PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SKÓRY DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA LUBELSKIEGO NA LATA 2022 – 2026

(kontynuacja programu realizowanego w latach 2014 – 2021)

LUBLIN 2022

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 ……..14
5. Uzasadnienie wyboru problematyki programu ……15

II. CELE PROGRAMU ……..18

1. Cel główny……..18
2. Cele szczegółowe…….18

III. POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM……19

IV. ZESPÓŁ REALIZUJACY PROGRAM ……..20

V. CHARAKTERYSTYKA PROGRAMU……20

1. Podstawa prawna realizacji programu……...20
2. Planowany okres realizacji …….20
3. Opis programu……...20
4. Podejmowane działania wraz z metodami……21
5. Plan finansowo – rzeczowy programu ……..24

VI. POZYSKANIE ŚRODOWISK WSPIERAJACYCH …….25

VII. MONITOROWANIE……25

VIII. OCENA KOŃCOWA SKUTECZNOŚCI PROGRAMU ……...26

IX. SPODZIEWANE EFEKTY……26

X. EWALUACJA PROGRAMU……26

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 uszkadzającego 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 skóry[1].

Największą grupę wśród nowotworów stanowi rak podstawnokomórkomórkowy *(łac. carcinoma basocellulare, basal cell carcinoma - BCC).* Pochodzi on z nierogowaciejących komórek warstwy podstawnej naskórka. Stanowi ok. ¾ 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%, ale

[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.

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 nerwowego[3]. 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,

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

- B – brzegi, granica *(ang. border)* – nierówne, postrzępione brzegi znamienia,
- 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,
- przebyty 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 starszych[6]. W ostatnich latach najwyższe na świecie współczynniki zachorowalności na czerniaka obserwuje się w Australii[7].

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 przewadze rasy białej schorzenia te występują znacznie częściej[8].

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.

Zgodnie z Krajowym Rejestrem Nowotworów, czerniak – jego najbardziej złośliwa forma – mimo że stanowi zaledwie pięć proc. wszystkich przypadków, charakteryzuje się

[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] Biernar 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.

największą śmiertelnością. Pozostałe dwa typy raka skóry mają łagodny charakter i nie zagrażają życiu. Najczęściej na czerniaka chorują osoby starsze, które ukończyły 70 lat. Jednak nowotwór ten rozwija się także u osób przed trzydziestką. Wg danych Amerykańskiego Towarzystwa ds. Walki z Rakiem czerniak jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród młodych kobiet. Czerniak to nowotwór ludzi, którzy przez okrągły rok przebywają w pomieszczeniach zamkniętych, a brak kontaktu ze słońcem próbują nadrobić podczas krótkiego urlopu. Dobitnie świadczą o tym wyniki opublikowanego w 2012 r. badania przeprowadzonego przez Szwedzką Krajową Radę Zdrowia i Opieki Społecznej na południowym zachodzie Szwecji. W tym rejonie, w ciągu ostatnich czterech dekad liczba przypadków czerniaka skóry wzrosła wśród mężczyzn o 35 proc., a wśród kobiet o 25 proc. Chorujące na złośliwy nowotwór skóry osoby najczęściej spędzały wakacje w rejonie Morza Śródziemnego lub jeszcze dalej na południu. Ekspozycja na słońce przez cały rok, związana z wykonywanym zawodem, najprawdopodobniej także zwiększa podatność na nowotwory skóry, ale tylko na ich łagodniejsze formy. W Europie zachorowalność na raki skóry wynosi 100 przypadków na 100 tys. osób. Z danych zebranych przez naukowców niemieckich wynika, że ludzie pracujący na otwartej przestrzeni mają zwiększone ryzyko zachorowania na raka kolczystokomórkowego. W badaniu prowadzonym na Florydzie uzyskano wyniki świadczące o tym, że poparzenia słoneczne są czynnikiem ryzyka wystąpienia obu form raka skóry, podobnie jak zawód związany z pracą pod gołym niebem. Opalanie się od najmłodszych lat zwiększało ryzyko rozwoju raka kolczystokomórkowego, ale nie podstawnokomórkowego. Najprościej można ograniczyć ryzyko zachorowania na czerniaka skóry unikając słońca między godziną 10:00 a 15:00, gdy promieniowanie UV jest najsilniejsze. Krem z silnym filtrem przeciwsłonecznym najczęściej nie chroni dostatecznie. W gruncie rzeczy taki środek daje złudne poczucie bezpieczeństwa. W Danii w kilka lat po rozpoczęciu akcji uświadamiającej niebezpieczeństwo, jakim grozi opalanie, zbadano na ile Duńczycy stosują się do prozdrowotnych zaleceń. Pogoń za opalenizną sprawiła, że zwiększył się czas przebywania na słońcu w krytycznym okresie dnia, czyli między 12:00 a 15:00 średnio o 5 proc. w porównaniu z połową XX wieku. Okazało się, że 6 na 10 osób stosuje krem z filtrem chroniącym przed promieniowaniem UV tylko po to, by dłużej się opalać. W efekcie ci którzy go używali, byli dwukrotnie częściej poparzeni przez słońce niż osoby nie stosujące kremu. Przyczyną było zbyt rzadkie i zbyt niedokładne stosowanie ochronnego kosmetyku. Przebywanie w cieniu w najgorętsze godziny dnia, noszenie koszul z długim rękawem i spodni z długimi nogawkami, kapelusza i ciemnych okularów, to w połączeniu z warstwą kremu z silnym filtrem przeciwsłonecznym znacznie skuteczniejsze środki ostrożności. Równie niebezpieczne jak naturalne światło są sztuczne źródła promieniowania UV, czyli łóżka opalające. Potwierdzono związek między korzystaniem z solariów i podwyższonym ryzykiem rozwoju trzech typów raka skóry. W badaniu Nurses' Health Study II śledzono zwyczaje

