

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

**OGÓLNOPOLSKI PROGRAM
PROFILAKTYKI PIERWOTNEJ I
WCZESNEGO WYKRYWANIA
NOWOTWORÓW GŁOWY I SZYI**



**Fundusze
Europejskie**
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



1. Okres realizacji programu

- okres realizacji lata 2016 -2023

2. Autorzy programu: prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński przy merytorycznym udziale i wsparciu grupy roboczej składającej się z przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przygotowano w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

3. Kontynuacja/trwałość programu:

Program zostanie poddany ewaluacji, po której możliwa będzie jego kontynuacja również za środków Regionalnych Programów Operacyjnych.

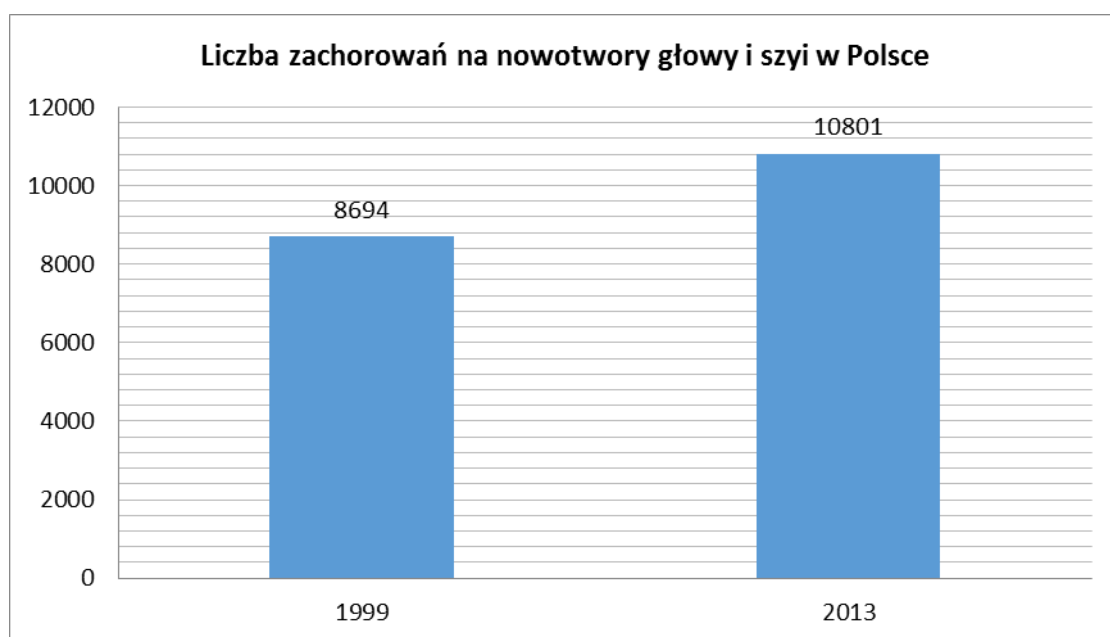
Należy dodać, że program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

II. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

Definicja, epidemiologia

Do nowotworów głowy i szyi zaliczamy ponad 20 różnych lokalizacji anatomicznych, wg klasyfikacji ICD-X są to kody: C00-C15, C30-C33, C69, C73. Zgodnie z aktualnymi danymi Krajowego Rejestru Nowotworów, nowotwory głowy i szyi w 2013 roku, rozpoznano w Polsce u 10 801 osób, a 5 990 zmarło. Ta grupa chorób stanowiła 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet¹. W ostatniej dekadzie nastąpił gwałtowny wzrost zachorowalności na nowotwory głowy i szyi. Liczba nowych rozpoznań wzrosła o 25% tj. z 8 694 do 10 801 (ryc. 1). Rośnie również liczba zgonów, w 1999 roku wynosiła 5 080 a w 2013 r. 5 990 – wzrost o 18% (ryc. 2).



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

¹ Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/>, dostęp z dnia 06.04.2016 r.



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

Mapy Potrzeb Zdrowotnych, opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, prognozują w latach 2015-2025 wzrost liczby zachorowań na nowotwory głowy i szyi o 10%².

Etiologia

Nowotwory głowy i szyi ze względu na swoje umiejscowienie rozwijają się skrycie i wywołują objawy niecharakterystyczne, towarzyszące banalnym infekcjom górnych dróg oddechowych takie jak: ból gardła, ból podczas połykania, chrypka. Rozwój większości nowotworów głowy i szyi zachodzi w błonie śluzowej górnych dróg oddechowych i przełyku, w tym w jamie ustnej, gardle, krtani, jamie nosowej i zatokach. Mogą one powstawać również w śliniankach, tarczycy i gruczołach przytarczycowych, tkance miękkiej, kościach i skórze. Najczęściej występującym nowotworem złośliwym głowy i szyi jest rak płaskonabłonkowy i rak brodawkowy tarczycy.

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

² Dostępne pod adresem: <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/>

regularnie spożywają alkohol i palą, jest 10-20 razy wyższe niż u osób niepijących/niepalących.

Coraz więcej badań przemawia również za tym, iż istnieje związek między wirusem brodawczaka ludzkiego a rozwojem nowotworów gardła³.

Patogeneza obrazu klinicznego i przebieg naturalny

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

Ponadto, w przypadku rozproszonej ekspozycji na czynnik rakotwórczy, jakim jest tytoń, nierzadko zaobserwować można wiele zmian występujących na różnych etapach rozwoju choroby w górnych drogach oddechowych i w górnej części przełyku, np. w postaci pól kanceryzacji. Jako że pierwsze przedkliniczne zmiany w strukturze komórkowej narażonej błony śluzowej występują na wiele lat przed pojawieniem się pierwszych klinicznych objawów, które mogą być zdiagnozowane jako nowotwór, zjawisko pól kanceryzacji jest, wbrew utartym opiniom, zjawiskiem znacznie bardziej powszechnym⁴.

Rozpoznanie

Szczegółowa historia choroby wraz z badaniem fizykalnym stanowią podstawę wstępnej diagnozy. Poza parametrami guza pełna historia choroby powinna zawierać ocenę czynników, które mogą wpłynąć na leczenie nowotworu pierwotnego, w tym szczegółowy wywiad rodzinny, informację o nawykach (m.in. palenie tytoniu i spożywanie alkoholu) oraz czynniki związane z wykonywanym zawodem. Badanie pacjenta powinno być kompleksowe i obejmować poza szczegółowym badaniem palpacyjnym również badanie za pomocą

³ Jatin Shah, Chirurgia i onkologia głowy i szyi, Tom 1, str. 1-9, redakcja wydania polskiego Wojciech Golusiński, Wrocław 2014.

⁴ Ibid.

faryngolaryngoskopu. Poza badaniem fizykalnym w rozpoznawaniu nowotworów głowy i szyi niezwykle istotne jest zarówno obrazowanie radiologiczne (USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny), jak i biopsja i rozpoznanie histopatologiczne tkanek⁵.

Leczenie

Terapię nowotworów głowy i szyi podzielić można na dwie szeroko pojęte kategorie: leczniczą i paliatywną. W miarę rozwoju choroby podejście lecznicze staje się coraz mniej efektywne i zastępowane jest stopniowo terapią paliatywną. Wstępny wybór strategii leczenia uzależnić trzeba od rozpoznania histologicznego, lokalizacji i klasyfikacji pierwotnego guza oraz jego położenia anatomicznego i reakcji na już przeprowadzone leczenie. Standardowo w przypadku guzów we wczesnym stadium rozwoju (stopień I i II) terapia przebiega jednotorowo, tj. stosuje się jednocześnie tylko jedną metodę leczenia, taką jak radioterapia i/lub zabieg chirurgiczny. Wybór pomiędzy powyższymi metodami zależy od rozmiaru, umiejscowienia i klasyfikacji nowotworu pierwotnego i od jego odległości od kości czy stopnia naciekania otaczających go tkanek miękkich. Leczenie zaawansowanych nowotworów (stopień III i IV) wymaga już podejścia multidyscyplinarnego, polegającego na połączeniu leczenia chirurgicznego i radioterapii lub chemioradioterapii, i zintegrowania wiedzy wielu dyscyplin, tak aby osiągnąć pożądane rezultaty⁶.

Rokowanie

Wyniki leczenia chorych z nowotworami głowy i szyi w Polsce są wysoce niezadowolające - należą do jednych z najgorszych w kraju spośród wszystkich chorób nowotworowych. Związane jest to m.in. ze znacznym zaawansowaniem narządowym choroby nowotworowej w momencie zgłoszenia się chorego do leczenia (szersze omówienie przeżyć w pkt. 2).

2. Epidemiologia

Zgodnie z aktualnymi danymi Krajowego Rejestru Nowotworów nowotwory głowy i szyi (wg klasyfikacji ICD-X choroby kodowane jako: C00-C15, C30-C33, C69, C73) stanowią w

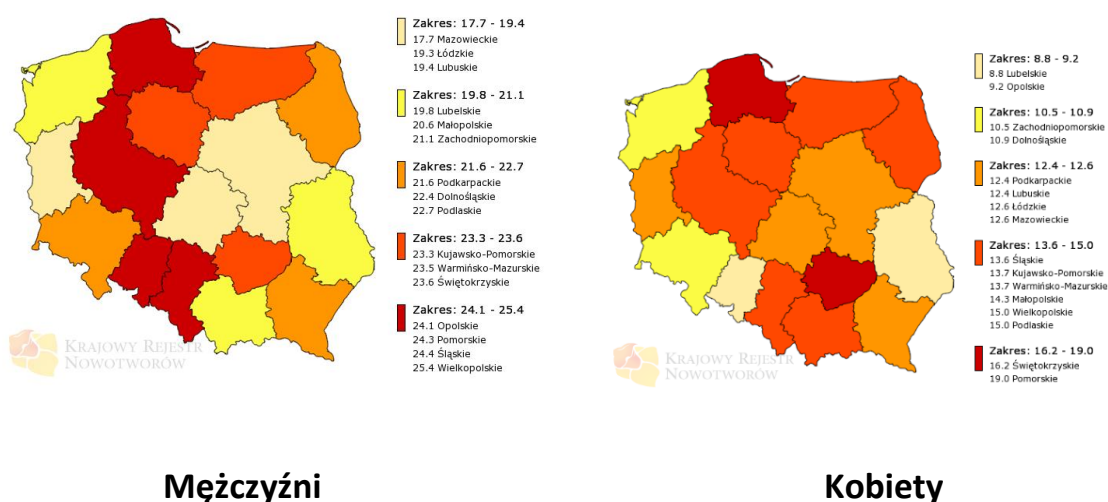
⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

2013 roku 8% wszystkich nowotworów rozpoznanych u mężczyzn oraz 5% u kobiet⁷. Specjalistom z zakresu leczenia tych nowotworów powyższe statystyki wydają się zaniżone. Dane WHO pokazują, iż każdego roku rozpoznaje się na świecie 550 000 nowych zachorowań na nowotwory jamy ustnej i gardła oraz 160 000 krtani. Szacuje się, iż rocznie na nowotwory głowy i szyi umiera około 400 000 osób⁸.

W Polsce w 2013 roku nowotwory złośliwe głowy i szyi (rozumiane szeroko tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) stanowiły czwartą u mężczyzn i piątą u kobiet przyczynę zachorowalności. W analizowanym okresie zgłoszono 10 801 nowych zachorowań (tj. 6 552 przypadków u mężczyzn i 4 249 u kobiet), co w stosunku do roku 1999 oznacza wzrost o 25% (tj. 2 107 przypadków).

Wartości standaryzowanego współczynnika zachorowalności różnią się pomiędzy województwami. U mężczyzn wynoszą od 17,7-25,4/10⁵, u kobiet od 8,8-19/10⁵ (ryc. 3).



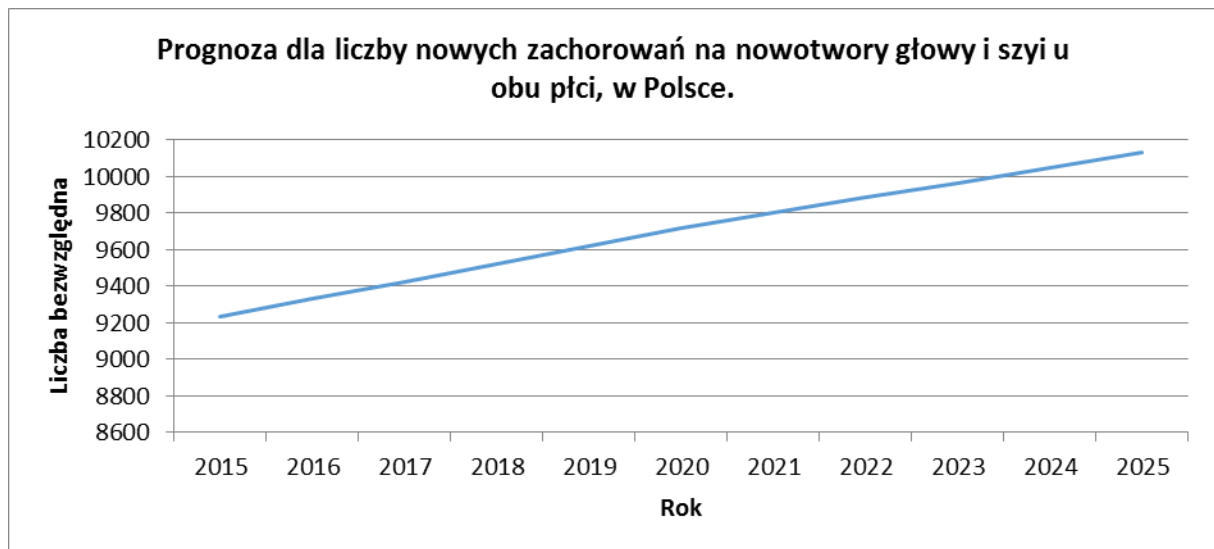
Ryc. 3 Zachorowalność na nowotwory głowy i szyi w podziale na płeć i województwo, ASR, Polska 2013.

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów.

⁷ Wojciechowska Urszula, Op. cit.

