

AKCEPTUJĘ

.....
data, oznaczenie oraz podpis osoby zatwierdzającej
program polityki zdrowotnej do realizacji



**„Program polityki zdrowotnej profilaktyki i wczesnego
wykrywania raka jelita grubego wśród mieszkańców
województwa podlaskiego”**

Okres realizacji: 2023-2025

Podstawa prawna opracowania programu polityki zdrowotnej:

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

Białystok, 2022 r.

Autorzy „Programu polityki zdrowotnej profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego wśród mieszkańców województwa podlaskiego”:

- dr n. med. Dominik Maślach
- dr n. med. Grażyna Piotrowska-Staworko
- mgr Katarzyna Cwalina
- mgr Magda Grygoruk

Spis treści

1. Rak jelita grubego - opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie potrzeby realizacji Programu	4
1.1. Rak jelita grubego - charakterystyka	4
1.2. Dotychczasowe postępowanie w profilaktyce raka jelita grubego w województwie podlaskim	9
1.3 Zagrożenie rakiem jelita grubego w Polsce i województwie podlaskim	10
1.4 Podstawy prawne w profilaktyce raka jelita grubego	15
2. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji	17
2.1 Cel główny	17
2.2 Cele szczegółowe:	18
2.3 Mierniki efektywności realizacji Programu	19
3. Charakterystyka adresatów Programu	19
3.1 Populacja docelowa możliwa do włączenia do Programu	19
3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu ...	20
3.3 Planowane interwencje oraz etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów	21
3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu	24
3.5 Sposób zakończenia udziału w Programie	27
3.6 Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	27
4. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu	28
5. Budżet Programu	29
6. Spis tabel	32
7. Spis rysunków	32
8. Bibliografia	33

1. Rak jelita grubego - opis problemu zdrowotnego i uzasadnienie potrzeby realizacji Programu

1.1. Rak jelita grubego - charakterystyka

Nowotwory złośliwe stanowią istotny problem zarówno w sferze zdrowotnej, społecznej i ekonomicznej na całym świecie, bez względu na poziom zamożności kraju.¹

Z informacji zawartych w biuletynie „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku” wynika, iż nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2019 roku 25,7% zgonów mężczyzn i 23,2% zgonów kobiet. Stanowią one istotny problem zdrowotny przede wszystkim u osób w młodym i średnim wieku (15-64 lat).²

Nowotwór jelita grubego jest to nowotwór występujący w obrębie jednej z części jelita grubego tj. okrężnicy, zgięcia esiczo-odbytniczego, odbytnicy i odbytu (C18-C21). Rak jelita grubego rozwija się w większości przypadków na podłożu uszypułowanego, znacznie rzadziej nieuszypułowanego gruczolaka, w którym w wyniku przekształcania się komórek doszło do powstania raka nieinwazyjnego (tzw. raka in situ, CIS) – obecnego wyłącznie w obrębie błony śluzowej, a następnie inwazyjnego (po nacieczeniu poza blaszkę właściwą błony śluzowej).³

W Polsce w 2019 roku w strukturze zachorowań na nowotwory złośliwe według przyczyn, nowotwór jelita grubego (C18-C21) stanowił u mężczyzn 12,2%, a u kobiet 9,5% (okrężnica) zachorowań.⁴ Z analizy struktury zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w 2019 roku wynika, iż nowotwór jelita grubego (C18-C21) zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn znajdował się na drugim miejscu, kolejno 14,9% i 10,6%.⁵ Na podstawie przeprowadzonej analizy sytuacji demograficznej i zdrowotnej mieszkańców województwa podlaskiego pt. „Stan Zdrowia Mieszkańców Województwa Podlaskiego” stwierdzono, że w latach 2015-2018 liczba zachorowań na nowotwory złośliwe utrzymywała się na zbliżonym poziomie, z niewielką tendencją spadkową. Surowy współczynnik zachorowalności w 2015 roku wynosił 359,59/10⁵ ludności, a w 2018 roku obniżył się do poziomu 352,84/10⁵ ludności. Wśród mężczyzn wartość współczynnika

¹ B. Wojtyniak, P. Goryński, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 247

² J. Ditkowska, U. Wojciechowska, P. Olasek, F. C. dos Santos, I. Michałek „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku”, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2021

³ <http://onkologia.org.pl/okrężnica/>

⁴ J. Ditkowska, U. Wojciechowska, P. Olasek, F. C. dos Santos, I. Michałek „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku”, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2021

⁵ http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf

zachorowalności obniżyła się z poziomu 366,85/10⁵ ludności w 2015 roku, do poziomu 359,81/10⁵ ludności w 2018 roku. U kobiet także nastąpiło obniżenie z poziomu 352,68/10⁵ ludności w 2015 roku do 346,22/10⁵ ludności w 2018 roku.⁶ W analizowanych latach 2015-2018 w województwie podlaskim liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych utrzymywała się na zbliżonym poziomie. Surowy współczynnik umieralności w 2015 roku wynosił 255,49/10⁵ ludności, a w 2018 roku obniżył się do poziomu 254,00/10⁵ ludności. Wśród mężczyzn wartość współczynnika umieralności obniżył się z poziomu 294,82/10⁵ ludności w 2015 roku, do poziomu 292,50/10⁵ ludności w 2018 roku. U kobiet także nastąpiło obniżenie z poziomu 218,07/10⁵ ludności w 2015 roku do 217,40/10⁵ ludności w 2018 roku.