nastoletnich Amerykanek, a następnie 25–35-letnich. Podobnie, jak w przypadku światła słonecznego, dawka promieniowania otrzymanego w ciągu całego życia sumuje się. Im jest większa, tym wyższe ryzyko zachorowania na nowotwór skóry. W porównaniu z osobami, które nigdy nie były w solarium, niebezpieczeństwo rozwoju łagodnych form raka skóry zwiększało się o 15 proc. przy każdych czterech wizytach na rok, zaś ryzyko zachorowania na czerniaka o 11 proc. Regułę kumulowania się skutków korzystania z łóżka opalającego potwierdziła także analiza danych zebranych w 18 różnych krajach Europy w projekcie WHO Globalcan 2008. Każda sesja w solarium podnosi ryzyko wystąpienia czerniaka skóry o 1,8 proc. Solarium jest najbardziej szkodliwe dla osób przed 30-tym rokiem życia, zwiększając ryzyko zachorowania na nowotwór skóry nawet o 75 proc. w porównaniu z osobami, które z łóżka opalającego nigdy nie korzystały. W 2009 roku WHO i IARC ogłosiły, że łóżka opalające są równie groźne dla zdrowia jak azbest i tytoń. W Australii, Francji, Niemczech, Austrii, Wielkiej Brytanii obowiązuje zakaz korzystania z solariów dla osób, które nie skończyły 18 lat.[9]

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 2010-2019 zarejestrowano aż 32 844 przypadków zachorowań na czerniaka skóry (Tabela 2). Biorąc pod uwagę płeć problem częściej dotykał kobiety niż mężczyzn (Tabela 2).

Dane o zachorowaniach i zgonach na nowotwory złośliwe w tym czerniaka i inne nowotwory skóry w Polsce są dostępne od połowy lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku w formie biuletynów Narodowego Instytutu Onkologii – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie. Powyższe informacje zawierają analizę trendów zachorowalności w latach 2004-2019. W przypadku czerniaka skóry są one wzrostowe niezależnie od płci. (Mężczyźni - APC=3,5%, Kobiety – APC=3,6%). W strukturze zarejestrowanych zachorowań u mężczyzn w 2019 r., czerniak stanowił 2% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe, zaś w przypadku kobiet poziom ten wynosił 2,3 %. W liczbach bezwzględnych u mężczyzn w 2019 r. czerniak skóry zajmował 10 miejsce wśród zachorowań na najczęstsze nowotwory złośliwe w przypadku kobiet było to miejsce 11.[10]