⁸ Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, dostęp z dnia 24.02.2015;

Prognoza dla nowotworów głowy i szyi w Polsce, przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Map Potrzeb Zdrowotnych, szacuje wzrost liczby nowych przypadków na 10% w latach 2015-2025 (ryc. 4)⁹.

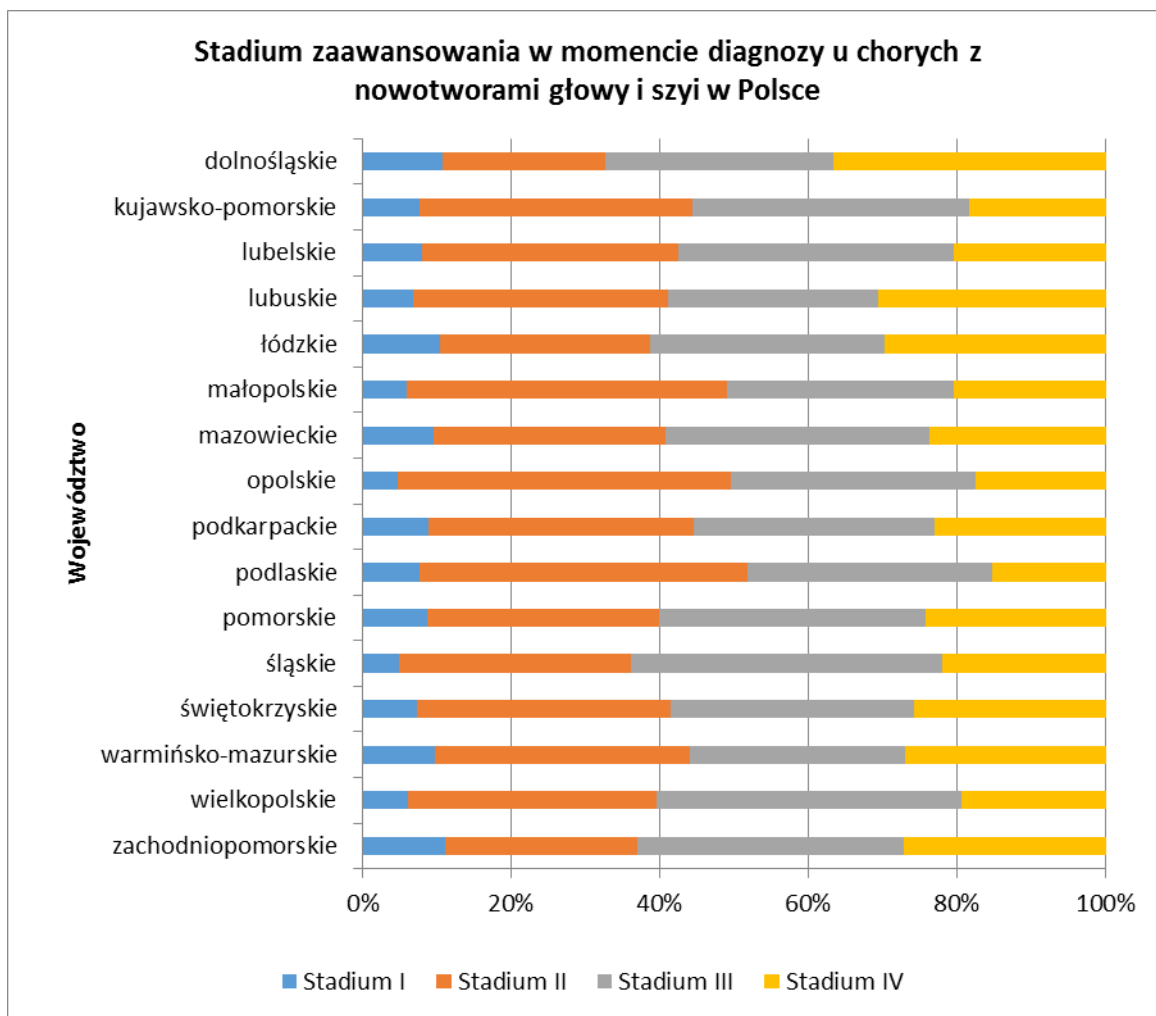


Ryc. 4 Prognoza dla liczby nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi u obu płci, w Polsce. Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych.

Nowotwory głowy i szyi najczęściej diagnozowane są w III i IV stadium zaawansowania niezależnie od województwa (ryc. 5)¹⁰. Tym pacjentom medycyna może zaoferować jedynie leczenie paliatywne, którego celem jest przedłużenie życia i poprawa jego komfortu.

⁹ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski, Ministerstwo Zdrowia. Dostępne na stronie: http://www.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska.pdf, dostęp z dnia 04.06.2016 r.

¹⁰ Ibid.



Ryc. 5 Stadium zaawansowania w momencie diagnozy u chorych z nowotworami głowy i szyi w Polsce.¹¹

Szczegółowa analiza stadium zaawansowania w momencie diagnozy dla wybranych lokalizacji anatomicznych rejonu głowy i szyi, przeprowadzona przez Wielkopolski Rejestr Nowotworów w oparciu o bazę KRN, uzupełnioną informacjami z dokumentacji medycznej, potwierdziła dane z Map Potrzeb Zdrowotnych. Leczenie obecnie wykrywanych przypadków dotyczy najczęściej pacjentów w III i IV stadium zaawansowania choroby (tab. 1), co przekłada się na znacznie gorsze rokowania dla pacjenta.

JAMA USTNA	
% pacjentów z określonym stadium 49%, w tym:	
stadium I-II	31%
stadium III-IVB	57%

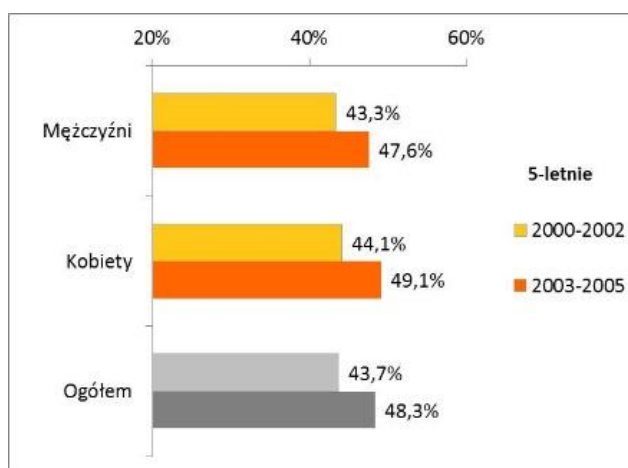
¹¹ Mapa potrzeb zdrowotnych... Op. cit.

stadium IVC	12%
% pacjentów bez określonego stadium 51%	
KRTAŃ	
% pacjentów z określonym stadium 57% , w tym:	
NADGŁOŚNIA	13%
GŁOSNIA I PODGŁOŚNIA	87%
stadium I-II	75%
stadium III-IVB	25%
stadium IVC I paliatywne	0%
% pacjentów bez określonego stadium 43%	
USTNA CZĘŚĆ GARDŁA	
Ślinianka	
% pacjentów z określonym stadium 100% , w tym:	
stadium I-II, low-grade or grade unknown	28%
stadium III-IV and/or high-grade	72%
% pacjentów bez określonego stadium 0%	
Gardło	
% pacjentów z określonym stadium 89% , w tym:	
Każde T, Każde N, M0	91%
Każde T, Każde N, M1	9%
% pacjentów bez określonego stadium 11%	
ZATOKI PRZYNOSOWE I JAMA NOSOWA	
% pacjentów z określonym stadium 87% , w tym:	
T1-4a, Każde N, M0	85%
T4b, Każde N, M0	8%
Każde T, Każde N, M1	7%
% pacjentów bez określonego stadium 13%	
NOSOGARDŁO	
% pacjentów z określonym stadium 100% , w tym:	
Nieznane umiejscowienie pierwotne	
N1-2a	22%
N2b-N3	78%
% pacjentów bez określonego stadium 0%	

Tabela 1 Stadium zaawansowania klinicznego wybranych nowotworów głowy i szyi w momencie diagnozy, Wielkopolska, 2010 r. ¹²

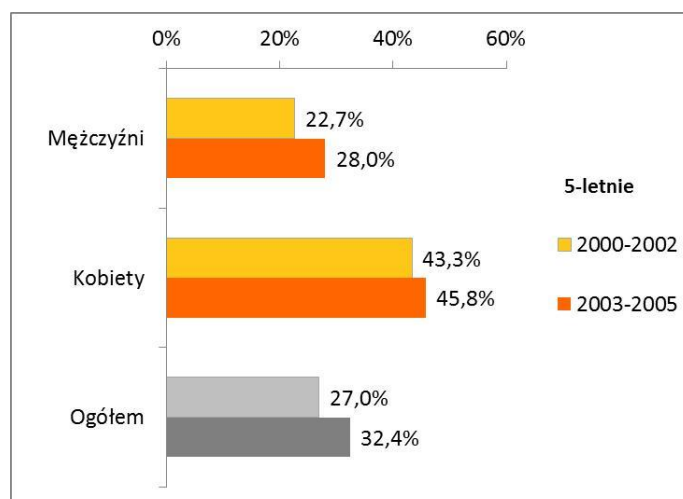
¹² Dyzmann-Sroka Agnieszka, Op. cit.

Do nowotworów głowy i szyi zaliczamy ponad 20 różnych lokalizacji anatomicznych (rozumiane szeroko, tj. C00-C15; C30-C33; C69; C73) - przeżycia w poszczególnych grupach są różne. Poniżej przedstawione zostały wybrane lokalizacje nowotworowe z analizą przeżyć 5-letnich. U pacjentów z nowotworami wargi, jamy ustnej i gardła w ciągu pierwszej dekady XXI, przeżycia 5-letnie w Polsce wzrosły u mężczyzn z 43,3% do 47,6%, natomiast u kobiet z 44,1% do 49,1% (ryc. 6).



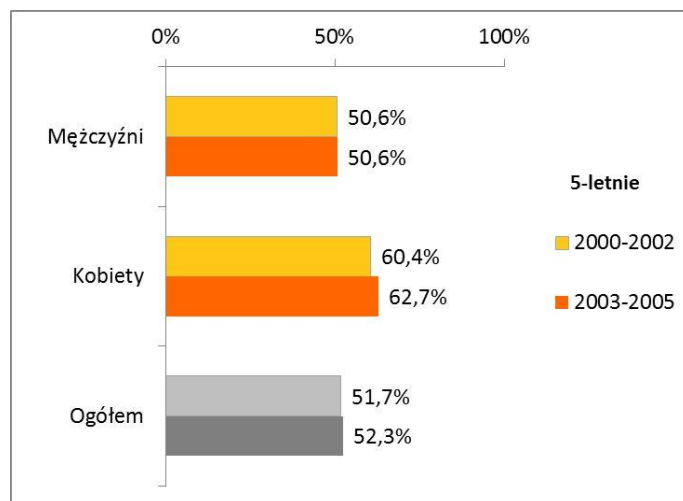
Ryc. 6 Wskaźniki 5-letnich przeżyć względnych u chorych na nowotwory jamy ustnej i gardła w Polsce.

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



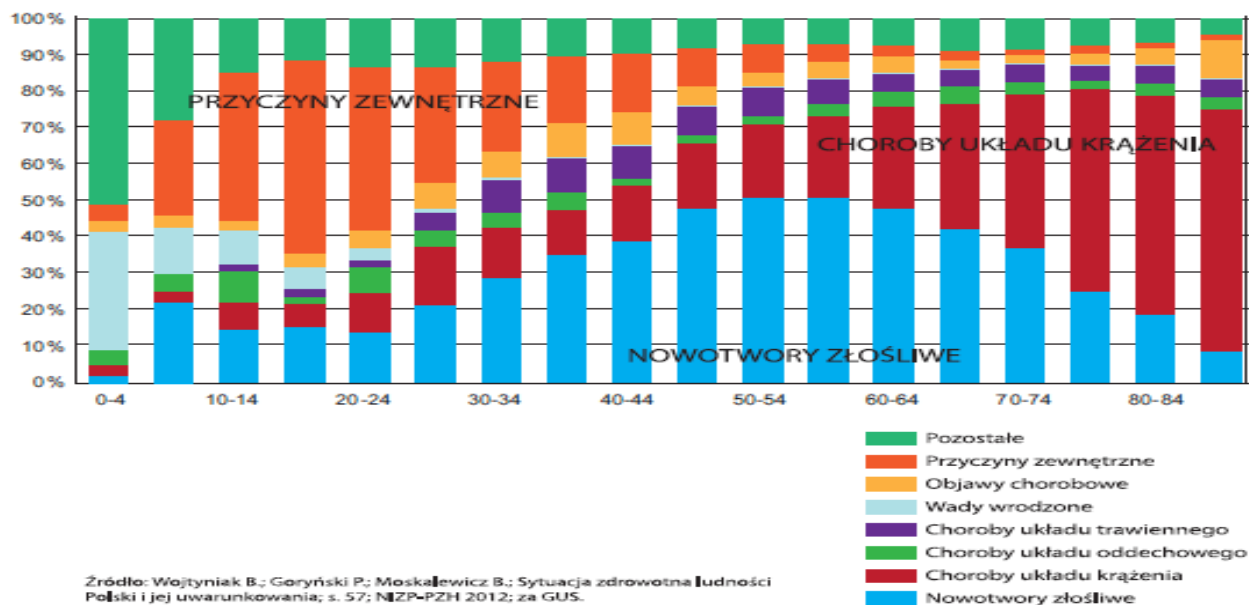
Ryc. 7 Wskaźniki 5-letnich przeżyć względnych u chorych na raka języka w Polsce.

Wśród pacjentów z nowotworami krtani w ciągu pierwszej dekady XXI przeżycia 5-letnie w Polsce u mężczyzn pozostały na poziomie 50,6%, natomiast u kobiet nieznacznie wzrosły z 60,4% do 62,7% (ryc. 8).



Ryc. 8 Wskaźniki 5-letnich przeżyć względnych u chorych na nowotwory krtani w Polsce.