Większość zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego występuje w populacji osób po 50 roku życia (94%), przy czym aż 75% zachorowań u obu płci przypada na osoby powyżej 60 roku życia.⁷

Szacuje się, iż około 90-95% przypadków zachorowań na nowotwór złośliwy jelita grubego to tzw. zachorowania sporadyczne. Oznacza to, że chory na raka nie posiada bliskich krewnych, u których wykryto tę chorobę, a zachorowanie pojawiło się jako skutek nagromadzenia w komórce w ciągu życia uszkodzeń kodu genetycznego, czego następstwem jest niekontrolowana proliferacja komórek.⁸ Pozostałe przypadki to nowotwory występujące rodzinie. Rodzinna polipowatość gruczolakowa (FAP) jest rzadko występującą (1 na 10 000 urodzeń) chorobą charakteryzującą się występowaniem w jelicie grubym znacznej liczby polipów gruczolakowych (> 100), dziedziczona jest w sposób autosomalny dominujący (mutacje genu APC).⁹

Dotychczas poznano wiele czynników sprzyjających zachorowaniu na raka jelita grubego, wśród których wyróżnia się:

1. wiek (ryzyko zachorowania na nowotwór rośnie po 50. roku życia),
2. choroby zapalne jelit w przeszłości (choroby zapalne jelit obejmują wrzodziejące zapalenie jelita grubego - 20-krotny wzrost ryzyka zachorowania oraz chorobę Leśniowskiego-Crohna - 3-krotny wzrost ryzyka),
3. epidemiologiczne:

⁶ <http://onkologia.org.pl/>

⁷ A. Kubiak, W. Kycler, M. Trojanowski, Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce, Probl Hig Epidemiol 2014, 95(3): 636-642

⁸ <http://onkologia.org.pl/nawotwory-genetyczne/>

⁹ https://www.onkonet.pl/dp_npp_rakokreznicy.php

- zespół metaboliczny (nadciśnienie, otyłość, cukrzyca, hipertriglicydemia, niski HDL - wzrost ryzyka głównie u mężczyzn, im więcej spełnionych kryteriów zespołu metabolicznego, tym większe ryzyko zachorowania),
- palenie tytoniu,
- tryb życia – większa zapadalność u osób z niską aktywnością fizyczną,
- rasa i grupy etniczne – wyższe ryzyko wśród Afroamerykanów oraz Żydów Aszkenazyjskich.
- czynniki geograficzne – częściej występuje w Europie, Ameryce Północnej, Australii i Japonii niż w Afryce czy Azji.

4. tzw. jelitowe:

- dodatni wywiad w kierunku występowania polipów gruczolakowych lub raka jelita grubego,
- uwarunkowanie genetyczne (rodzinna polipowatość gruczolakowata (FAP) wiąże się ze 100% życiowym ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego, w przypadku dziedzicznego raka jelita grubego bez polipowatości (HNPCC) ryzyko to wynosi 70-80 %),

5. dietetyczne:

- dieta ubogobłonnikowa, bogatotłuszczowa, wysokokaloryczna, uboga w wapń,
- nadużywanie alkoholu.

6. mieszane:

- przebyta radioterapia obszaru jamy brzusznej,
- przebyta cholecystektomia,
- obecność ureterosigmoidostomii (500-krotne większe ryzyko rozwoju raka),
- rodzinne występowanie raka jelita grubego przy braku cech klasycznego zespołu predyspozycji genetycznej.¹⁰

Objawy nowotworu jelita grubego uzależnione są od stopnia zaawansowania choroby i jej umiejscowienia w obrębie jelita. Do typowych wczesnych objawów nowotworu należą:

1. niedokrwistość, osłabienie i obecność ciemnej krwi w stolcu (rak kątnicy),
2. bóle i skurcze brzucha (rak poprzeczny),
3. występowanie krwi w stolcu (zstępny i esicy),

¹⁰ <http://onkologia.org.pl/jelito-grube/>

4. krwawienie, uczucie niepełnego wypróżniania się, bolesne oddawanie stolca, ból brzucha, osłabienie oraz długotrwałe naprzemienne występowaniem biegunek i zaparć (rak odbytnicy).

Wśród objawów późnych można wymienić typowe objawy zaawansowanego nowotworu tj. postępującą utratę masy ciała, brak apetytu, osłabienie, anemię itp.¹¹

Szacuje się, że nowotwór jelita grubego, który w znacznej większości przypadków powstaje z przekształcenia polipa, rozwija się ok. 10 lat. Niestety u ok. 80 proc. chorych rak jelita grubego wykrywany jest w zaawansowanym stadium choroby.¹²

Istnieje wiele badań pozwalających na rozpoznanie nowotworów jelita grubego. Rodzaj oraz kolejność wykonywanych badań mających na celu potwierdzenie lub wykluczenie rozpoznania ustala lekarz, w zależności od zgłaszanych przez chorego objawów.

Pacjenci po 50 roku życia pozostający w grupie ryzyka, a także pacjenci u których wystąpiły niepokojące objawy powinni wykonywać następujące badania:

- badanie na obecność krwi utajonej w stolcu (wykonywane co 1-2 lata, po ukończeniu 50 roku życia, powinno być profilaktyką u wszystkich mężczyzn i kobiet),
- badanie per rectum (wykonywane co 1-2 lata po ukończeniu 50 roku życia jako profilaktyka u wszystkich mężczyzn),
- kolonoskopia (alternatywa dla badania na krew utajoną w kale - badanie za pomocą endoskopu z kamerą wprowadzanego do jelita przez odbyt, wykonywane co 10 lat, jako profilaktyka u wszystkich mężczyzn i kobiet po 50 roku życia. U pacjentów powyżej 65 roku życia częstość wykonywania kolonoskopii jest uzależniona od indywidualnej oceny lekarza),
- rektoskopia (oglądanie końcowego, ok. 30-cm odcinka odbytnicy przez specjalny wziernik),
- kolonoskopia wirtualna, czyli kolonografia (badanie trójwymiarowego obrazu jelita stworzonego ze zdjęć wykonanych tomografem komputerowym),
- badanie stężenia markera 5 CEA we krwi.¹³