W przypadku innych nieokreślonych nowotworów skóry w Polsce obserwuje się stale wzrastającą liczbę zachorowań. Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów w latach 2010 – 2019 zarejestrowano 128 098 przypadków zachorowań na inne

[9] Krajowy Rejestr Nowotworów – profilaktyka – data dostępu 08.03.2022
[10]Krajowy Rejestr Nowotworów – profilaktyka – data dostępu 08.03.2022

nieokreślone nowotwory skóry (C44) (Tabela 4), w tym 3 713 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 – 2019

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
2015	3600	9,36	5,63
2016	3666	9,54	5,60
2017	3785	9,85	5,82
2018	3698	9,63	5,55
2019	3689	9,61	5,48

N – liczba przypadków zachorowań
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 07.03.22

Tabela 2. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w Polsce w latach 2010 – 2019 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	1350	1195
2011	1375	1267
2012	1693	1390
2013	1613	1414
2014	1612	1497
2015	1823	1777
2016	1971	1695
2017	1989	1796
2018	1962	1736
2019	1940	1749
Ogółem	**17328**	**15516**

N – liczba przypadków zachorowań
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 07.03.2022

Tabela 3. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w Polsce w latach 2010 - 2019

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
2015	12870	33,47	15,66
2016	12145	31,61	14,42
2017	13478	35,08	15,76
2018	14180	36,91	16,07
2019	14263	37,16	15,88

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 07.03.2022

Tabela 4. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w Polsce w latach 2010 –2019 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	5261	4792
2011	6031	5408
2012	6719	5889
2013	6853	6343
2014	7259	6607
2015	6654	6216
2016	6398	5747
2017	7025	6453
2018	7385	6795
2019	7391	6872
Ogółem	66976	61122

N – liczba przypadków zachorowań

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 07.03.22

Tabela 5. Liczba zgonów na inne nieokreślone nowotwory skóry w Polsce w latach 2010 –2019

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
2015	1423	3,70	2,20
2016	907	2,36	1,36

2017	78	0,20	0,12
2018	62	0,16	0,09
2019	79	0,21	0,12

N – liczba zgonów

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 07.03.22

Epidemiologia w województwie lubelskim

Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów w latach 2010 – 2019 w województwie lubelskim zarejestrowano 9 727 przypadków zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry (Tabela 1). Biorąc pod uwagę płeć, problem częściej dotykał kobiety niż mężczyzn (Tabela 3).

Odrębnym problemem onkologicznym w województwie lubelskim są nowotwory tkanki barwnikowej - czerniaki. W analizowanym okresie tj. w latach 2010 – 2019 w województwie lubelskim stwierdzono 1544 przypadki 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).

Analizując strukturę problemów zdrowotnych zgodnie z Bazą Analiz Systemowych i Wdrożeniowych wg wskaźnika DALY w 2019 roku czerniak skóry odpowiadał 1,48% wszystkich przypadków nowotworowych zaś nieczerniakowe nowotwory skóry stanowiły 0,4%. W zależności od płci nowotwory te częściej dotykają kobiety 1,63% - czerniak skóry oraz 0,48% - nieczerniakowe nowotwory skóry. W przypadku mężczyzn wskaźnik ten wynosił 1,38% - czerniak skóry oraz 0,35% - nieczerniakowe nowotwory skóry.[11]