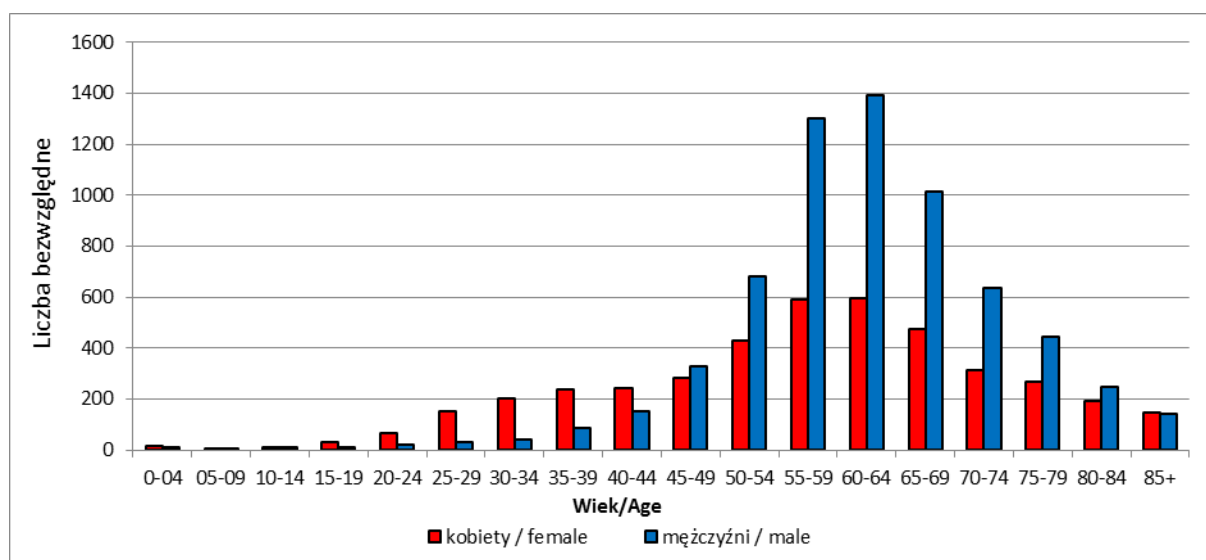
Wiek stanowi najsilniejszy czynnik ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe, co obrazuje rycina nr 9. Rośnie ono u obu płci wraz z wiekiem (do 64 roku życia włącznie). W populacji mężczyzn 60%, a w populacji kobiet 52% rozpoznanych nowotworów głowy i szyi występuje u osób w wieku 45-64. Najwyższe wartości ryzyko zachorowania osiąga, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet na przełomie piątej i szóstej dekady życia¹³.



Ryc. 9 Udział głównych przyczyn zgonów w umieralności u mężczyzn i kobiet w poszczególnych grupach wiekowych w 2010 r.

¹³ Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje

Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi przygotowany został na podstawie założeń Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi (EHNS) oraz National Institute for Health and Care Excellence¹⁴. Stwierdzają one, że ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi, podobnie jak w przypadku większości nowotworów, zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia włącznie. Grupa wiekowa pomiędzy 40. a 69. rokiem życia jest najbardziej narażona na zachorowanie na nowotwór głowy i szyi (ryc. 10).



Ryc. 10. Liczba zachorowań na nowotwory głowy i szyi, w podziale na 5-letnie grupy wieku, w Polsce w roku 2013.
Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

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

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

¹⁴ Suspected cancer: recognition and referral, NICE guidelines [NG12] Published date: June 2015. Dostępne na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/1-Recommendations-organised-by-site-of-cancer#head-and-neck-cancers>. Dostęp z dnia 06-06-2016.

Do włączenia do programu w ciągu całego okresu jego trwania kwalifikuje się **3 519 736 osób** (populacja z grupy wiekowej 40-65 lat, GUS 2014), co wyliczono na podstawie odsetka osób palących w populacji kobiet i mężczyzn. Palenie tytoniu jest najbardziej rozpowszechnionym czynnikiem ryzyka nowotworów głowy i szyi. Biorąc pod uwagę fakt, iż w roku 2013 w Polsce paliło ok. 27% dorosłej populacji (wyniki przeprowadzonych w 2013 roku ogólnopolskich badań ankietowych pokazują, że w populacji mężczyzn odsetek codziennie palących wynosił 31%, zaś w populacji kobiet – 23%¹⁵), możliwym jest oszacowanie całej populacji kwalifikującej się do włączenia do programu.

Docelową grupę wiekową wyodrębniono, uwzględniając założenia Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi oraz National Institute for Health and Care Excellence¹⁶.

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

4. Obecne postępowanie

Dotychczas w Europie, a w Polsce ogólnokrajowo, nie prowadzono populacyjnych działań ukierunkowanych na profilaktykę pierwotną i wtórną nowotworów głowy i szyi.

National Institute for Health and Care Excellence w swoich zaleceniach wskazuje, iż pacjenci, u których wystąpią wczesne objawy nowotworów głowy i szyi, powinni uzyskać poradę lekarską w ciągu 2 tygodni od zauważenia symptomów.

W latach 2014 - 2015 w województwie wielkopolskim zrealizowano pilotażowo Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi. Łącznie w ramach Programu przebadano ponad 3600 osób oraz przeszkolono około 800 osób. W 2014 r., w ramach programu, przebadano 2000 osób na etapie podstawowym, z których do dalszej diagnostyki zakwalifikowano 142 osoby (tzw. recall rate 7,1%), a w 19 przypadkach wykryto zmiany złośliwe. W 2015 r. z grupy liczącej 1630 przebadanych osób do dalszej diagnostyki skierowano 185 (tzw. recall rate 11,35%), wykryto 12 zmian złośliwych. Jest to 9 wykrytych

¹⁵ Raport z ogólnopolskiego badania ankietowego na temat postaw wobec palenia tytoniu. TNS Polska dla Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

¹⁶ Suspected cancer: recognition and referral, NICE guidelines...Op.cit.

raków na 1000 badań czyli więcej niż w programie profilaktyki raka piersi oraz raka szyjki macicy. Pilotaż wskazuje na konieczność wprowadzenia programu na terenie całego kraju.

Obecnie pacjenci mogą korzystać z porad laryngologa w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) finansowanej przez NFZ, gdzie wymagane jest skierowanie i konieczne jest zapisanie się do kolejki oczekujących. Ideą realizacji konsultacji laryngologicznych w ramach programu jest wydzielenie tych świadczeń dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi, bez konieczności oczekiwania przez pacjenta w długiej kolejce oczekujących do poradni w ramach AOS, a jednocześnie umożliwienie skrócenia formalnej ścieżki dostępu do laryngologa (bez skierowania, bez kolejki). Będzie to działanie pionierskie na skalę europejską.

Onkolodzy zajmujący się leczeniem nowotworów głowy i szyi zwracają również uwagę na konieczność włączenia do procesu wczesnego wykrywania choroby lekarzy POZ. Jest to bardzo istotny element Programu, gdyż duża część jego populacji docelowej odwiedza lekarza rodzinnego minimum raz w roku. W związku z powyższym to ta grupa medyków będzie włączona zarówno w proces szkoleń, jak i kwalifikacji potencjalnych kandydatów do badań w ramach Programu.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

W ostatnich 12 latach zachorowalność na nowotwory głowy i szyi wzrosła prawie o 25%, a umieralność o ponad 18%¹⁷. Nowotwory głowy i szyi stają się coraz większym problemem zdrowotnym w populacji Polski. Większość nowotworów diagnozowana jest zbyt późno, aby wdrożyć skuteczne i mało inwazyjne leczenie. W konsekwencji pacjenci nie wracają do pracy. Powoduje to duże koszty dla systemu zabezpieczenia społecznego kraju, gdyż problem dotyczy osób w wieku aktywności zawodowej. Wdrożenie programu polityki zdrowotnej z zakresu nowotworów głowy i szyi jest działaniem koniecznym, a zaproponowane działania przyczynią się do zahamowania lub zmniejszenia niekorzystnych skutków na terenie całego kraju.

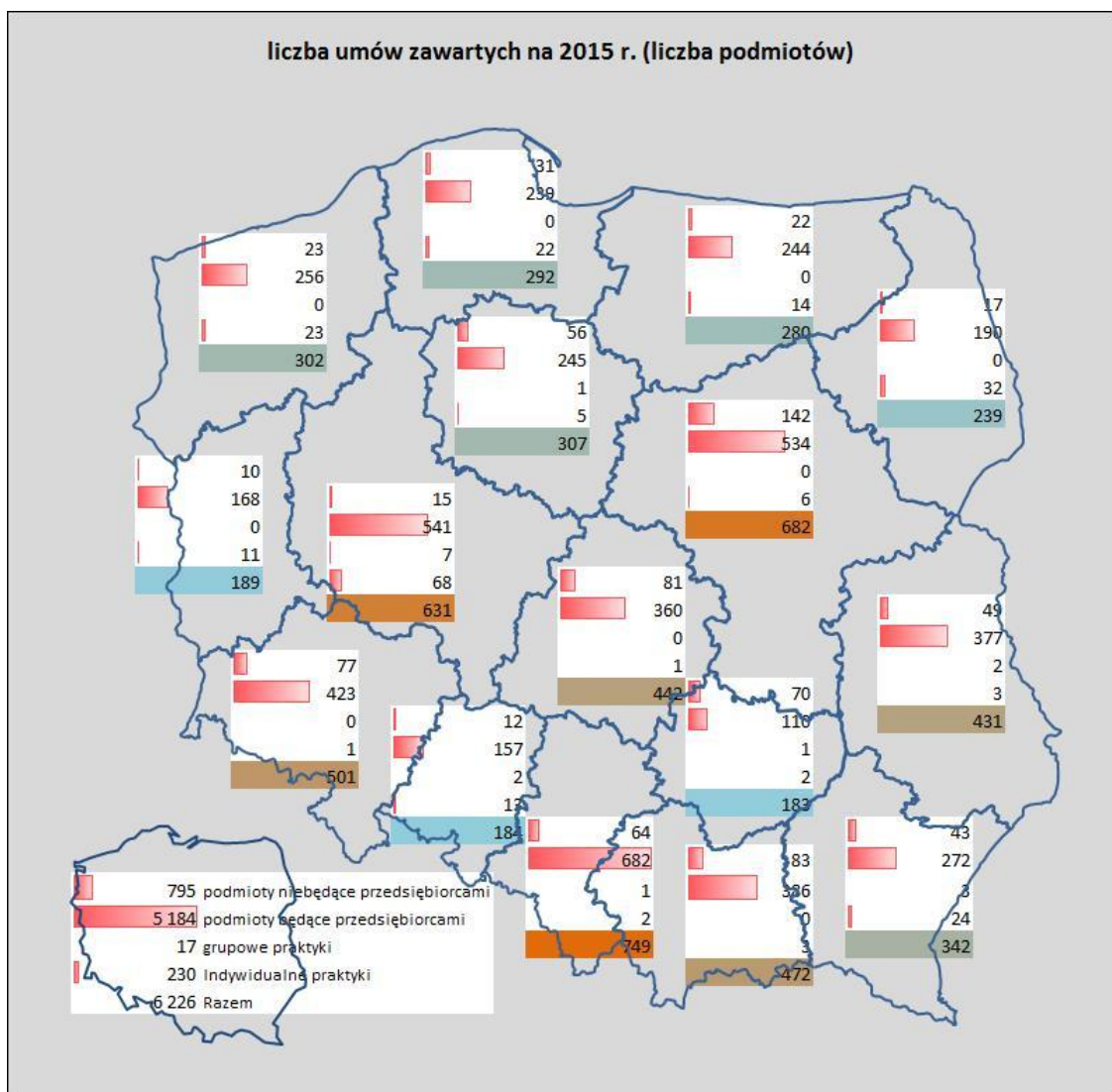
Wyniki przeprowadzonego w 2011 roku międzynarodowego badania ankietowego pt. „About Face” wykazują niski poziom świadomości Europejczyków na temat zagrożeń

¹⁷ Wojciechowska Urszula, Op. cit.

wynikających z zachorowania na nowotwory głowy i szyi. Ponad 75% ankietowanych nie potrafiło udzielić podstawowych informacji dotyczących tej grupy chorób.

Onkolodzy zajmujący się leczeniem nowotworów głowy i szyi od wielu lat zwracają uwagę na problemy we współpracy z lekarzami POZ. Niski poziom wiedzy z zakresu wczesnych objawów w/w grupy nowotworów w tej grupie medyków jest istotnym czynnikiem, który wpływa na późne wykrycie choroby.

Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce praktykuje ponad 32.000 lekarzy POZ, w ponad 6.200 podmiotach (ryc. 11), mając pod opieką 34 720 753 osoby¹⁸.