Kolonoskopia i badanie krwi utajonej w kale to badania profilaktyczne zalecane w kierunku wczesnego wykrycia choroby, które są wykonywane u osób bez objawów. Rektoskopia, badanie markera nowotworowego, wirtualna kolonoskopia i inne, dodatkowe badania diagnostyczne wykonuje się jako element pogłębionej diagnostyki u pacjentów, u których lekarz na podstawie wywiadu i wyników wcześniejszych badań zdecyduje

¹¹ <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/88022,rak-jelita-grubego>

¹² <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/rak-jelita-grubego-zabojca-ktorego-dziedziczymy-w-genach.6148.n.3712>

¹³ <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/rak-jelita-grubego-zabojca-ktorego-dziedziczymy-w-genach.6148.n.3712>

o konieczności ich wykonania. Wszystkie powyższe badania mogą prowadzić do diagnozy, jednak nie dają jednoznacznej odpowiedzi, czy to rak jelita grubego. Jednoznaczną diagnozę może dać jedynie badanie histopatologiczne, a więc pobranie próbki chorej tkanki, np. guza czy polipa i poddanie jej analizie.

W leczeniu raka jelita grubego obok chemioterapii, radioterapii i klasycznych operacji dostępna jest również tzw. terapia celowana. Terapia ta jest w stanie doprowadzić do ograniczenia wzrostu lub regresji nowotworu, a w konsekwencji do wydłużenia życia pacjenta.¹⁴

Podjęcie działań we wskazanym wyżej problemie zdrowotnym wynika z przeprowadzonej w 2021 roku przez Departament Zdrowia UMWP analizy sytuacji demograficznej i zdrowotnej mieszkańców województwa podlaskiego pt. „Stan Zdrowia Mieszkańców Województwa Podlaskiego”, obejmującej lata 2015-2018.

Ponadto z analizy struktury zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w 2019 roku wynika, iż nowotwór jelita grubego (C18-C21) zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn znajdował się na drugim miejscu, kolejno 14,9% i 10,6%.¹⁵ W 2019 roku na nowotwory jelita grubego zachorowało 568 osób (surowy współczynnik zachorowalności wynosił 48,20/105 ludności), co spowodowało, że rak jelita grubego stał się drugim najczęściej występującym nowotworem wśród mężczyzn i drugim wśród kobiet (Rys. 1). W populacji mężczyzn występuje zaraz po nowotworach gruczołu krokowego (21,2%), natomiast wśród kobiet po nowotworach złośliwych piersi (19,4%). W 2019 r. odnotowano 325 zgonów z powodu nowotworów jelita grubego (surowy współczynnik umieralności wynosił 27,58/105), co spowodowało, iż w strukturze nowotworowych przyczyn zgonów u mężczyzn nowotwór ten zajmował drugie miejsce (11,5% zgonów), zaraz po raku płuca (26,8%), natomiast w przypadku kobiet był trzecią przyczyną (10,1%), zaraz po nowotworach złośliwych płuca (17,0%) i piersi (12,9%) (Rys. 2).

„Program polityki zdrowotnej profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego wśród mieszkańców województwa podlaskiego”, zwany w dalszej części dokumentu Programem wpisuje się w cel główny Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025, jakim jest zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych nierówności w zdrowiu. Ponadto wpisuje się w następujące cele operacyjne tj. cel 1: profilaktyka nadwagi

¹⁴https://www.medme.pl/artykuly/tradycyjne-i-nowoczesne-metody-leczenia-raka-jelita-grubego.64746.html?utm_source=google&utm_medium=Adwords&utm_campaign=39949557245&utm_term=&gclid=EAJaIQobChMI8K6h3JH39QIVhs3ICh3pyQvyEAAYASAAEgKUp_D_BwE

¹⁵ http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf

i otyłości oraz cel 2: profilaktyka uzależnień, z uwagi na fakt, iż cele te dotyczą czynników ryzyka powstawania nowotworów jelita grubego. Założenia Programu są zgodne z działaniami w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych zawartych w Narodowej Strategii Onkologicznej.

Ponadto założenia Programu są zgodne z rekomendacjami zawartymi w Wojewódzkim Planie Transformacji Województwa Podlaskiego na lata 2022 – 2026 – 2. główne obszary działań, część 2.1 czynniki ryzyka i profilaktyka, który został ustalony przez Wojewodę Podlaskiego obwieszczeniem z dnia 17 grudnia 2021 r. (Dz. Urz. Woj. Podl. z 2021 r. poz. 5202) w sprawie Wojewódzkiego Planu Transformacji Województwa Podlaskiego.¹⁶

1.2. Dotychczasowe postępowanie w profilaktyce raka jelita grubego w województwie podlaskim

Z informacji zawartych na stronie Koordynatora Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego, w województwie podlaskim do dnia 31.12.2021 roku realizowany był program profilaktyki raka jelita grubego finansowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Program realizowany był przez następujące ośrodki: Familijne Centrum Medyczne ul. Ciołkowskiego 88 J, 15-545 Białystok (ośrodek oportunistyczny) oraz Szpital Wojewódzki w Łomży ul. Al. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża (zaproszenia). Od 2022 roku za realizację Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego będzie odpowiadał NFZ.

W województwie podlaskim wykonywane były także profilaktyczne badania kolonoskopowe finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Realizatorami były takie podmioty lecznicze jak: Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok, Szpital Powiatowy w Zambrowie sp. z o.o., ul. Papieża Jana Pawła II 3, 18-300 Zambrów, Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, ul. Szpitalna 60, 16-400 Suwałki.

Założenia Programu są spójne merytorycznie i organizacyjnie z dotychczas realizowanymi świadczeniami gwarantowanymi realizowanymi w ramach ogólnopolskiego programu screeningowego raka jelita grubego.

