na czynniki ryzyka nowotworów złośliwych skóry,
- współpraca z Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej,
- współpraca ze Stowarzyszeniem Chorych na Czerniaka,
- współpraca z gabinetami kosmetycznymi działającymi na terenie województwa lubelskiego,
- i inne związane.

VII. MONITOROWANIE

Monitorowanie programu będzie obejmowało:

- ilość wydrukowanych ulotek,
- ilość osób, które otrzymały ulotkę,
- ilość przebadanych osób,
- ilość osób skierowanych do obserwacji,
- ilość osób, u których rozpoznano chorobę nowotworową skóry,
- ilość osób skierowanych do leczenia.

VIII. OCENA KOŃCOWA SKUTECZNOŚCI PROGRAMU

Ostateczny pomiar efektów programu dokonany zostanie po przeprowadzeniu programu w całym województwie lubelskim. Porównane zostaną wyniki zdrowotne zakładane w programie z danymi sprzed wprowadzenia programu.

IX. SPODZIEWANE EFEKTY

Oczekiwane efekty:

- zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie profilaktyki nowotworów skóry,
- zwiększenie wykrywalności w pierwszym stadium choroby,
- zwiększenie ilości osób wyleczonych,
- zmniejszenie kosztów leczenia poprzez wykrywanie nowotworów skóry we wczesnym stadium choroby
- objęcie profesjonalną opieką profilaktyczną osób z grup ryzyka
- zmniejszenie śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych skóry.

X. EWALUACJA PROGRAMU

Przeprowadzana będzie na bieżąco oraz po przeprowadzeniu programu w poszczególnych latach z uwzględnieniem problemów organizacyjnych i merytorycznych.