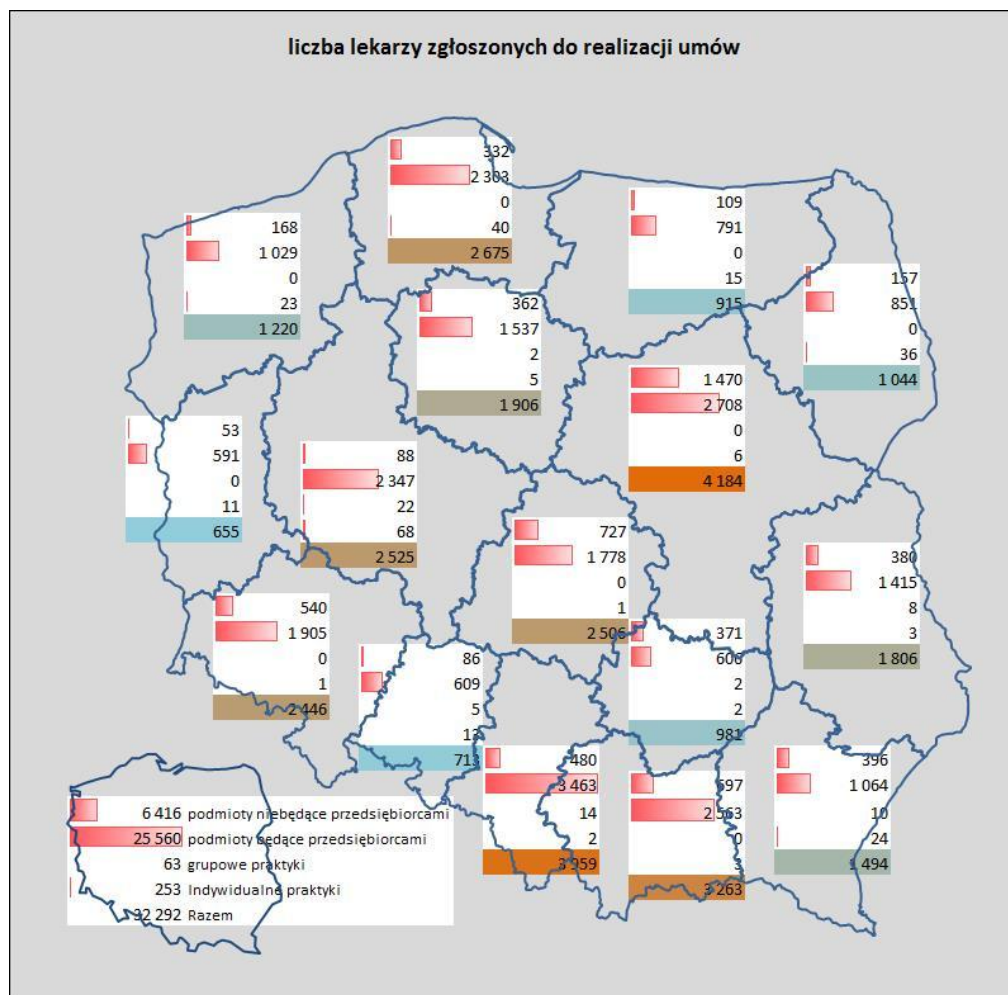


Ryc. 11. Liczba podmiotów POZ w Polsce.¹⁹

18 Podstawowa Opieka Zdrowotna potencjał i jego wykorzystanie (zarys analizy), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa styczeń-luty 2016.

19 Ibid.

Liczba lekarzy znacząco różni się w poszczególnych województwach i wynosi od 655 w lubuskim do 4.184 w mazowieckim²⁰ (ryc.12).



Ryc. 12 Liczba lekarzy POZ w podziale na województwa.²¹

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

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

nowotworów głowy i szyi jest priorytetem, który wpłynie na poprawę wyników leczenia tej grupy nowotworów.

Nowotwory głowy i szyi to choroby, którym nie poświęcono w ostatnich latach żadnej uwagi. Podobnie jak w przypadku większości nowotworów ryzyko zachorowania na nowotwory głowy i szyi zwiększa się u obu płci wraz z wiekiem do 64 roku życia włącznie. W populacji mężczyzn 60%, a w populacji kobiet 52% rozpoznanych nowotworów głowy i szyi występuje u osób w wieku 45-64, natomiast szczyt zachorowalności występuje zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w wieku 55-64. W grupie wiekowej powyżej 64 roku życia następuje gwałtowny spadek zachorowalności²². W Polsce, podobnie jak w innych krajach Europy, obserwuje się nowe zjawisko, określane jako „fenomen epidemiologiczny”, definiowane przez wzrost liczby nowych zachorowań na nowotwory głowy i szyi u osób poniżej 40 r.ż., którzy nigdy nie palili, ani nie nadużywali alkoholu. Grupa ta określana jest jako młodzi dorośli. Badania naukowe wskazują, że czynnikiem potencjalnego ryzyka w grupie tych osób jest infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego. Badania epidemiologiczne, które są publikowane i dostępne w ramach Evidence Based Medicine, wskazują na ścisły związek rozwoju nowotworów gardła środkowego (migdałek podniebienny, nasada języka) z zakażeniem wirusem brodawczaka ludzkiego. W USA odsetek nowotworów HPV-zależnych wynosi ponad 70%. W krajach UE (Francja, Holandia, Niemcy, Włochy) jest to powyżej 40%. W Polsce do chwili obecnej brak jest wielośrodkowych badań w tym zakresie. Przypuszcza się jedynie, że u 30% chorych nowotwór gardła środkowego jest powiązany z nosicielstwem wirusa brodawczaka ludzkiego.

Palenie tytoniu

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

Wyniki ogólnopolskich badań przeprowadzonych w 2013 roku przez Główny Inspektorat Sanitarny, pokazują, że w populacji Polski odsetek codziennie palących wynosił 27%. Stanowi to ponad 9 mln osób. W ciągu minionych 30 lat obserwowano w Polsce stopniowe

²² Wojciechowska Urszula, Op. cit.

ograniczenie częstości palenia tytoniu. W ostatnich latach zanotowano zmniejszenie się tempa spadku częstości palenia u mężczyzn oraz zahamowanie trendu spadkowego u młodych dorosłych kobiet. Najbiedniejsi, niewykształceni Polacy palą znacznie częściej niż osoby bogatsze z wyższym wykształceniem. Bardzo niepokojące są dane dotyczące palenia tytoniu wśród dzieci i młodzieży.

Spożywanie alkoholu

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

W roku 2014 struktura spożycia alkoholu w Polsce kształtowała się następująco:

- wyroby spirytusowe – 34%,
- wino i miody pitne – 8%,
- piwo – 58%.

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

Infekcja wirusem brodawczaka ludzkiego

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

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

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

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

III Cele Programu

1. Cel główny

Celem głównym jest wzrost świadomości społecznej na temat nowotworów głowy i szyi w okresie realizacji programu.

2. Cele szczegółowe

Do celów szczegółowych w zakresie profilaktyki pierwotnej zaliczamy:

- wzrost wiedzy o nowotworach głowy i szyi wśród pracowników ochrony zdrowia objętych programem (ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej - POZ),
- zwiększenie dostępności edukacji dla grupy docelowej programu w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów nowotworów głowy i szyi,
- wzmocnienie współpracy pomiędzy interesariuszami profilaktyki w zakresie nowotworów głowy i szyi, tj. pomiędzy administracją publiczną, podmiotami leczniczymi na poziomie POZ i AOS oraz organizacjami pacjenckimi w okresie i na terenie realizacji programu,
- poprawa wykrywalności nowotworów głowy i szyi w okresie i na terenie realizacji programu,
- wzmocnienie współpracy lekarzy POZ ze specjalistami w zakresie profilaktyki onkologicznej w okresie i na terenie realizacji programu.

1. Oczekiwane efekty

W ramach programu profilaktyki pierwotnej oczekiwanym efektem będzie:

- wzrost wiedzy o nowotworach głowy i szyi wśród pracowników ochrony zdrowia objętych projektem (ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy Podstawowej Opieki Zdrowotnej - POZ, dentystów i laryngologów) oraz wśród osób wspartych w okresie i na terenie realizacji projektu,

- większa dostępność edukacji dla grupy docelowej projektu w zakresie czynników ryzyka i wczesnych objawów nowotworów głowy i szyi w okresie i na terenie realizacji projektu,
- powstanie platformy współpracy pomiędzy lekarzami POZ, AOS przedstawicielami władz lokalnych i organizacjami skupiającymi pacjentów w zakresie profilaktyki onkologicznej związanej z nowotworami głowy i szyi oraz ewentualnie innymi interesariuszami w okresie i na terenie realizacji projektu,
- wzrost wykrywalności nowotworów głowy i szyi we wczesnych stadiach zaawansowania (T1-2N0M0) w okresie i na terenie realizacji projektu,
- w perspektywie minimum dekady od rozpoczęcia realizacji Programu, poprawa odsetka przeżyć 5-letnich u pacjentów z nowotworami głowy i szyi.

2. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Mierniki efektywności odnoszące się do programu profilaktyki pierwotnej:

- Odsetek pracowników ochrony zdrowia deklarujących wzrost wiedzy o nowotworach głowy i szyi w okresie i na terenie realizacji programu - co najmniej 70% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety),
- Odsetek uczestników projektu deklarujących wzrost wiedzy o nowotworach głowy i szyi w okresie i na terenie realizacji programu - co najmniej 60% (miernik weryfikowany za pomocą ankiety),
- Liczba rozkolportowanych (min. 10 000) materiałów edukacyjnych (broszury) wśród grupy docelowej,
- Liczba porad edukacyjnych w zakresie nowotworów głowy i szyi udzielonych przez personel medyczny - co najmniej 4300 w całej Polsce,
- Liczba przeszkolonych (min. 815) pracowników ochrony zdrowia, (w tym 692 lekarzy POZ),
- Liczba zorganizowanych (min. 2 przez każdego realizatora) spotkań z interesariuszami, w tym przedstawicielami władz lokalnych i organizacjami skupiającymi pacjentów z nowotworami głowy i szyi,
- Liczba zorganizowanych (min 2 rocznie przez każdego realizatora) spotkań z pacjentami i ich rodzinami w ramach programu wsparcia emocjonalnego dla chorych leczonych z powodu nowotworu głowy i szyi i ich rodzin,

- Liczba osób zdiagnozowanych we wczesnym stadium rozwoju nowotworu głowy i szyi - w okresie i na terenie realizacji projektu - wzrost o 5 punktów procentowych w stosunku do ogółu zdiagnozowanych. Pomiar na koniec realizacji programu. Wzrost liczony w stosunku do wartości przed realizacją programu,
- Liczba umów o współpracy zawartych pomiędzy POZ a ośrodkami specjalistycznymi - co najmniej 360 w okresie i na terenie realizacji programu;
- liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, które zostały **przeszkolone** z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS - co najmniej 815, w całej Polsce,
- liczba osób współpracujących lub pracujących na rzecz placówek podstawowej opieki zdrowotnej, którzy dzięki EFS **podnieśli swoje kompetencje** z zakresu wdrażania programów profilaktycznych opracowanych ze środków EFS - co najmniej 692, w całej Polsce,

Mierniki efektywności odnoszące się do programu profilaktyki wtórnej:

- Liczba wykonanych - 35197- badań w etapie podstawowym w kierunku wczesnego wykrycia nowotworów głowy i szyi u osób z grup ryzyka,
- liczba wykonanych badań w etapie pogłębionym w wysokości co najmniej 10% pacjentów z etapu podstawowego, liczba osób, które skorzystały z usługi medycznej w programie profilaktycznym dofinansowanej w ramach EFS - co najmniej 4300 w całej Polsce.

IV. Adresaci programu

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Do włączenia do programu kwalifikuje się **3 519 736 osób** w Polsce (populacja z grupy wiekowej 40-65 lat, GUS 2014 wyliczona na podstawie odsetka osób palących w populacji polskiej w roku 2013). Narażenie na nowotwory głowy i szyi rośnie wraz z ilością czynników ryzyka (np. palacze, którzy są jednocześnie zarażeni wirusem HPV). Zgodnie z zapisami znajdującymi się w części II.5 niniejszego programu wirus brodawczaka to najczęstszy wirus przenoszony drogą płciową – zakażonych nim jest aż do 80% ludzkości. W związku z powyższym należy założyć, że do wsparcia będzie kwalifikować się 80% z ww. wartości, tj. około 2.815.788 osób.

Poniższa tabela przedstawia populację kwalifikującą się do badań w poszczególnych województwach.

Kod	Nazwa	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	cała populacja w wieku 40-65 lat	populacja osób palących 27%	liczba osób możliwych do przebadania w etapie diagnostyki
		ogółem	ogółem	ogółem	ogółem	ogółem			
		2014	2014	2014	2014	2014			
		[osoba]	[osoba]	[osoba]	[osoba]	[osoba]			
	POLSKA	2 636 623	2 319 382	2 490 762	2 915 558	2 673 734	13 036 059	3 519 736	35 197
1	ŁÓDZKIE	170 577	150 588	161 405	199 479	188 744	870 793	235 114	2 351
2	MAZOWIECKIE	374 091	308 750	320 602	390 580	366 648	1 760 671	475 381	4 754
3	MAŁOPOLSKIE	231 552	207 971	213 740	231 202	207 978	1 092 443	294 960	2 950
4	ŚLĄSKIE	313 047	288 791	316 307	366 181	334 826	1 619 152	437 171	4 372
5	LUBELSKIE	143 844	130 975	137 671	158 801	144 729	716 020	193 325	1 933
6	PODKARPACKIE	146 081	132 543	140 050	148 064	131 546	698 284	188 537	1 885
7	PODLASKIE	80 420	76 666	82 963	88 690	73 092	401 831	108 494	1 085
8	ŚWIĘTOKRZYSKIE	84 050	75 270	83 464	99 098	91 629	433 511	117 048	1 170
9	LUBUSKIE	69 282	59 021	66 063	82 200	74 962	351 528	94 913	949
10	WIELKOPOLSKIE	240 862	205 512	216 989	253 072	231 424	1 147 859	309 922	3 099
11	ZACHODNIOPOMORSKIE	116 918	100 009	112 227	142 155	131 858	603 167	162 855	1 629
12	DOLNOŚLĄSKIE	197 282	164 903	186 489	236 588	226 724	1 011 986	273 236	2 732
13	OPOLSKIE	69 764	67 806	73 044	77 117	69 616	357 347	96 484	965
14	KUJAWSKO-POMORSKIE	143 542	126 803	136 638	161 319	145 186	713 488	192 642	1 926
15	POMORSKIE	158 331	135 573	143 817	167 980	157 076	762 777	205 950	2 059
16	WARMIŃSKO-MAZURSKIE	96 980	88 201	99 293	113 032	97 696	495 202	133 705	1 337

Tabela nr 1. Populacja do potencjalnego objęcia programem.

W latach 2017-2020, w przypadku realizacji Programu we wszystkich województwach, możliwe jest wykonanie 35 197 badań w etapie podstawowym. Liczba osób do przebadania w poszczególnych województwach przedstawiono w powyższej tabeli. Grupę docelową w projekcie stanowią, oprócz osób zatrudnionych (bez względu na formę zatrudnienia) w placówkach podstawowej opieki medycznej, osoby w wieku aktywności zawodowej, będący w grupie podwyższonego ryzyka, którzy zostaną objęci badaniami skriningowymi (przesiewowymi) w celu wczesnego wykrycia choroby. Powyżej opisana grupa docelowa została dookreślona do grupy wiekowej 40 - 65 lat. Do programu mogą być zakwalifikowane również osoby w wieku 40 - 65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występuje co najmniej jeden z ww. objawów.