¹⁶<https://puw.bip.gov.pl/wojewodzki-plan-transformacji-wojewodztwa-podlaskiego/wojewodzki-plan-transformacji-wojewodztwa-podlaskiego-na-lata-2022-2026.html>

Realizacja zaplanowanych w ramach programu interwencji przyczyni się do zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej raka jelita grubego.

1.3 Zagrożenie rakiem jelita grubego w Polsce i województwie podlaskim

Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce powodując w 2019 roku 25,7% zgonów mężczyzn i 23,2% zgonów kobiet. Zdiagnozowano 171,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory (85559 mężczyzn oraz 85659 kobiet) i 100,3 tys. zgonów z ich powodu (54 370 mężczyzn i 45 954 kobiet). Surowy współczynnik zachorowalności u mężczyzn wynosił $431,75/10^5$ ludności, a u kobiet $461,29/10^5$, natomiast umieralności odpowiednio $274,36/10^5$ i $247,47/10^5$. Standaryzowany według populacji europejskiej, współczynnik zachorowalności wyniósł $287,79/10^5$ u mężczyzn oraz $378,81/10^5$ u kobiet, zaś współczynnik umieralności był równy odpowiednio $170,19/10^5$ i $196,64/10^5$.

W Polsce na nowotwory jelita grubego (C18-C21) w 2019 roku zachorowało 18514 osób (surowy współczynnik zachorowalności wynosił $48,24/10^5$ ludności), stanowiąc tym samym trzeci najczęściej występujący nowotwór w populacji mężczyzn (12,2% zachorowań na nowotwory) i kobiet (9,5%) (Tab. 1). Wśród mężczyzn - zaraz po nowotworach gruczołu krokowego (20,6%) i płuca (16,1%), natomiast wśród kobiet po nowotworach złośliwych piersi (22,9%) oraz płuca (9,9%). W 2019 roku zmarło 12390 osób z powodu nowotworów jelita grubego (surowy współczynnik umieralności wynosił $32,28/10^5$), co spowodowało iż w strukturze nowotworowych przyczyn zgonów mężczyzn rak jelita grubego plasował się na drugim miejscu (13,0% zgonów), zaraz po raku płuc (27,4%), u kobiet na trzecim miejscu (11,6%), zaraz po nowotworach złośliwych płuc (17,9%) oraz piersi (15,1%).¹⁷

W województwie podlaskim w 2019 roku na nowotwory zachorowało 4466 osób (2180 mężczyzn oraz 2286 kobiet), zmarło 2980 osób (1669 mężczyzn i 1311 kobiet). Surowy współczynnik zachorowalności u mężczyzn wynosił $360,54/10^5$ ludności, a u kobiet $397,71/10^5$, natomiast umieralności odpowiednio $276,03/10^5$, $228,08/10^5$. Standaryzowany według populacji europejskiej, współczynnik zachorowalności wyniósł $249,52/10^5$ u mężczyzn oraz $328,67/10^5$ u kobiet, zaś współczynnik umieralności był równy odpowiednio $167,61/10^5$ i $177,03/10^5$.

¹⁷ U. Wojciechowska, J. Didkowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 10/02/2022.

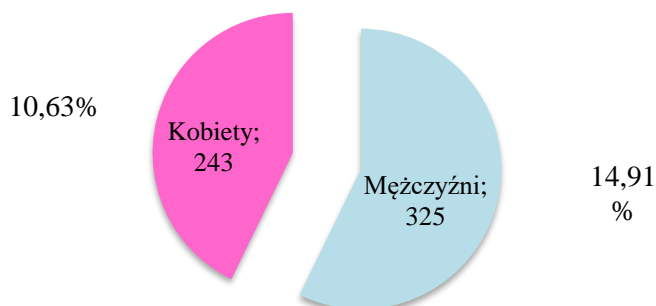
W 2019 roku na nowotwory jelita grubego zachorowało 568 osób (surowy współczynnik zachorowalności wynosił $48,20/10^5$ ludności), co spowodowało, że rak jelita grubego stał się drugim najczęściej występującym nowotworem wśród mężczyzn (14,9% zachorowań) i drugim wśród kobiet (10,6%) (Rys. 1). W populacji mężczyzn występuje zaraz po nowotworach gruczołu krokowego (21,2%), natomiast wśród kobiet po nowotworach złośliwych piersi (19,4%). W 2019 r. odnotowano 325 zgonów z powodu nowotworów jelita grubego (surowy współczynnik umieralności wynosił $27,58/10^5$), co spowodowało, iż w strukturze nowotworowych przyczyn zgonów u mężczyzn nowotwór ten zajmował drugie miejsce (11,5% zgonów), zaraz po raku płuca (26,8%), natomiast w przypadku kobiet był trzecią przyczyną (10,1%), zaraz po nowotworach złośliwych płuca (17,0%) i piersi (12,9%) (Rys. 2).

Tabela 1 Zachorowalność oraz umieralność z powodu nowotworów jelita grubego w Polsce oraz województwie podlaskim w 2019 r.

	Polska	woj. podlaskie
Liczba	18514	568
wsp. zachorowalności	48,24	48,20
Liczba	12390	325
wsp. umieralności	32,28	27,58

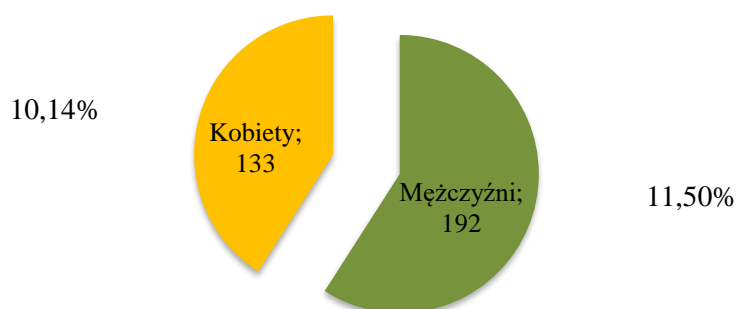
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Rysunek 1 Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego oraz udział w ogóle zachorowań na nowotwory złośliwe według płci w województwie podlaskim w 2019 r.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Biura Rejestracji Nowotworów

Rysunek 2 Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego oraz udział w ogóle zachorowań na nowotwory złośliwe według płci w województwie podlaskim w 2019 r.