Kierunek realizacji działań zawartych w programie został wskazany w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022 – 2026. Wśród głównych obszarów, Plan wskazuje na wzmocnienie działań profilaktycznych w zakresie chorób układu krążenia, nowotworowych, układu oddechowego, neurologicznych, układu kostno-mięśniowego, zakaźnych (w szczególności w kierunku boreliozy i gruźlicy) i wysoce zakaźnych oraz w dziedzinie: nefrologii i urologii, diabetologii i okulistyki poprzez realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym programów polityki zdrowotnej dotyczących chorób nowotworowych.. Uzasadnieniem tego kierunku działań jest wzrost zapotrzebowania związany z występowaniem czynników ryzyka oraz z sytuacją epidemiologiczną. Wykrywalność chorób nowotworowych we wczesnych stadiach rozwojowych oraz wysoki poziom świadomości zdrowotnej społeczeństwa zwiększa szanse na uniknięcie oraz wyleczenie choroby. Głównymi celami działań, a także oczekiwanymi rezultatami jest zwiększenie świadomości mieszkańców województwa w zakresie zapobiegania chorobom

[11] Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – data dostępu 14.03.2022

nowotworowym oraz zwiększenie zgłaszalności mieszkańców na badania profilaktyczne dot. chorób nowotworowych.[12]

Tabela 1. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w województwie lubelskim w latach 2010 - 2019

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
2015	1171	54,64	37,66
2016	1037	48,56	36,48
2017	1158	54,39	35,43
2018	1182	55,71	35,89
2019	992	46,96	30,16

N – liczba przypadków zachorowań
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 14.03.22

Tabela 2. Liczba zgonów na inne nieokreślone nowotwory skóry województwie lubelskim w latach 2010 –2019

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
2015	86	4,01	2,20
2016	70	3,28	1,69
2017	-	-	-
2018	-	-	-
2019	-	-	-

N- liczba zgonów
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 14.03.22

[12] Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa lubelskiego na lata 2022-2026 – data dostępu 14.03.2022

Tabela 3. Liczba zachorowań na inne nieokreślone nowotwory skóry w województwie lubelskim w latach 2010 –2019 w zależności od płci

ROK	Płeć	
	Kobiety	Mężczyźni
	N	
2010	355	313
2011	460	349
2012	459	311
2013	556	427
2014	537	420
2015	620	551
2016	645	474
2017	637	521
2018	667	515
2019	537	455
Ogółem	**5473**	**4336**

N – liczba przypadków zachorowań
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 14.03.22

Tabela 4. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w województwie lubelskim w latach 2010 – 2019

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
2015	190	8,87	7,13
2016	187	8,76	6,89
2017	172	8,08	6,22
2018	191	9,00	6,44
2019	163	7,72	5,67

N – liczba przypadków zachorowań
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 14.03.22

Tabela 5. Liczba zachorowań na czerniaka skóry w województwie lubelskim w latach 2010 – 2019 w zależności od płci

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

2015	98	92
2016	95	92
2017	86	86
2018	106	85
2019	92	72
Ogółem	**822**	**722**

N – liczba przypadków zachorowań
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów – data dostępu 14.03.2022

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 – propagandowej[13].

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

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

terapii, z których niektóre (jak np. mikrograficzna chirurgia Mohsa) są wykorzystywane tylko w praktyce dermatologicznej[14,15].

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[16,17].

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 bezbarwnych[18].

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%[19].

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

[14] 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).
[15] Włodarkiewicz A.: *Rak skóry – aktualne problemy diagnostyczne i terapeutyczne.* Przegl. Dermatologiczny 2007, Nr 94.
[16] Argenziano G., Soyer H.P., De Giorgi V., Piccolo D.: *Dermoscopy a tutorial.* Edra Medical Publishing & New Media, Milan 2000.
[17] Mikulska D.: *Próba zastosowania termografii w diagnostyce znamion melanocytowych skóry.* Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie 2009. Nr 55 (1).
[18] Jassem J., Krzakowski M.: *Złośliwe Nowotwory skóry. Praktyczny poradnik dla lekarzy.* Via Medica, Gdańsk 2011.
[19] Rutkowski P.: *Nowe leki przedłużają życie w zaawansowanym czerniaku.* Puls Medycyny 2013. Nr 13(270)

ogólnokrajowe i regionalne mające na celu profilaktykę pierwotna i wtórną, ze szczególnym uwzględnieniem działań edukacyjnych i umożliwienia dostępu do lekarza specjalisty[20].