2. Tryb zapraszania do programu.

Zapraszanie do badań odbywać się będzie dwutorowo poprzez:

a. Lekarza POZ – ankietę dot. czynników ryzyka i kwalifikację (Do programu badań profilaktycznych **kwalifikowane będą** osób z grupy wiekowej 40-65 lat (osoby w wieku aktywności zawodowej!), znajdujące się w grupie tj. są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z 6 objawów nie związanych z infekcją górnych dróg oddechowych takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem) dokonuje lekarz w poradni POZ. Do programu mogą być zakwalifikowane również osoby w wieku 40 - 65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występuje co najmniej jeden z ww. objawów.

Lekarz POZ weryfikuje czy objawy są na tyle swoiste, i nie związane z infekcją wirusową, że pacjent wymaga badania laryngologicznego w kierunku wykrycia NGiSz. Wypełniona ankieta (z pieczęcią i podpisem lekarza) stanowi skierowanie do badania w specjalistycznej poradni laryngologicznej (załącznik nr 1).

W celu pogłębiania współpracy pomiędzy wysokospecjalistycznymi ośrodkami a POZ realizator zobowiązany jest do podpisania umowy ze świadczeniodawcami POZ. Rolą lekarza POZ będzie wytypowanie, wśród pacjentów ze swojej listy aktywnej, osób które kwalifikują się do Programu (są w grupie ryzyka i mają 40-65 lat), przeprowadzenie z nimi rozmowy oraz przekazanie materiałów edukacyjnych, a także wypełnienie ankiety dot. czynników ryzyka i przekazanie adresów ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie w etapie podstawowym. Powyższe będzie służyło budowaniu współpracy lekarzy specjalistów i POZ. Zapraszanie do badań będzie się odbywać w ścisłej współpracy z lekarzem POZ. Zadaniem lekarza POZ będzie udział w szkoleniach organizowanych przez realizatora programu na terenie województwa oraz kierowanie chorych z podejrzeniem nowotworu głowy i szyi (spełniających kryteria programu) na diagnostykę podstawową. Lekarz rodzinny otrzyma od realizatora wszystkie dostępne materiały edukacyjne dla pracowników ochrony zdrowia w POZ oraz dla pacjentów zgłaszających się do POZ. Realizator zobowiązany jest podpisać umowy z 60. świadczeniodawcami z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

b. Samodzielne - bezpośrednio do ośrodka specjalistycznego – poprzez działania edukacyjne skierowane bezpośrednio do grupy docelowej. Działania te to min. ulotki

wysyłane do gabinetów lekarzy innych specjalności mających kontakt z osobami z grupy ryzyka nowotworów głowy i szyi (między innymi stomatolodzy, chirurdzy szczękowo-twarzowi, chirurdzy głowy i szyi, lekarze specjaliści z zakresu laryngologii, okulistyki, neurologii, neurochirurgii, radiologii, radioterapii, onkologii klinicznej, patomorfologii), ogłoszenia w prasie lokalnej, stronie internetowej i mediach społecznościowych.

W przypadku gdy pacjent zgłosi się na badanie w etapie diagnostyki podstawowej samodzielnie, przy rejestracji na badanie konieczne będzie wypełnienie przez pacjenta ankiety dot. czynników ryzyka (załącznik nr 1a) (tj. występowanie przez ponad 3 tygodnie jednego z objawów takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem) oraz przynależności do grupy ryzyka. Pacjenta zgłaszającego się do programu profilaktyki samodzielnie wstępnie kwalifikuje sekretarka medyczna/rejestratorka po zebraniu krótkiego wywiadu dot. wieku, grypy ryzyka i objawów. Ankieta nie weryfikuje możliwości przystąpienia do kolejnych etapów programu. Ostateczną decyzję, co do dalszych etapów postępowania profilaktycznego podejmuje lekarz laryngolog.

Sposób kwalifikowania do uczestnictwa w programie prowadzony w POZ i AOS jest taki sam, tj. realizowany w oparciu o takie same kryteria oceny stanu zdrowia/narażenia pacjenta niezależnie czy realizowany w POZ czy AOS.

V. Organizacja programu

Ogólny zarys programu:

- **wdrożenie etapu diagnostyki podstawowej** poprzez:

część 1.

- a. Zgłoszenie poprzez lekarza POZ** – opisane powyżej w części „tryb zapraszania do programu”.
- b. Zgłoszenie samodzielne** – opisane powyżej w części „tryb zapraszania do programu”.

część 2.

Badanie przez specjalistę laryngologa połączone z badaniem fiberoskopowym.

Badanie wykonane będzie zgodnie z kartą badania profilaktycznego (załącznik nr

2). Badanie składa się z przeprowadzenia wywiadu z pacjentem oraz badania fizykalnego. Pierwsza część to badanie otolaryngologiczne, w skład którego wchodzi: badanie uszu, nosa, jamy ustnej i gardła środkowego oraz szyi. Druga część to badanie wykonane przy użyciu nasofiberoskopu, w którym ocenione zostanie nosogardło, krtań oraz gardło dolne. Po badaniu pacjent otrzyma informację czy wykryto u niego zmiany podejrzane oraz czy zostanie skierowany na etap pogłębionej diagnostyki.

- **wdrożenie etapu diagnostyki pogłębionej** odbywającego się w ośrodku wielospecjalistycznym poprzez wykonanie: badania laryngologicznego z możliwością wykonania USG szyi i/lub pobrania wycinka zmiany z badaniem histopatologicznym lub biopsją cienkoigłową z badaniem cytologicznym oraz ewentualnym badaniem na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego (uwaga! badanie na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego wykonać można tylko u osób, którym zostanie pobrany wycinek z rejonu jamy ustnej i gardła środkowego).

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Części składowe:

- **część logistyczno-administracyjna**

Realizatorzy części logistyczno-administracyjnej programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego przez MZ konkursu. Wybór realizatorów nastąpi w oparciu o zapisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz *Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014 - 2020*.

- **część medyczna**

Zadania tej części programu realizowane będą przez:

- realizatora programu (tj. projektodawcę wyłonionego w ramach konkursu realizowanego w Programie Operacyjnym Wiedza Edukacja Rozwój),
- poradnie lekarzy POZ w ramach umów podpisanych z realizatorem programu,
- specjalistyczne poradnie laryngologiczne w ramach umów podpisanych z realizatorem programu,

- realizator może współpracować np. zlecić wykonanie badań w etapie diagnostyki podstawowej lub pogłębionej innym podmiotom spełniającym kryteria do realizacji w/w badań.

Działania w części medycznej - schemat postępowania

Profilaktyka pierwotna

- w ramach programu profilaktyki pierwotnej, prowadzenie działań w oparciu o **4 filary** tj.:
 - I. **Edukacja** – popularyzacja wiedzy nt. postaw prozdrowotnych i zdrowego stylu życia, co wpłynąć ma na stopniowe zmniejszanie zachorowalności na nowotwory, których etiologia związana jest z paleniem tytoniu, nadmiernym spożyciem alkoholu oraz infekcją wirusem HPV. Grupy docelowe:
 - a. Grupa 1: lekarze rodzinni, lekarze dentyści, pielęgniarki, farmaceuci,
 - b. Grupa 2: lekarze specjaliści z zakresu laryngologii chirurgii głowy i szyi, chirurgii szczękowo-twarzowej, okulistyki, neurologii, neurochirurgii, radiologii, radioterapii, onkologii klinicznej, patomorfologii,
 - c. Grupa 3: grupa docelowa pacjentów osoby z grupy wiekowej 40-65 lat.

Realizacja zadania poprzez:

- współpracę z różnymi środowiskami pracowników ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy POZ, organizację warsztatów szkoleniowych dotyczących czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi dla personelu medycznego, druk poradnika i towarzyszących materiałów edukacyjnych, broszur (w wersji papierowej i elektronicznej), obecność tematyczna nowotworów głowy i szyi podczas konferencji organizowanych przez różne towarzystwa naukowe. Za edukację pacjentów i personelu oraz schemat organizacyjny odpowiedzialny będzie realizator projektu. Ramowy program zakresu edukacji zostanie przygotowany przy znaczącym udziale Rady ds. oceny i ewaluacji, co najmniej w zakresie określenia zakresu edukacji.
 - . Treść materiałów edukacyjnych obejmować będzie co najmniej:
 - propagowanie niepalenia tytoniu (najczęstszy czynnik ryzyka nowotworów krtani, jamy ustnej oraz ustnej i krtaniowej części gardła),
 - ograniczenie spożywania wysokoprocentowego alkoholu,
 - propagowanie dbałości o higienę jamy ustnej (szczególnie w przypadku protez dentystycznych),

- unikanie ryzykownych kontaktów seksualnych (ze względu na wysokie ryzyko zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego, które są również istotnym czynnikiem ryzyka powstawania nowotworów górnej części gardła oraz jamy ustnej).

Kluczowe elementy wiedzy onkologicznej jaką powinien posiadać lekarz/pielęgniarka POZ, tj:

- a. prowadzenia działań edukacyjnych dot. profilaktyki nowotworów głowy i szyi,
- b. znajomość metod diagnostycznych oraz dostępnych badań z uwzględnieniem ich właściwego doboru,
- c. umiejętność leczenia oraz terapii chorych z nowotworami głowy i szyi,
- d. umiejętność prowadzenia procesu rehabilitacji osób po leczeniu nowotworów głowy i szyi,
- e. właściwa komunikacja z chorym,

Materiały edukacyjne dla personelu medycznego będą dostępne w formie elektronicznej na stronie realizatora projektu. Ponadto będą dostarczane osobiście podczas szkoleń; materiały dla pacjentów będą przekazywane przez POZ. Szkolenia lekarzy POZ będą w gestii realizatora, który zgodnie z wymogami musi być jednostką wysokospecjalistyczną, co zapewni, że będzie posiadał kadrę specjalistyczną, która będzie prowadzić szkolenia dla lekarzy POZ.

II. Podniesienie świadomości - zwiększenie świadomości odbiorców programu w zakresie wczesnych objawów nowotworów głowy i szyi poprzez realizację wszystkich działań w projekcie, a w szczególności: współpracę z mediami, promocja programu, prowadzenie strony internetowej, organizację tygodnia wiedzy o nowotworach głowy i szyi, przygotowanie i druk broszur dla odbiorców programu.

III. Platforma współpracy - nawiązanie współpracy z interesariuszami, w tym z przedstawicielami władz i organizacjami skupiającymi pacjentów z nowotworami głowy i szyi, poprzez:

- a. organizację spotkań z decydentami – budowanie i wspieranie wspólnych przedsięwzięć,
- b. zapoznanie osób odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia w Polsce z problemami dotyczącymi chorych z nowotworami głowy i szyi,

- c. nawiązanie współpracy z przedstawicielami stowarzyszeń skupiających pacjentów z chorobami nowotworowymi w kraju i w miarę możliwości za granicą.

Celem stworzenia platformy współpracy jest stała wymiana wiedzy i doświadczeń z zamiarem osiągnięcia wszystkich etapów programu i koordynacji działań finansowanych ze środków publicznych na wszystkich możliwych szczeblach. W związku z powyższym w ramach programu adresatami działań upowszechniających będą wszyscy interesariusze (m. in. przedstawiciele departamentów zdrowia urzędów miast, urzędów marszałkowskich, Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Rozwoju, itp.).

- IV. Program wsparcia emocjonalnego** – możliwe jest stworzenie zespołów psychologiczno-socjalnych stanowiących wsparcie emocjonalne chorych leczonych z powodu nowotworów głowy i szyi i ich rodzin. Zespoły będą organizować corocznie co najmniej 2 spotkania dla pacjentów po leczeniu, mające na celu wsparcie ich powrotu do normalnego życia (wsparcie psychologiczne, informacje nt. pomocy socjalnej). W skład zespołu będzie wchodził psycholog lub socjoterapeutka. Ponadto, w miarę potrzeb, zapraszany może być pracownik socjalny lub logopeda. Spotkania odbywały się będą w siedzibie realizatora projektu lub podmiotów z którymi współpracuje. W przypadku dostępności środków możliwe będzie wyznaczenie innych miejsc, dogodnych dla pacjentów. Wsparcie psychologiczne będzie uzależnione od potrzeb poszczególnych osób. Zapewniona zostanie jego jakość i zgodność z narzędziami i zaleceniami Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego.

Profilaktyka wtórna - schemat postępowania

Badanie wczesnego wykrywania nowotworu głowy i szyi w ramach Programu obejmować będzie:

- **Etap diagnostyki podstawowej:**
 - Zgłoszenie pacjenta poprzez:
 - A. lekarza POZ** - konsultacja z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, który podczas wizyty bada osobę wytypowaną ze swojej listy aktywnej pod względem występowania jednego z 6 objawów (opisanych w części „Tryb zapraszania do programu”).

- w przypadku występowania objawów: i) wypełnia ankietę dot. czynników ryzyka (załącznik nr 1 a), kwalifikuje do programu i wskazuje adresy ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie laryngologiczne, ii) przeprowadzi rozmowę edukacyjną dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi, iii) przekaże dostępne materiały edukacyjne;

- w przypadku braku występowania objawów: i) poinformowanie o wyższym ryzyku zachorowania na nowotwory głowy i szyi, ii) przeprowadzi rozmowę edukacyjną dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi, iii) przekaże dostępne materiały edukacyjne;

B. samodzielne – ankietę dot. czynników ryzyka wypełnioną przed badaniem laryngologicznym (załącznik nr 1a),

- **Lekarz specjalista** - porada i badanie laryngologiczne z wziernikowaniem bezpośrednim (zgodnie z opracowaną kartą badania profilaktycznego). Badanie składa się z przeprowadzenia wywiadu z pacjentem oraz badania fizykalnego. Pierwszą część to badanie otolaryngologiczne w skład którego wchodzi: badanie uszu, nosa, jamy ustnej i gardła środkowego oraz szyi. Drugą część to badanie wykonane przy użyciu nasofiberoskopu w którym ocenione zostanie nosogardło, krtań oraz gardło dolne. Po badaniu pacjent otrzyma informację czy wykryto u niego zmiany podejrzane oraz zostanie skierowany na etap pogłębionej diagnostyki.
- **Etap diagnostyki pogłębionej** (ze względu na różne lokalizacje podejrzanych zmian niezbędne jest wprowadzenie kilku badań weryfikujących podejrzenie nowotworu złośliwego). Wybrana metoda diagnostyki pogłębionej zależy od decyzji lekarza badającego. To lekarz zgodnie ze swoją wiedzą oraz z doświadczeniem wykonuje i/lub zleca odpowiednie badania.
 - Badanie laryngologiczne uzupełnione o możliwość wykonania:
 - Biopsji cienkoigłowej z badaniem cytologicznym;
 - Pobrania wycinka wraz z badaniem histopatologicznym;
 - Badania na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego – barwienie immunohistochemiczne *p16*;
 - USG szyi;

- Wizyta konsultacyjna w celu przekazania oraz omówienia wyniku ww. badań oraz skierowanie do diagnostyki lub leczenia. Dalsze leczenie już w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych przez płatnika publicznego.

Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Nowotworów Głowy i Szyi wykracza poza wykaz świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W Polsce nie istnieje żaden program profilaktyki skierowany do grupy potencjalnych pacjentów – osoby w wieku 40-65 lat z grupy podwyższonego ryzyka. Nie dopuszcza się możliwości finansowania tych samych świadczeń ze środków NFZ i jednocześnie środków EFS. Powyższe zostanie zapewnione m. in. poprzez wymóg zgodności realizowanych projektów współfinansowanych z EFS z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020.*

Badanie przesiewowe stanowiące wartość dodaną do funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej, i opracowane w formie całościowego programu w logiczną całość oraz skierowane do zdefiniowanej grupy docelowej może być uznane za wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym w szczególności tzw. pakietu onkologicznego. Niniejszy program jest komplementarny wobec pakietu onkologicznego i w sposób całościowy odnosi się do problemu zdrowotnego jakim są nowotwory głowy i szyi.

Program profilaktyki zakłada kompleksowe podejście do pacjentów – począwszy od edukacji w Poradni lekarza POZ, poprzez wczesne wykrycie zmian podejrzanych i dalszą diagnostykę po wsparcie emocjonalne u osób z rozpoznaną zmianą złośliwą. Zaletą badań realizowanych w ramach Programu będzie krótki czas oczekiwania na wizytę (ok. 2-3 tygodni) oraz brak konieczności posiadania skierowania.

Pacjenci, u których zostanie wykryta zmiana o charakterze złośliwym, kierowani będą na leczenie do najbliższej jednostki multidyscyplinarnego leczenia nowotworów głowy i szyi. Leczenie to będzie finansowane w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przypadku konieczności leczenia żadne z wykonanych wcześniej badań nie może być powtarzane ze środków NFZ. W przypadku wykrycia nowotworu złośliwego i konieczności wykonania badania obrazowego (tomograf, rezonans itp.) nie zachodzi ryzyko podwójnego

finansowania świadczeń, ponieważ badanie te nie wchodzi w zakres programu profilaktyki. Za jakość wykonywanych badań odpowiada realizator projektu.

Działania zaproponowane w ramach Programu będą uzupełnieniem świadczeń niedostępnych obecnie dla danej populacji. Obecnie system nie zakłada kompleksowego podejścia do pacjentów z grupy ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi. Diagnostyka w kierunku tych nowotworów następuje dopiero po długiej ścieżce jaką pacjent musi przejść, aby uzyskać konsultację laryngologiczną. Ideą realizacji badań laryngologicznych w ramach programu jest wydzielenie tych świadczeń dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi bez konieczności oczekiwania przez pacjenta w długiej kolejce oczekujących do poradni w ramach AOS a jednocześnie umożliwienie skrócenia formalnej ścieżki dostępu do laryngologa (bez skierowania, bez kolejki).

Objęcie Programem osób z grupy ryzyka nowotworów głowy i szyi oraz wdrożenie leczenia oszczędzającego, które zapewni wysoki odsetek przeżyć 3 i 5-letnich oraz pozwoli chorym wrócić do pracy.

- część oceny i ewaluacji

Rada ds. oceny i ewaluacji, do której powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu. Rada odpowiedzialna będzie za ocenę realizacji programu, podsumowanie programu, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu, przygotowania raportów i ewentualnego cyklu publikacji naukowych.

2. Planowane interwencje

Planowane interwencje w obszarze wdrażania programu polityki zdrowotnej obejmują:

- I. edukację kadry medycznej;
- II. podniesienie świadomości grupy docelowej i społeczeństwa;
- III. konsultacje z lekarzem POZ - ankieta dot. czynników ryzyka;
- IV. konsultacje u specjalisty z otolaryngologii połączonej z badaniem laryngologicznym uzupełnionym o badanie fiberoskopowe;
- V. Pogłębioną diagnostykę (badanie laryngologiczne z możliwością wykonania: USG szyi, pobrania wycinka zmiany z badaniem histopatologicznym, biopsji

cienkoigłowej z badaniem cytologicznym, badania na obecność wirusa brodawczaka ludzkiego)

Wdrożenie programu będzie poprzedzone konkursem Ministerstwa Zdrowia, w którym zostaną wybrani realizatorzy niniejszego programu.

Do realizacji w ramach projektu, oprócz opisanych powyżej procedur medycznych dotyczących profilaktyki możliwe będzie finansowanie działań wskazanych w aktualnych *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020.*

Przy realizacji programu wykorzystywane będą następujące metody diagnostyczne:

1. Fiberoskopia
2. Badanie ultrasonograficzne
3. PCI (biopsja cienkoigłowa)
4. Pobranie wycinka do badania histopatologicznego.

Program nie zakłada stosowania żadnych substancji leczniczych.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu/do poszczególnych etapów programu

Do programu badań profilaktycznych **kwalifikowani będą** osób z grupy wiekowej 40-65 lat (osoby w wieku aktywności zawodowej!), znajdujące się w grupie ryzyka (tj. są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, u których przez ponad 3 tygodnie występuje jeden z 6 objawów (opisanych w części „Tryb zapraszania do programu”). Do programu mogą być zakwalifikowane również osoby w wieku 40 - 65 lat, które nie są wieloletnimi palaczami, nie nadużywają alkoholu, jak również nie mają podwyższonego ryzyka zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego, a u których przez ponad 3 tygodnie występuje co najmniej jeden z objawów (opisanych w części „Tryb zapraszania do programu”).

Czynnikiem wykluczającym jest przebyte leczenie z powodu nowotworów głowy i szyi oraz występowanie w/w objawów w trakcie trwania infekcji wirusowej lub bakteryjnej.

Osoba spełniająca kryteria włączenia do programu może wziąć w nim udział raz na 24 miesiące.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.

Realizacja programu profilaktyki pierwotnej prowadzona będzie przez realizatora we współpracy z lekarzem POZ, organizacjami pozarządowymi, itp.

Realizacja programu profilaktyki wtórnej prowadzona będzie w poradni lekarza POZ, oraz laryngologicznych poradniach specjalistycznych.

Świadczenia powinny być udzielane w taki sposób, aby zapewnić do nich dostęp w godzinach 8-18, liczone w skali tygodnia. Dodatkowo sugeruje się, aby realizatorzy przewidzieli, w miarę możliwości, dostęp w soboty i w godzinach wieczornych.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi.

Program zakłada szerokie włączenie lekarzy POZ zarówno w proces zwiększenia świadomości nt. nowotworów głowy i szyi wśród Polaków jak i prowadzenie kwalifikacji pacjentów ze swojej listy aktywnej do badań przesiewowych w kierunku ich wczesnego wykrycia.

Działania zaproponowane w ramach Programu będą uzupełnieniem świadczeń niedostępnych obecnie dla danej populacji. Obecnie system nie zakłada kompleksowego podejścia do pacjentów z grupy ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi. Diagnostyka w kierunku tych nowotworów następuje dopiero po długiej ścieżce jaką pacjent musi przejść, aby uzyskać konsultację laryngologiczną. Ideą realizacji badań laryngologicznych w ramach programu jest wydzielenie tych świadczeń dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory głowy i szyi bez konieczności oczekiwania przez pacjenta w długiej kolejce oczekujących do poradni w ramach AOS a jednocześnie umożliwienie skrócenia formalnej ścieżki dostępu do laryngologa (bez skierowania, bez kolejki).

Porada i badanie laryngologiczne z wziernikowaniem bezpośrednim (zgodnie z opracowaną kartą badania profilaktycznego) to wystandaryzowane świadczenie dla osób

z grupy podwyższonego ryzyka. W ramach programu ocena nosogardła, krtani oraz gardła dolnego wykonana zostanie nasofiberoskopem.

Program stanowi nowy schemat postępowania diagnostycznego uzupełniający dotychczasowy sposób działania.

W części IV szczegółowo opisano sposób zapewniania braku podwójnego finansowania ze środków NFZ i EFS za realizowane w programie usługi.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Zaproponowany program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi objętymi programami, o których mowa w ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 48 ust. 4.

7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.

Uczestnicy programu, którzy po badaniu otrzymają potwierdzenie, że nie wykryto u nich żadnych zmian (wynik badania norma) kończą w nim udział i mogą ponownie skorzystać z badań po 24 miesiącach.

Osobom z wykrytymi zmianami niezłośliwymi zostanie zaproponowany inny schemat kontroli w poradniach specjalistycznych w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej.

Pacjenci, u których zostanie wykryta zmiana o charakterze przednowotworowym lub z potwierdzonym nowotworem złośliwym lub zmiana wymagająca innych specjalistycznych badań w celu określenia jej charakteru będą dalej diagnozowani i/lub leczeni w ośrodku interdyscyplinarnym, w ramach kontraktu z NFZ, Taki schemat kompleksowej opieki medycznej przyniesie pacjentowi korzyść w postaci szybszego i zintegrowanego leczenia (załącznik nr 3).

W ramach prowadzonych programów uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału na każdym etapie programu i leczenia.

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

transparentnością i dostępnością informacji na każdym etapie leczenia zarówno lekarza rodzinnego, jak i specjalisty.

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Przy realizacji programu wykorzystywane będą następujące metody diagnostyczne:

1. Fiberoskopia
2. Badanie ultrasonograficzne
3. PCI (biopsja cienkoigłowa)
4. Pobranie wycinka do badania histopatologicznego

Powyższe metody uznane są za względnie bezpieczne dla pacjentów i personelu, pod warunkiem zastosowania odpowiednich procedur bezpieczeństwa i higieny pracy oraz procedur zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Większość w/w procedur medycznych wykonywana jest przy zastosowaniu wyrobów medycznych jednokrotnego użycia, co znacząco zmniejsza ryzyko szerzenia się zakażeń i chorób zakaźnych. W razie konieczności zastosowania sprzętu medycznego wielokrotnego użycia zalecane jest ich reprocessowanie z uwzględnieniem zagrożenia wystąpienia zakażenia, tj. zgodnie z klasyfikacją Spauldinga:

1. Sprzęt inwazyjny naruszający ciągłość tkanek (PCI, pobranie wycinka do badania histopatologicznego) – reprocessowanie obejmuje mycie, dezynfekcję i sterylizację;
2. Sprzęt mający kontakt z nieuszkodzonymi błonami śluzowymi (fiberoskopia) –mycie, dezynfekcja i sterylizacja lub mycie i dezynfekcja wysokiego stopnia (obejmująca spory);
3. Sprzęt kontaktujący się ze zdrową skórą pacjenta (badanie ultrasonograficzne) – mycie i dezynfekcja.

Program nie zakłada stosowania żadnych substancji leczniczych.

Bezpieczeństwo danych medycznych, które są danymi szczególnie wrażliwymi, należyć będzie do Realizatora, który odpowiedzialny będzie za administrowanie bezpieczeństwem

informacji oraz będzie pełnił rolę Administratora Bezpieczeństwa Systemów Informatycznych.

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.

Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie POZ:

- Umowa z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ.

Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie AOS:

- jednostka wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- posiada minimum 2 lekarzy ze specjalizacją z otolaryngologii/otorynolaryngologii,
- posiada działający fiberoskop.

Jednostka realizująca badania profilaktyczne na poziomie realizatora programu:

Uczelnia medyczna działająca w oparciu o *ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym* lub medyczny instytut badawczy działające w oparciu o *ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych* lub szpital kliniczny lub podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: onkologiczne leczenie skojarzone (tzn. udziela świadczeń łącznie w zakresie chemioterapii, chirurgii onkologicznej oraz radioterapii).

10. Dowody skuteczności planowanych działań.

Program Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi został przygotowany na podstawie założeń Europejskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi (European Head and Neck Society) oraz National Institute for Health and Care Excellence.

Zgodnie z dostępną literaturą oraz wnioskami z badań wieloośrodkowych w USA, Kanadzie i Europie Zachodniej istnieją niepodważalne dowody na konieczność organizacji badań przesiewowych w nowotworach głowy i szyi. Leczenie chorych na zaawansowane nowotwory głowy i szyi jest leczeniem bardzo kosztownym (6-10 razy droższe niż wczesnych stadiów) i nie gwarantuje powrotu do życia zawodowego. W związku z powyższym każda złotówka wydana na program, zwróci się społeczeństwu.

a) *Opinie ekspertów klinicznych -*

Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Otorynolaryngologii

Prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński;

- b) *Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym, którego dotyczy wnioszek.*

Zalecenia National Institute for Health and Care Excellence

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/1-Recommendations-organised-by-site-of-cancer#head-and-neck-cancers> - dostęp z dnia 23.06.2016 r.