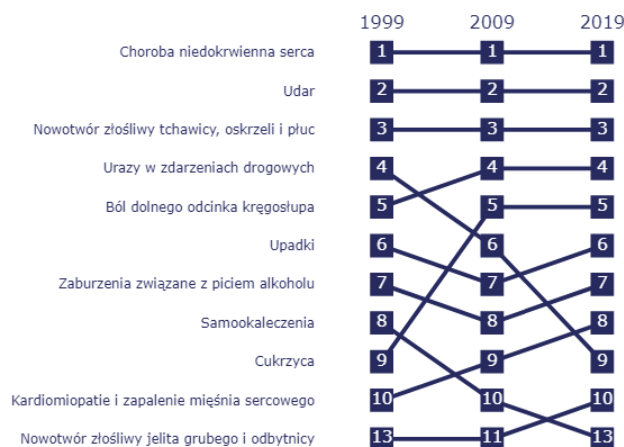
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Biura Rejestracji Nowotworów

Według map potrzeb zdrowotnych w 2019 roku w województwie podlaskim z powodu raka jelita grubego świadczeniami zdrowotnymi z zakresu leczenia szpitalnego objętych było 522 pacjentów, natomiast świadczeniami z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej - 455 pacjentów.¹⁸ Poniżej przedstawiona została analiza top10 problemów zdrowotnych z wszystkich grup - dla populacji kobiet i mężczyzn w województwie podlaskim - wszystkie grupy wiekowe, na podstawie której można stwierdzić wzrost znaczenia nowotworów

¹⁸ <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3705>, dostęp dnia 24.02.2022 r.

złośliwych jelita grubego i odczynicy (z 13 miejsca w rankingu w 1999 r. na 10 miejsce w 2019 r.).¹⁹

Rysunek 3 Ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY w województwie podlaskim w latach 1999, 2009, 2019



Analizując występowanie raka jelita grubego (C18-C21) w powiatach województwa podlaskiego w latach 2015 - 2018 najwyższy współczynnik zachorowalności na raka jelita grubego występował w powiatach: siemiatyckim, sokólskim oraz hajnowskim (dane za ostatni badany rok 2018 to odpowiednio: 67,13/10⁵ ludności, 56,32/10⁵, 55,63/10⁵), najniższe w powiatach: kolneńskim, łomżyńskim oraz m. Łomża (dane za ostatni badany rok 2018 to odpowiednio: 20,84/10⁵ ludności, 23,53/10⁵, 26,98/10⁵) (Tab. 2).

Najwyższa umieralność była w powiatach: hajnowskim, sejneńskim i bielskim (dane za ostatni badany rok 2018 to odpowiednio: 46,36/10⁵ ludności, 44,36/10⁵, 40,10/10⁵), najniższe w powiatach: łomżyńskim, suwalskim oraz kolneńskim (dane za ostatni badany rok 2018 to odpowiednio: 17,65/10⁵ ludności, 22,35/10⁵, 23,44/10⁵) (Tab. 3).

Do oceny sytuacji epidemiologicznej w zakresie raka jelita grubego w województwie podlaskim wykorzystano surowe współczynniki zachorowalności i umieralności. Wspomniane współczynniki nie zostały poddane standaryzacji, z uwagi na fakt, iż nie były one porównywane z tożsamymi współczynnikami dla innych populacji, ponieważ Program będzie realizowany na terenie jednego województwa.

¹⁹<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>

Tabela 2 Zachorowania na nowotwory jelita grubego wg powiatów w woj. podlaskim w latach 2015-2018

powiat	2015		2016		2017		2018	
	liczba	wsp. surowy/10 ⁵	liczba	wsp. surowy/10 ⁵	liczba	wsp. surowy/10 ⁵	liczba	wsp. surowy/10 ⁵
augustowski	23	38,92	18	30,56	19	32,39	17	29,13
białostocki	73	50,17	81	55,38	71	48,30	66	44,55
bielski	39	68,95	38	67,77	22	39,69	28	51,04
grajewski	22	45,49	21	43,71	22	46,04	19	39,98
hajnowski	31	69,56	29	65,69	41	93,72	24	55,63
kolneński	11	28,09	18	46,16	12	30,97	8	20,84
łomżyński	12	23,33	20	38,98	17	33,28	12	23,53
moniecki	20	48,14	14	33,94	22	53,64	17	41,76
sejneński	9	43,68	6	29,39	9	44,40	7	34,84
siemiatycki	30	65,12	21	46,12	21	46,47	30	67,13
sokólski	37	53,33	28	40,78	38	55,73	38	56,32
suwalski	14	38,96	20	55,67	11	30,59	15	41,91
wysokomazowiecki	17	29,22	15	25,91	29	50,42	23	40,18
zambrowski	12	27,09	19	43,04	10	22,71	19	43,36
m. Białystok	152	51,35	150	50,57	160	53,82	136	45,72
m. Łomża	15	23,91	23	36,62	31	49,13	17	26,98
m. Suwałki	29	41,80	30	43,09	24	34,51	21	30,07

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Biura Rejestracji Nowotworów