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 wspomaganych 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%),
- tylko 14% badanych zdecydowało się (z tego 8% tylko raz w życiu) pójść do lekarza po to, by sprawdzić czy podejrzanie 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

[20] 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.]

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 zawansowanym (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 programem[21].

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:

[21] 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.]

- poprawa dostępności do świadczeń w zakresie chorób nowotworowych w tym rehabilitacji leczniczej (LSZ, AOS, POZ, REH),

3. Potrzebach zdrowotnych mieszkańców województwa lubelskiego[22].
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. [23].
5. Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Lubelskiego na lata 2022 – 2026. Plan wskazuje na wzmocnienie działań profilaktycznych m. in. w zakresie chorób nowotworowych[24].
6. Programie strategicznym ochrony zdrowia województwa lubelskiego na lata 2021 – 2027, wskazującym na podjęcie działań zmierzających do zapobiegania chorobom nowotworowym wynikającym z rozeznanych potrzeb zdrowotnych.

Za wdrożeniem programu na terenie województwa lubelskiego przemawia także fakt, iż najniższe wartości 5-letnich przeżyć u mężczyzn dotyczą właśnie Lubelszczyzny[25].

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 nawet ulec podwojeniu do 2025 r., przy czym największego wzrostu zachorowań należy spodziewać się wśród najstarszych osób (po 65 r. ż.)[26].

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:

[22] 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]

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

[24] Wojewódzki Plan Transformacji dla województwa lubelskiego na lata 2022-2026 – data dostępu 09.03.2022

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

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

- 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 umiejętność 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.

III. POPULACJA OBJĘTA PROGRAMEM

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

Wielkość populacji w wieku 18 i więcej lat na dzień 31 grudnia 2015r. - 1 732 375 osób[27].

Wielkość populacji w wieku 18 i więcej lat w 2020 r. – 1 726 947 osób[28]

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

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

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

[28] Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – data dostępu 14.03.2022

Realizacja programu w roku 2018

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 województwa lubelskiego.

II – badanie dermatologiczne z dermatoskopią – min. 1338 osób

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

Roczny koszt realizacji programu wynosi – 86 970,00zł

Realizacja programu w roku 2022

I etap – druk materiałów informacyjno-edukacyjnych i ich rozpowszechnienie wśród mieszkańców woj. lubelskiego - działania powinny objąć całą populację województwa lubelskiego.

II – badanie dermatologiczne z dermatoskopią – min. 1 847 osób

Koszt jednostkowy dla jednego uczestnika projektu wynosi – 80,00 zł

Roczny koszt realizacji programu wynosi – 147 760,00

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 REALIZUJACY 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.

2. Planowany okres realizacji programu

Lata 2022 – 2026 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:

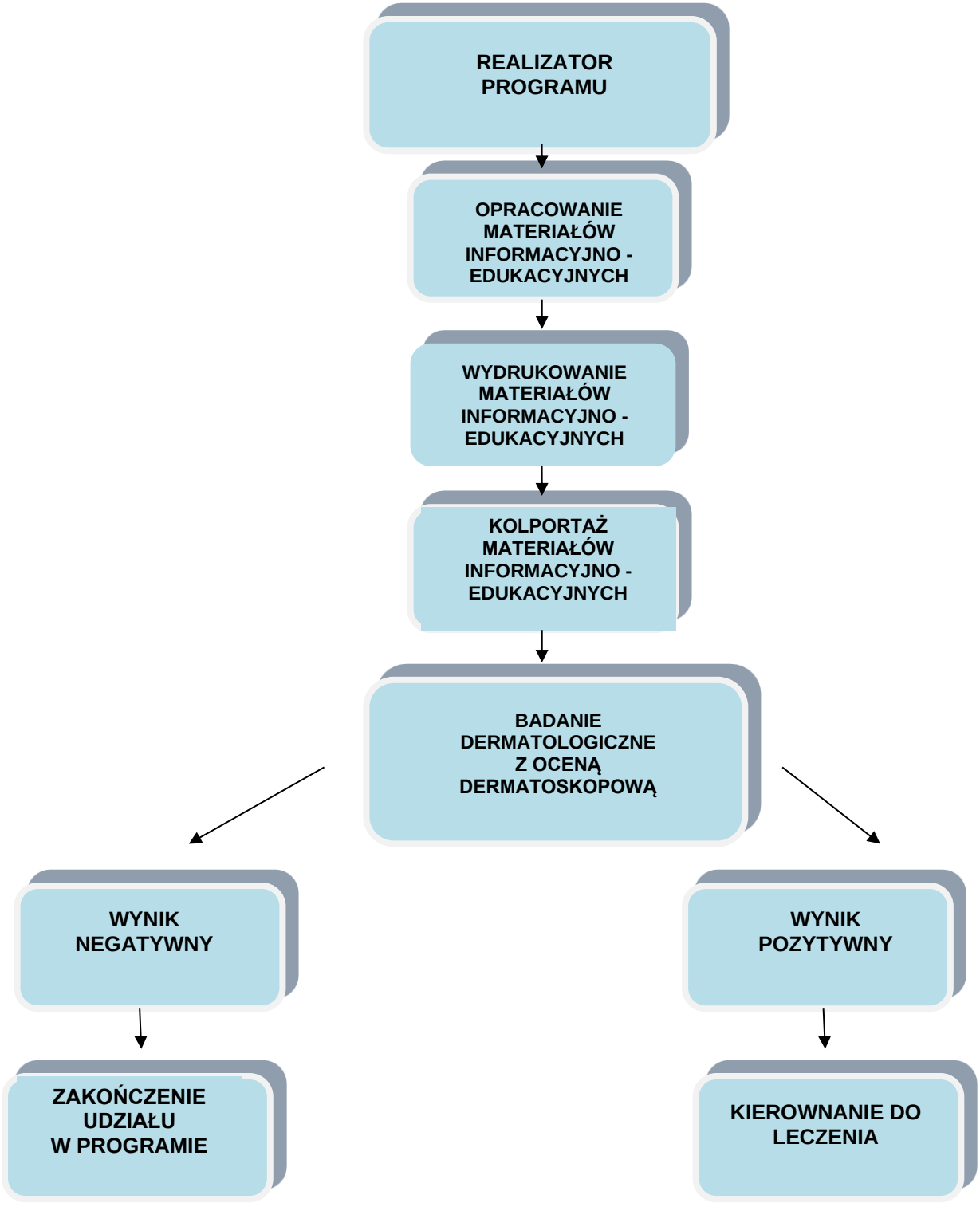
- dokonanie wyboru realizatora programu,
- opracowanie treści materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- wydrukowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych,
- kolportaż materiałów informacyjno – edukacyjnych na terenie województwa lubelskiego
- badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową,
- zakwalifikowanie 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	• realizator programu zostanie wybrany w drodze konkursu ofert – odpowiedzialny będzie za nadzór merytoryczny i organizacyjny programu,	• pracownicy SWL, • pracownicy realizatora programu
Opracowanie treści ulotki i wydruk	• opracowanie merytoryczne ulotki, • konstrukcja graficzna,	• realizator programu
Rozpowszechnienie materiałów informacyjno-edukacyjnych nt. programu na terenie województwa lubelskiego	• placówki medyczne, • wręczenia indywidualne, • salony kosmetyczne, • rozdawnictwo podczas akcji promujących zdrowie, • ogłoszenie na stronie internetowej, • lokalne media, • informacja medyczna	• realizator programu
Badanie dermatologiczne z oceną dermatoskopową	• dokładny wywiad w kierunku nowotworów złośliwych • badanie dermatologiczne z dermatoskopią • edukacja ukierunkowana, • kierowanie do leczenia	• realizator programu
Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych	• opracowanie sprawozdania z realizacji programu • ewaluacja programu	• realizator programu

wyników oraz ewaluacja 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 2018

Koszt całkowity - 86 970,00 zł
Koszt dla jednego uczestnika programu - 65,00 zł

Plan finansowo – rzeczowy programu na rok 2022

Koszt całkowity - 147 760,00 zł
Koszt dla jednego uczestnika programu - 80,00 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.