10.1 Head and neck cancers

Laryngeal cancer

10.1.1 Consider a [suspected cancer pathway referral](#) (for an appointment within 2 weeks) for laryngeal cancer in people aged 45 and over with:

- [persistent unexplained](#) hoarseness **or**
- an unexplained lump in the neck. **[new 2015]**

Oral cancer

10.1.2 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for oral cancer in people with either:

- unexplained ulceration in the oral cavity lasting for more than 3 weeks **or**
- a persistent and unexplained lump in the neck. **[new 2015]**

10.1.3 Consider an [urgent](#) referral (for an appointment within 2 weeks) for assessment for possible oral cancer by a dentist in people who have either:

- a lump on the lip or in the oral cavity **or**
- a red or red and white patch in the oral cavity [consistent with](#) erythroplakia or erythroleukoplakia. **[new 2015]**

10.1.4 Consider a suspected cancer pathway referral by the dentist (for an appointment within 2 weeks) for oral cancer in people when assessed by a dentist as having either:

- a lump on the lip or in the oral cavity consistent with oral cancer **or**
- a red or red and white patch in the oral cavity consistent with erythroplakia or erythroleukoplakia. **[new 2015]**

Thyroid cancer

10.1.5 Consider a suspected cancer pathway referral (for an appointment within 2 weeks) for thyroid cancer in people with an unexplained thyroid lump. [new 2015]

c) *Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej*

Dane Wielkopolskiego Centrum Onkologii pokazują, iż leczenie obecnie wykrywanych przypadków nowotworów głowy i szyi najczęściej dotyczy pacjentów w stadiach zaawansowanych (III i IV), co przekłada się na znacznie wyższe koszty leczenia i gorsze rokowania dla pacjenta. Dla przykładu systemowe leczenie zaawansowanych przypadków, na które składają się: chirurgia, radioterapia, chemioterapia, to koszt w przedziale 60.000 - 100.000 zł. Natomiast leczenie raka głowy i szyi we wczesnych stadiach zaawansowania, na które składa się wyłącznie chirurgia oraz koszt badania profilaktycznego to około 10.000 zł.

d) *Informacje nt. podobnych programów polityki zdrowotnej wykonywanych w zgłaszających program lub innych jst (jeśli są dostępne)*

W roku 2014 i 2015 w województwie wielkopolskim w ramach dotacji Samorządu Województwa Wielkopolskiego zrealizowano pilotażowo Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi. Projekt ten uzyskał pozytywną opinię Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych nr 157/2014 z dnia 21 lipca 2014 r.

W 2014 r., w ramach programu, przebadano 2000 osób na etapie podstawowym, z których do dalszej diagnostyki zakwalifikowano 142 osoby (tzw. recall rate 7,1%), a w 19 przypadkach wykryto zmiany złośliwe. W 2015 r. z grupy liczącej 1630 przebadanych osób do dalszej diagnostyki skierowano 185 (tzw. recall rate 11,35%), wykryto 12 zmian złośliwych.

Zmiany z rejonu gardła środkowego były dodatkowo badane w kierunku infekcji HPV. Badania prowadzono w 6 ośrodkach, tj. w: Wielkopolskim Centrum Onkologii (dodatkowo pełnił on funkcję Ośrodka Koordynującego), Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie, Szpitalu Specjalistycznym w Pile, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kaliszu.

W ramach profilaktyki pierwotnej przeprowadzono 10 warsztatów szkoleniowych dla środowiska medycznego. Łącznie w 2014 r. przeszkolono 172 osoby a w 2015 r. 569

osób(!) – lekarzy, pielęgniarki, personel administracji, uczniów i studentów szkół medycznych, a także osoby zainteresowane zdrowym stylem życia.

W ramach działań promocyjnych:

- opracowano identyfikację wizualną programu,
- wyemitowano informacje o Programie zarówno w mediach lokalnych jak i ogólnopolskich,
- przygotowano spot reklamowo – informacyjny trwający 1 min.,
- przygotowano i prowadzono stronę WWW Programu (www.pngs.wco.pl) w wersji komputerowej oraz mobilnej,
- przygotowano projekty graficzne materiałów promujących Program w postaci plakatów i ulotek,
- wysłano listy informujące o programie do Świadczeniodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Wielkopolsce z informacją o możliwości kierowania pacjentów na badania.

Bardzo ważnym elementem budującym świadomość, nt. problemu jakim są nowotwory głowy i szyi, jest coroczne uczestnictwo ośrodków z całej Polski w Europejskim Tygodniu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

VI Koszty

1. Koszty szacunkowe

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020* oraz *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020*, dostępnych tu:

<https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/>

Zaleca się rozliczenie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w ww. *Wytycznych*. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

Propozycje wysokości kosztów i ilość materiałów zostały wyliczone m. in. na podstawie:

- średniego zużycia materiałów w Poradni Laryngologii, Pracowni USG, Zakładu Patologii, Centralnej Sterylizatorni Wielkopolskiego Centrum Onkologii w 2015 r.;
- standardów postępowania zgodnych z procedurami akredytacyjnymi;
- ankiet i rozmów z lekarzami i personelem medycznym świadczących usługi w/w jednostkach Wielkopolskiego Centrum Onkologii.

Przy założeniu, że Realizator to wielospecjalistyczny ośrodek (musi spełnić wymagania przystąpienia do konkursu) będzie on musiał spełnić również wymogi Ustawy Prawo zamówień publicznych, co zapewnia, że ceny w/w materiałów nie będą odbiegać znacząco od zaproponowanych wysokości kosztów.

Podział kwot zaproponowanych na działania w profilaktyce pierwotnej został dokonany na podstawie wieloletniego doświadczenia w realizacji programów profilaktyki zdrowotnej oraz szkoleń (min. Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi, Program prewencji pierwotnej) przez Wielkopolskie Centrum Onkologii. Kwoty przeznaczone na przygotowanie i druk materiałów edukacyjno-szkoleniowych (ulotek, plakatów, broszur itp.), przygotowanie i przeprowadzenie kampanii edukacyjnej w mediach, szkolenia dla lekarzy specjalistów i osób z grup docelowych, osób w ramach wsparcia pacjentów czy szkolenia dla lekarzy POZ zapewniają uzyskanie celów programu. Dodatkowo gwarantują odpowiednią jakość a co za tym idzie skuteczność działań. Na podstawie wiedzy i doświadczeń określono szacunkowe koszty poszczególnych procedur:

- a) konsultacja lekarza POZ - około 48 zł. W ramach usługi lekarz POZ powinien wytypować wśród pacjentów ze swojej listy aktywnej, osób które kwalifikują się do Programu (osób z grupy wiekowej 40-65 lat znajdujące się w grupie ryzyka tj. są wieloletnimi palaczami, nadużywają alkoholu, mają podwyższone ryzyko zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego) oraz przeprowadzenie wywiadu pod względem występowania jednego z 6 objawów (opisanych w części „Tryb zapraszania do programu”)
- w przypadku występowania objawów:
 - wypełnienie ankiety dot. czynników ryzyka (załącznik nr 1a) i przekazanie adresów ośrodków, w których pacjent będzie mógł wykonać badanie w etapie podstawowym,

- przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej dot. czynników ryzyka zachorowania na NGiSz,
- przekazania materiałów edukacyjnych dot. NGiSz.

- w przypadku braku występowania objawów:

- poinformowanie o wyższym ryzyku zachorowania na NGiSz,
- przeprowadzenie rozmowy edukacyjnej dot. czynników ryzyka zachorowania na NGiSz,
- przekazania materiałów edukacyjnych dot. NGiSz.

- b) jedna porada laryngologa i badanie laryngologiczne w poradni specjalistycznej (przy użyciu nazofiberoskopu) - około 174 zł. Badanie wykonane będzie zgodnie z kartą badania profilaktycznego (załącznik nr 2). Badanie składa się z przeprowadzenia wywiadu z pacjentem oraz badania fizykalnego. Pierwsza część to badanie otolaryngologiczne, w skład którego wchodzi: badanie uszu, nosa, jamy ustnej, gardła środkowego oraz szyi. Druga część to badanie wykonane przy użyciu nasofiberoskopu, w którym ocenione zostanie nosogardło, krtań oraz gardło dolne. Po badaniu pacjent otrzyma informację, czy wykryto u niego zmiany podejrzane, oraz czy zostanie skierowany na etap pogłębionej diagnostyki;
- c) jedno badanie laryngologiczne (w ośrodku specjalistycznym) - około 101 zł;
- d) jedna biopsja cienkoigłowa z badaniem cytologicznym - około 144 zł;
- e) jedno pobranie wycinka wraz z badaniem histopatologicznym - około 177 zł;
- f) jeden marker nowotworowy HPV - *p16* - (badanie bez udziału lekarza) - około 105 zł;
- g) jeden marker nowotworowy HPV - *p16* - (badanie z udziałem lekarza) - około 148 zł;
- h) jedno USG szyi - około 86 zł
- i) wizyta konsultacyjna (końcowa) w celu przekazania omówienia wyniku badań oraz skierowanie do diagnostyki lub leczenia. Wizyta bezkosztowa, jest ona integralną częścią całego procesu diagnostycznego.

2. Szacowane koszty całkowite

Całkowita alokacja na wdrożenie przedmiotowego programu polityki zdrowotnej wynosi 15 milionów złotych. W przypadku dostępności dodatkowych środków możliwe będzie zwiększenie całkowitej alokacji na konkurs, którym zostaną wybrani realizatorzy programu (podmioty z którymi zostanie podpisana umowa na dofinansowanie projektu).

3. Źródło finansowania, partnerstwo

Projekty, w ramach których realizowany będzie program polityki zdrowotnej, współfinansowane będą ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Przy realizacji projektów wdrażających program możliwe będzie występowanie partnerstwa. Regulacje w zakresie projektów partnerskich wynikają z przepisów art. 33 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów operacyjnych polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. poz. 1146, z późn. zm.).

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

Powody wyboru do realizacji niniejszego programu zostały szczegółowo wskazane w części: epidemiologia oraz problem zdrowotny, gdzie opisano problem zdrowotny, w tym kwestie zachorowalności i umieralności.

VII Monitorowanie i ewaluacja

1. Ocena zgłaszalności do programu

- a. liczba przeszkolonych lekarzy POZ osób
- b. liczba przeszkolonych lekarzy specjalistów
- c. liczba przebadanych osób w etapie podstawowym
- d. liczba przebadanych osób w etapie pogłębionym
- e. liczba wykrytych nowotworów złośliwych

Wskaźniki monitorowania oraz oczekiwane efekty realizacji Programu będą poddane szczegółowej analizie epidemiologicznej i statystycznej, tak jak ma to miejsce w przypadku innych ogólnopolskich programów profilaktyki. Monitorowaniu podlegać będzie również liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie. Weryfikowane będą powody rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu. Badana będzie także ocena zadowolenia osób z uczestnictwa w programie przy pomocy ankiety.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Kontrola jakości świadczeń w programie odbywać się będzie na dwóch płaszczyznach:

- jakość badania fibroskopowego zapewniona zostanie poprzez użycie wystandaryzowanej karty badania laryngologicznego
- prowadzona przez ocenę jakości dokumentacji medycznej w ramach Programu w zakresie kompletności dokumentacji zbieranej w systemie informatycznym (tj. ankieta dot. czynników ryzyka, formularz badania, kodowanie rozpoznania ICD-10 w zakresie topografii oraz morfologii wg. klasyfikacji ICD-O3, opis i wyniki badań wykonanych w ramach etapu diagnostyki pogłębionej).

3. Ocena efektywności programu

- a. liczba wykrytych zmian złośliwych
- b. liczba wykrytych wczesnych zmian złośliwych (T1-2N0M0)
- c. ocena zmian wskaźników przeżyć 3 i 5-letnich u chorych objętych programem (minimum po 10 latach realizacji programu)
- d. ocena zmian współczynnika umieralności dla tej grupy nowotworów.

4. Ocena trwałości efektów programu

Pacjent będzie mógł skorzystać ze świadczeń gwarantowanych w przypadku potrzeby skorzystania z poszerzonej diagnostyki.

Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych

modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014 - 2020 i ewentualnie innych środków.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Ankieta dot. czynników ryzyka wypełniana przez lekarza POZ w celu kwalifikacji do programu (która pełni rolę skierowania na etap podstawowy);
 - 1a. Ankieta dla pacjenta, który zgłasza się samodzielnie na badanie;
2. Karta badania profilaktycznego;
3. Schemat organizacyjny programu.

Załącznik 1 - Ankieta dot. czynników ryzyka wypełniana przez lekarza POZ w celu kwalifikacji do programu (która pełni rolę skierowania na etap podstawowy).

Data badania:

.....
Pieczęćka ośrodka

Ankieta dot. czynników ryzyka

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

1. Imię :.....
2. Nazwisko:.....
3. PESEL:
4. Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe
5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy
 Umysłowa Fizyczna Nie pracuje zawodowo
6. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi.
 media (TV, radio, prasa) lekarz POZ średnie inne
7. Jakie objawy skłoniły Panią/Pana do zgłoszenia się do lekarza?
 chrypka trudności w połykaniu pieczenie/ból jamy ustnej inne
8. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny
 Jeden raz na 6 miesięcy Raz w roku Rzadziej niż raz w roku
9. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby
 Raz Dwa Trzy lub więcej Wcale nie myje
10. Jakej pasty do zębów Pani używa
.....
11. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej
 Nitkę dentystyczną
 Irygacje wodne (przy pomocy Waterpik)

Szczoteczkę międzyzębową

Płukanki jamy ustnej

12. Czy wystąpiły u Pana/Pani któreś z niżej wymienionych objawów, jeśli tak to które

Krwawienie dziąseł w czasie szczotkowania

Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)

Nieprzyjemny zapach z ust

.....

bów

.....

bów

Znaczny obrzęk dziąseł

Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)

13. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?

Tak od ilu lat? Nie

14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)

Tak Nie

15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali

1-5 papierosów

6-10 papierosów

11-15 papierosów

powyżej 16 papierosów

16. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

Tak Nie

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

.....

(proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

Tak Nie

19. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

Tak Jakiej mocy/ rodzaj..... Nie

20. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

.....

.....

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?
 Tak Nie
22. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?
 codziennie
 3-4 razy w tygodniu
 1-2 razy w tygodniu
 okazjonalnie
23. Ilość życiowych partnerów seksualnych:
 1-3 3-7 powyżej 7
24. Czy uprawia pani/pan seks oralny: tak nie
25. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?
 poniżej 3 3-7 powyżej 7
26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?:
 tak nie
27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?
 tak nie
28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?
 tak nie
29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?
 tak nie
30. Wiek w chwili rozpoznania nowotworu głowy i szyi:.....

Załącznik 1a - Ankieta dla pacjenta, który zgłasza się samodzielnie na badanie.