Tabela 3 Umieralność na nowotwory jelita grubego wg powiatów w woj. podlaskim w latach 2015-2018

powiat	2015		2016		2017		2018	
	liczba	wsp. surowy/10 ⁵	liczba	wsp. surowy/10 ⁵	liczba	wsp. surowy/10 ⁵	liczba	wsp. surowy/10 ⁵
augustowski	17	28,76	28	47,53	21	35,79	17	29,13
białostocki	37	25,43	42	28,72	43	29,25	53	35,78
bielski	21	37,13	27	48,15	21	37,89	22	40,10
grajewski	12	24,82	21	43,71	14	29,30	13	27,36
hajnowski	20	44,88	24	54,37	15	34,29	20	46,36
kolneński	11	28,09	6	15,39	11	28,39	9	23,44
łomżyński	21	40,83	17	33,14	14	27,41	9	17,65
moniecki	13	31,29	5	12,12	8	19,51	11	27,02
sejneński	11	53,38	4	19,59	6	29,60	9	44,79
siemiatycki	23	49,92	16	35,14	17	37,62	13	29,09
sokólski	19	27,39	30	43,69	26	38,13	27	40,02
suwalski	14	38,96	14	38,97	10	27,81	8	22,35
wysokomazowiecki	17	29,22	17	29,36	16	27,82	18	31,44
zambrowski	11	24,83	9	20,39	13	29,53	13	29,67
m. Białystok	75	25,34	84	28,32	89	29,94	80	26,89
m. Łomża	13	20,72	20	31,85	17	26,94	16	25,40
m. Suwałki	19	27,39	18	25,85	14	20,13	21	30,07

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Biura Rejestracji Nowotworów

1.4 Podstawy prawne w profilaktyce raka jelita grubego

Podstawą prawną do realizacji działań w zakresie profilaktyki chorób nowotworowych w Polsce jest Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO), która jest programem wieloletnim, przyjętym na lata 2020-2030, wprowadzającym kompleksowe zmiany w polskiej onkologii (Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie przyjęcia programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 M.P. 2020 poz. 189).

Głównym celem NSO jest zwiększenie liczby osób przeżywających 5 lat od zakończenia terapii onkologicznej oraz zmniejszenie zapadalności na choroby nowotworowe. Poprawie ma ulec również jakość życia pacjentów w trakcie leczenia onkologicznego, jak i po jego zakończeniu.²⁰

NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 kluczowych obszarów, niezbędnych dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową.

Obszary działań NSO są następujące:

1. Inwestycje w kadry – Poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii.
2. Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia – Ograniczanie zachorowalności na nowotwory przez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów.
3. Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna – Poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej.
4. Inwestycje w naukę i innowacje – Zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych.
5. Inwestycje w system opieki onkologicznej – Poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”.

Z dniem wejścia w życie Narodowej Strategii Onkologicznej, w drodze uchwały Rady Ministrów, utraciła moc uchwała nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego na lata 2016–2024 pod nazwą „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych” (M .P. z 2018 r. poz. 6). Kierunki interwencji w ramach priorytetów wskazanych w Narodowym Programie Zwalczenia Chorób Nowotworowych, zwanym dalej „NPZChN”, oraz umowy zawarte w ramach NPZChN są kontynuowane w Narodowej Strategii Onkologicznej.²¹

W Polsce badania przesiewowe w kierunku wybranych nowotworów wchodzą w zakres świadczeń gwarantowanych. Dedykowaną formą badań przesiewowych są programy profilaktyczne. Program badań przesiewowych raka jelita grubego (PBP) był finansowany w ramach NPZChN i obejmował wykonanie przesiewowych badań kolonoskopowych

²⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

²¹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

w określonej populacji. PBP realizowany był w dwóch systemach: z zaproszeniami (tzw. zapraszany) i bez zaproszeń (tzw. oportunistycznym). Ponadto w ramach działań prewencyjnych NPZChN prowadzono opiekę nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na wybrane nowotwory złośliwe.

W dniu 7 grudnia 2021 roku koordynator Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego poinformował, że z dniem 31 grudnia 2021 roku skończy się edycja Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego (PBP) finansowana przez Ministerstwo Zdrowia.

Zgodnie z założeniami Narodowej Strategii Onkologicznej od 2022 roku badania profilaktycznej kolonoskopii finansowane będą przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Informacja o rozpoczęciu badań wraz z listą ośrodków włączonych do realizacji Programu zostanie przekazana do wiadomości publicznej.

W dniu 29 czerwca bieżącego roku opublikowane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. 2022, poz. 1366). W ramach zmian w załączniku do rozporządzenia w tabeli „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji” dodano lp. 8 - Program badań przesiewowych raka jelita grubego. Planowany do realizacji Program wpisuje się w obszar 3 i 4 NSO.

2. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji

2.1 Cel główny

Zwiększenie wykrywalności raka jelita grubego we wczesnym stopniu zaawansowania* w momencie rozpoznania wśród mieszkańców województwa podlaskiego o co najmniej 10%.

* według stopnia zaawansowania, klasyfikowanego zgodnie z pkt 34 *Karty zgłoszenia nowotworu złośliwego MZ/N-1a* tj. stopień 0 (Tis), stopień I.

Przyjmując wartość docelową dla celu głównego uwzględniono dane zawarte w raporcie pt. „Możliwości poprawy opieki nad chorymi na raka jelita grubego w kontekście trendów epidemiologicznych i aspektów ekonomicznych”. Zgodnie z informacjami przedstawionymi w raporcie odsetek raków jelita grubego wykrytych w I lub II stopniu wg klasyfikacji TNM w systemie oportunistycznym wynosił 62,5%, a w systemie zapraszany w latach 2012-2014 wyniósł 75,8%. Natomiast odsetek raków jelita grubego wykrytych w I lub II stopniu wg klasyfikacji TNM poza Programem Badań Przesiewowych wynosił 46,5%.

2.2 Cele szczegółowe:

1. Poprawa stanu wiedzy u co najmniej 50% osób włączonych do Programu na temat postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstania oraz wczesnych objawów.
2. Zwiększenie o co najmniej 10% wskaźnika pokrycia populacji województwa podlaskiego badaniami profilaktycznymi w kierunku raka jelita grubego.
3. Obniżenie o 10% poziomu umieralności z powodu raka jelita grubego wśród mieszkańców województwa podlaskiego.

Ad. 1

Przyjmując wartość docelową dla celu szczegółowego nr 1 uwzględniono, iż edukacja zdrowotna prowadzona będzie przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje oraz doświadczenie - edukator zdrowotny, pielęgniarka, mgr zdrowia publicznego, co jest jednym z czynników warunkujących skuteczność edukacji zdrowotnej. Właściwie prowadzona edukacja zdrowotna stanowi jeden z ważnych elementów działań profilaktycznych. Należy uwzględnić, że prewencja raka jelita grubego opiera się na znajomości czynników ryzyka.

Ad. 2

Przyjmując wartość docelową dla celu szczegółowego nr 2 uwzględniono liczbę ośrodków, które w latach 2000-2021 brały udział w Programie Badań Przesiewowych jelita grubego na terenie województwa podlaskiego oraz liczbę wykonanych w ramach Programu badań przesiewowych. W 2021 roku w województwie podlaskim Program Badań Przesiewowych raka jelita grubego realizowały 2 ośrodki. W ramach Programu (system oportunistyczny i mieszany) wykonanych zostało 1857 badań kolonoskopowych.

Ad. 3

Przyjmując wartość docelową dla celu szczegółowego nr 3 uwzględniono zaplanowane w ramach Programu interwencje, celem których jest zmniejszenie zapadalności na raka jelita grubego i śmiertelności z jego powodu.

Celem interwencji nr 1 i 2, które wpisują się w profilaktykę pierwotną jest ograniczenie lub eliminacja czynników ryzyka chorób nowotworowych. Natomiast celem interwencji nr 3 wpisującej się w profilaktykę wtórną raka jelita grubego jest wykrywanie zmian przednowotworowych lub nowotworów we wczesnej fazie zaawansowania, co zwiększa szanse wyleczenia, a więc redukuje śmiertelność z powodu raka jelita grubego.

2.3 Mierniki efektywności realizacji Programu

Mierniki efektywności dla celu głównego Programu

Odsetek osób, u których zdiagnozowano raka jelita grubego we wczesnym stadium zaawansowania.

Mierniki efektywności dla celów szczegółowych

1. Liczba osób włączonych do Programu, które w wyniku podjętych działań edukacyjnych podniosły poziom swojej wiedzy z zakresu postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory jelita grubego, w tym czynników ryzyka jego powstania oraz wczesnych objawów.
2. Liczba wykonywanych badań profilaktycznych w kierunku raka jelita grubego na terenie województwa podlaskiego.
3. Współczynnik umieralności z powodu raka jelita grubego w województwie podlaskim.

3. Charakterystyka adresatów Programu

3.1 Populacja docelowa możliwa do włączenia do Programu

Liczba mieszkańców województwa podlaskiego w końcu 2021 roku wynosiła 1165262 osób (567453 mężczyzn, 597809 kobiet), co stanowiło 3,06% ogółu ludności Polski.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) liczba osób w przedziale wiekowym 25-65 lat w województwie podlaskim w 2021 roku wynosiła 676 723 osób.

Populacja województwa podlaskiego będąca w grupach wieku umożliwiającym udział w Programie:

gr. wieku	liczba
25-49	427 366
40-49	169 464
50-65	249 357

Biorąc pod uwagę zaplanowany budżet Programu, populacja możliwa do włączenia do Programu, który realizowany będzie w latach 2023-2025 wyniesie 2000 osób.

3.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w Programie oraz kryteria wyłączenia z Programu

Kryteria włączenia:

1. Wiek adresatów programu:
 - a) **osoby w wieku 50-65 lat**, dla populacji bezobjawowej, niezależnie od wywiadu rodzinnego,
 - b) **osoby w wieku 40-49 lat** bez objawów raka jelita grubego, które miały w rodzinie przynajmniej jednego krewnego pierwszego stopnia (rodzice, rodzeństwo, dzieci) z rakiem jelita grubego,
 - c) **osoby w wieku 25-49 lat pochodzące z rodziny w której występuje zespół Lyncha** ang. hereditary non-polyposis colorectal cancer, (w tym przypadku potrzebne jest potwierdzenie z poradni genetycznej dla osób, które dotychczas nie leczyły się z powodu nowotworów jelita grubego).
2. Miejsce zamieszkania na terenie województwa podlaskiego.
3. Wyrażenie zgody na udział w Programie.

Kryteria wyłączenia:

1. Nie spełnianie kryterium dotyczącego wieku.
2. Miejsce zamieszkania poza terenem województwa podlaskiego.
3. Brak zgody na udział w Programie.
4. Kolonoskopia w ostatnich 10 latach.
5. Istnienie przeciwwskazań do wykonania badania kolonoskopowego.

3.3 Planowane interwencje oraz etapy Programu i działania podejmowane w ramach etapów

W ramach Programu planuje się przeprowadzenie interwencji na następujących poziomach:

I. Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do populacji województwa podlaskiego możliwej do włączenia do Programu:

- a) działania informacyjno-edukacyjne mające na celu zwiększenie zgłaszalności do Programu, skierowane do osób w grupach wieku objętych Programem (kampania informacyjna w lokalnych mediach tj. TV, radio, informacje na stronach internetowych realizatora oraz na portalu informacyjnym Województwa Podlaskiego, informacje w portalach społecznościowych).