Data badania:

Ankieta dot. czynników ryzyka

Kwestionariusz dla osoby zgłaszającej się na badanie w ramach Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.

1. Imię :
2. Nazwisko:
3. PESEL:
4. Wykształcenie: podstawowe zawodowe średnie wyższe
5. Proszę zaznaczyć charakter wykonywanej pracy
 Umysłowa Fizyczna Nie pracuje zawodowo
6. Źródło informacji o badaniach wykonywanych w ramach programu profilaktyki nowotworów głowy i szyi.
 media (TV, radia, prasa) lekarz POZ średnie inne
7. Jakie objawy skłoniły Panią/Pana do zgłoszenia się do lekarza?
 chrypka trudności w połykaniu pieczenie/ból jamy ustnej inne
8. Jak często odwiedza Pan/Pani gabinet stomatologiczny
 Jeden raz na 6 miesięcy Raz w roku Rzadziej niż raz w roku
9. Ile razy dziennie myje Pan/Pani zęby
 Raz Dwa Trzy lub więcej Wcale nie myje
10. Jakej pasty do zębów Pani używa
.....
11. Czy stosuje Pan/Pani dodatkowo niżej wymienione środki higieny jamy ustnej
 Nitkę dentystyczną
 Irygacje wodne (przy pomocy Waterpik)
 Szczoteczkę międzyzębową
 Płukanki jamy ustnej
12. Czy wystąpiły u Pana/Pani któreś z niżej wymienionych objawów, jeśli tak to które
 Krwawienie dziąseł w czasie szczotkowania
 Samoistne krwawienie z dziąseł (podczas mówienia, jedzenia)
 Nieprzyjemny zapach z ust

bów

bów

Znaczny obrzęk dziąseł

Uczucie suchości w jamie ustnej (brak śliny)

13. Czy nosi Pani/Pan ruchome uzupełnienia protetyczne?

Tak od ilu lat? Nie

14. Czy pali Pan/Pani wyroby tytoniowe (papierosy, fajkę, cygara)

Tak Nie

15. Ile papierosów dziennie Pan/Pani pali

1-5 papierosów

6-10 papierosów

11-15 papierosów

powyżej 16 papierosów

16. Jeżeli Pani/Pan nie pali tytoniu, to czy kiedykolwiek palił/paliła?

Tak Nie

17. Jeżeli tak, to ile lat temu przestała Pani/Pan palić tytoń?

.....

(proszę wpisać rok)

18. Czy w Pani/Pana obecności w domu pali się tytoń?

Tak Nie

19. Czy korzysta Pani/Pan z elektronicznej formy papierosów (e-papierosy)?

Tak Jakiej mocy/ rodzaj..... Nie

20. Czy stosował/a Pan/Pani farmaceutyki stosowane podczas próby wyzwolenia się z nałogu? (proszę wpisać jakie: tabletki, gumy do żucia, spray itd.)

.....

.....

21. Czy spożywa Pani/Pan alkohol?

Tak Nie

22. Jak często sięga Pan/ Pani po wyroby alkoholowe?

codziennie

3-4 razy w tygodniu

1-2 razy w tygodniu

okazjonalnie

23. Ilość życiowych partnerów seksualnych:

1-3 3-7 powyżej 7

24. Czy uprawia pani/pan seks oralny: tak nie

25. Z iloma partnerami uprawiał pan/pani seks oralny?

poniżej 3 3-7 powyżej 7

26. Czy w rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) wystąpiła choroba nowotworowa?:

tak nie

27. Czy w rodzinie wystąpiła choroba nowotworowa głowy i szyi?

tak nie

28. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową?

tak nie

29. Czy Pan/Pani chorował na chorobę nowotworową głowy i szyi?

tak nie

30. Wiek w chwili rozpoznania nowotworu głowy i szyi:.....

Data badania:

.....
Pieczętka ośrodka

**Karta badania profilaktycznego pacjenta w ramach
Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi.**

I. Badanie otolaryngologiczne:

1. Badanie uszu:

- Wygląd skóry małżowiny usznej:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Skóra przewodu słuchowego zewnętrznego: bez patologii,
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Błona bębenkowa: bez patologii,
 - bez patologii,
 - inne:.....

2. Badanie nosa:

- Wygląd nosa zewnętrznego:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- Błona śluzowa nosa:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- przegroda nosa ocena (perforacje, skrzywienie), obecność patologicznych mas w obrębie jamy nosa (polipy, guz):
 - bez patologii,
 - inne:.....

3. Badanie jamy ustnej i gardła środkowego:

Każdorazowo przed badaniem należy poprosić chorego o usunięcie protez zębowych!

- Ocena języka (grzbiet języka, brzegi języka oraz powierzchnia brzuszna) dno jamy ustnej, dziąsła, trójkąt zatrzonowcowy:
 - bez patologii,
 - inne:.....
 - Podniebienie miękkie i twarde, migdałki podniebiennych oraz tylnej ściany gardła migdałki, podniebienie, język oraz dno jamy ustnej: ślinianki podżuchwowe w badaniu palpacyjnym:
 - bez patologii,
 - inne:.....
4. Badanie szyi:
- szyja:
 - bez patologii,
 - inne:.....

II. Badanie nazofiberoskopowe- ocena nosogardła, krtani oraz gardła dolnego:

Przed wykonaniem badania fiberoskopowego, każdorazowo należy założyć anemizację do nosa !

- nasada języka:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- ujścia gardłowe trąbek słuchowych:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- nosogardło:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- okolica przednagłośniowa:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- krtień (nagłośnia, okolica nadgłośniowa, okolica głośni) należy zwrócić szczególną uwagę na ruchomość fałdów głosowych:
 - bez patologii,
 - inne:.....
- gardło dolne (należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne zaleganie wydzieliny):
 - bez patologii,

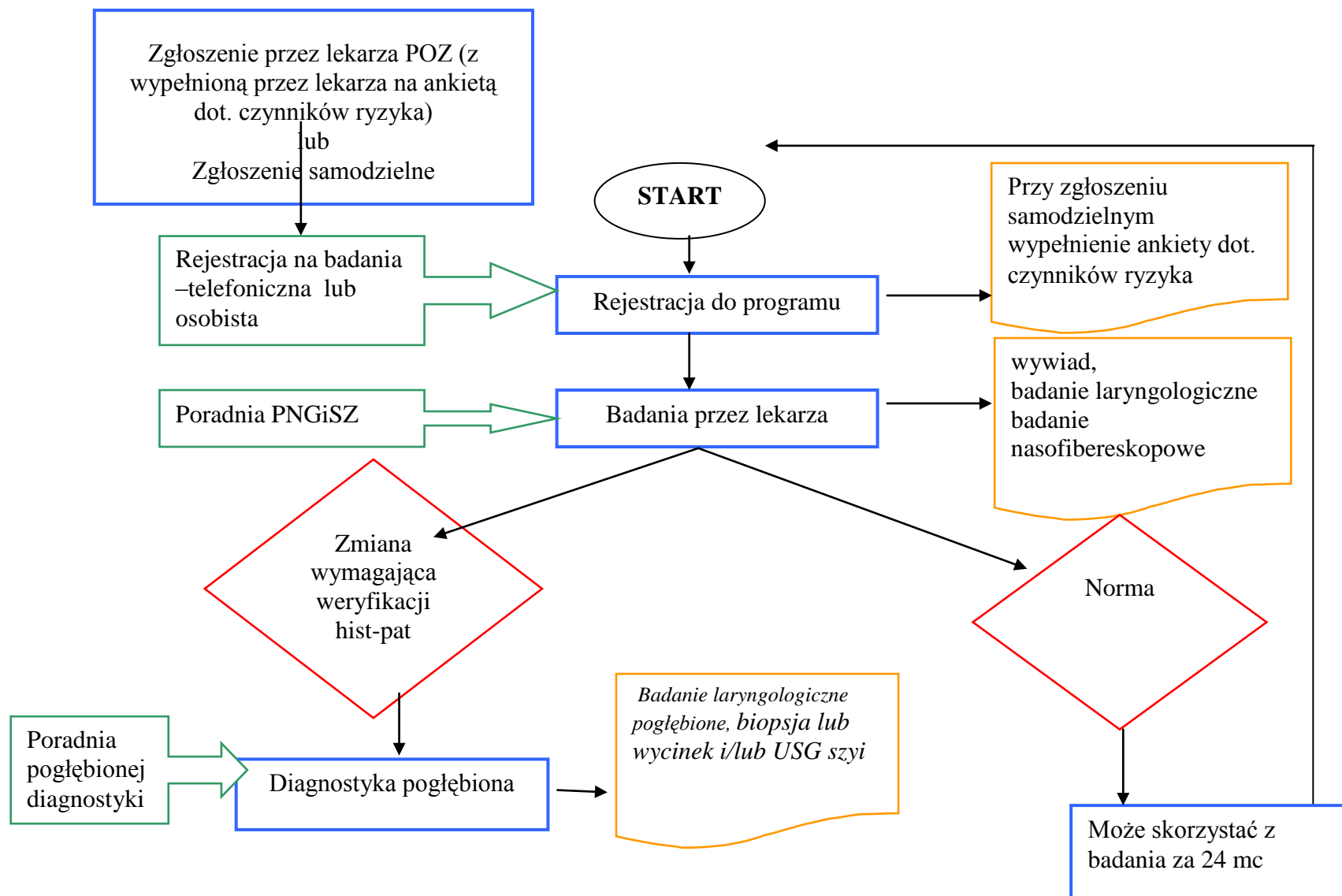
inne:.....

- zachyłki gruszkowate:

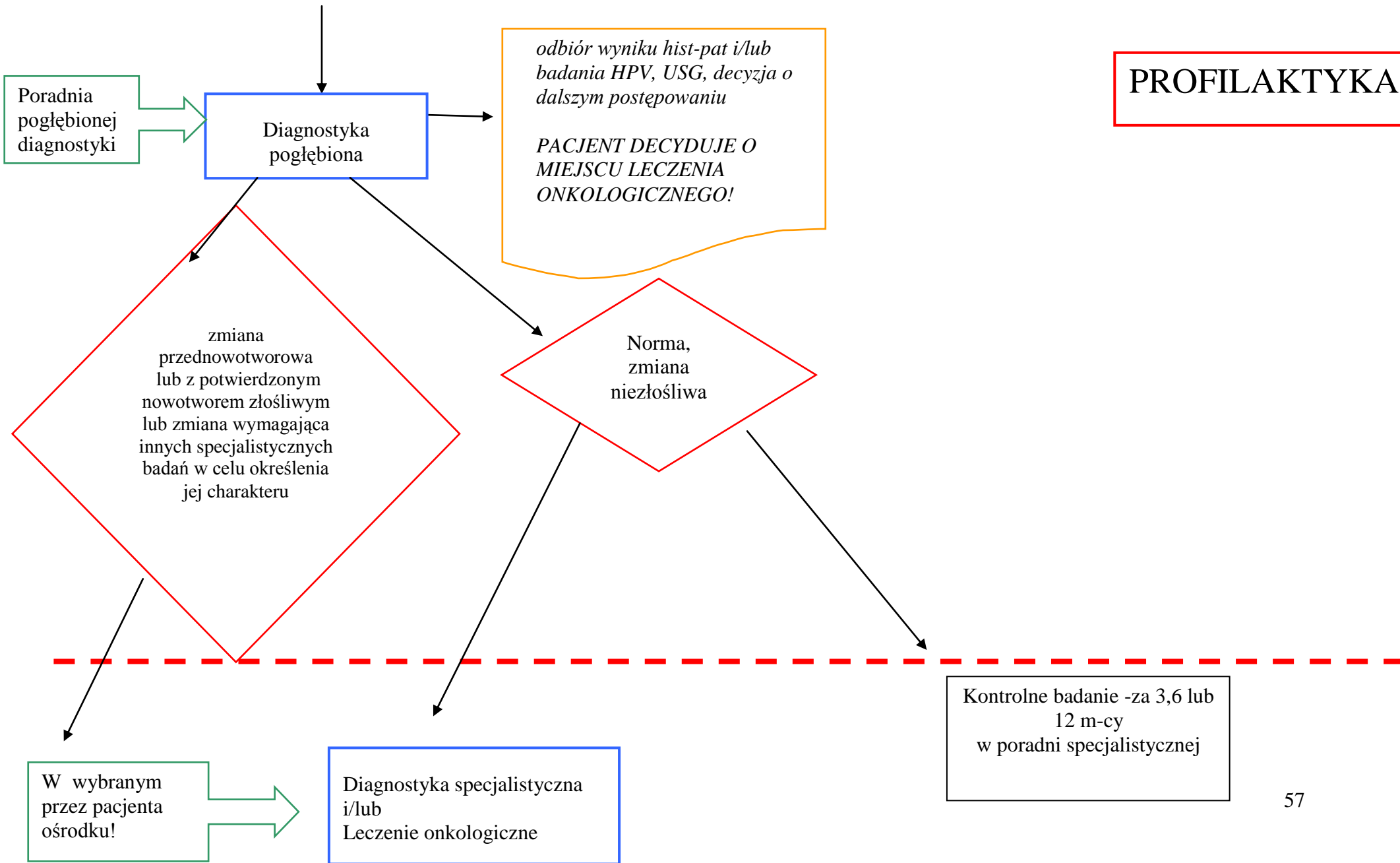
bez patologii,

inne:.....

Załącznik 3 - Schemat organizacyjny: Program profilaktyki nowotworów głowy i szyi skierowany dla osób 40-65 lat z grupy podwyższonego ryzyka.



PROFILAKTYKA



**AMBULATORYJNA OPIEKA
SPECJALISTYCZNA,
LECZENIE SZPITALNE**

*** występowanie przez ponad 3 tygodnie jednego z objawów, nie związanych z infekcją, takich jak: pieczenie języka, niegojące się owrzodzenie oraz/lub czerwone albo białe naloty w jamie ustnej, ból gardła, przewlekła chrypka, guz na szyi, niedrożność nosa lub krwawy wyciek z nosa, ból w trakcie oraz/lub problemy z połykaniem) oraz przynależności do grupy ryzyka (wieloletni palacze, osoby nadużywające alkoholu, osoby narażone na infekcje wirusem HPV)**