II. Działania edukacyjne skierowane do populacji włączonej do Programu:

- a) wyrażenie przez pacjenta zgody na udział w Programie,
- b) zapoznanie się oraz wypełnienie formularzy, ankiet oraz oświadczeń,
- c) działania edukacyjne w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego, skierowane do osób, które zakwalifikują się do Programu (edukacja zdrowotna pacjenta w zakresie profilaktyki pierwotnej raka jelita grubego, w zakresie czynników ryzyka oraz wczesnych objawów choroby).

III. Działania konsultacyjno - diagnostyczne:

- a) konsultacja anestezyjologiczna obejmująca:
 - przeprowadzenie wywiadu lekarskiego,
 - analiza wskazań lub przeciwwskazań do znieczulenia anestezyjologicznego,
 - wyrażenie zgody na wykonanie znieczulenia anestezyjologicznego podczas wykonania badania kolonoskopowego,
 - przekazanie preparatu do oczyszczania jelit wraz z instrukcją przygotowania.

W przypadku stwierdzenia przeciwwskazań do wykonania znieczulenia anestezyjologicznego uczestnikowi Programu zostanie zaproponowana możliwość przeprowadzenia badania kolonoskopii bez znieczulenia anestezyjologicznego.

- b) badanie profilaktyczne - kolonoskopia w znieczuleniu anestezyjologicznym:
 - wyrażenie przez pacjenta zgody na wykonanie badania kolonoskopowego,

- wykonanie kolonoskopii w znieczuleniu anestezyjologicznym z możliwością wykonania polipektomii i/lub pobrania wycinków do oceny histopatologicznej,
- przekazanie pacjentowi wyników badania,
- wydanie zaleceń lekarskich co do dalszego postępowania.

Warunkiem wysokiej jakości kolonoskopii jest odpowiednie przygotowanie jelita grubego. Nieodpowiednie przygotowanie skutkuje ryzykiem przeoczenia polipów gruczolakowatych, dłuższym czasem badania oraz często, koniecznością jego powtórzenia.

W związku z powyższym, w Programie przewidziano jednokrotną możliwość powtórnego badania w sytuacji konieczności przerwania go z powodu nieodpowiedniego przygotowania się przez pacjenta.

W przypadku nieprawidłowego wyniku, pacjent skierowany zostanie do dalszej diagnostyki oraz leczenia poza Programem, do podmiotu leczniczego realizującego świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Dowody naukowe, rekomendacje oraz wytyczne działań planowanych w ramach Programu.

Z odnalezionych rekomendacji i opinii eksperckich wynika, że najlepszą metodą wykrywania raka jelita grubego jest kolonoskopia.

Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Gastroenterologii preferowaną metodą badania przesiewowego w kierunku wykrywania raka jelita grubego jest m.in. kolonoskopia.²²

Badanie kolonoskopowe oraz test na obecność krwi utajonej w kale (FIT) są uważane za testy pierwszego stopnia w badaniach przesiewowych raka jelita grubego. Pomimo, iż kolonoskopia jest uważana za najskuteczniejszy test, FIT może osiągnąć wyższe wskaźniki uczestnictwa.²³

Według odnalezionych dowodów naukowych zalecany przedział czasowy pomiędzy kolonoskopią, uznany jako bezpieczny, to 10 lat. Według doniesień zespołu z Centrum

²² Douglas K. Rex , MD , FACP 1 , David A. Johnson , MD , FACP 1 , Joseph C. Anderson , MD 1 , Phillip S. Schoenfeld , MD , MEd , MSc (Epi) , FACP 1 , Carol A. Burke , MD , FACP 1 and John M. Inadomi , MD , FACP, American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008, Am J Gastroenterol 2009; 104:739 – 750; doi: 10.1038/ajg.2009.104; published online 24 February 2009.

²³ Pilonis ND, Bugajski M, Wieszczy P, Rupinski M, Pawlak E, Regula J, Kaminski MF. Participation in Competing Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Randomized Health Services Study (PICCOLINO Study). Gastroenterology. 2021 Mar;160(4):1097-1105. doi: 10.1053/j.gastro.2020.11.049. Epub 2020 Dec 9. PMID: 33307024. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33307024>)

Profilaktyki Nowotworów i Kliniki Gastroenterologii Onkologicznej z Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie interwał ten może zostać znacznie wydłużony.²⁴

Zgodnie z wytycznymi American College of Physicians zaleca się, aby lekarze przeprowadzali zindywidualizowaną ocenę ryzyka raka jelita grubego u wszystkich dorosłych. Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego u osób dorosłych o średnim ryzyku, zaleca się, aby były wykonywane w osób od 50. roku życia, oraz u dorosłych z grupy wysokiego ryzyka, począwszy od 40. roku życia lub u osób o 10 lat młodszych niż wiek, w którym u najmłodszego chorego krewnego zdiagnozowano raka jelita grubego.²⁵

Obciążający wywiad rodzinny, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej 2013-2020, stanowi wskazanie do wykonania kolonoskopii w związku ze zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka jelita grubego. Wywiad rodzinny ukierunkowany powinien być na pozyskanie następujących informacji: liczba krewnych pierwszego stopnia z rozpoznaniem rakiem jelita grubego (zachorowanie przed 60. rokiem życia i powyżej 60. roku życia), występowanie Zespołu Lyncha, występowanie rodzinnej polipowatości gruczolakowatej (FAP).²⁶

Kolejne odnalezione dowody naukowe prezentowane przez US Preventive Services Task Force (USPSTF), wskazują, na zasadne wykonywanie kolonoskopii po 50 r.ż. w populacji bezobjawowej. W odnalezionych wytycznych wskazano, iż górna granica do wykonania badania to 75 lat. Rekomendacje USPSTF 2016 wskazują, że kolonoskopia w populacji bezobjawowej u osób będących w wieku 76-85 lat może być wykonywana. Decyzja o wykonaniu badania powinna być podejmowana indywidualnie, z uwzględnieniem ogólnego stanu zdrowia.²⁷

Planowany do realizacji Program jest spójny merytorycznie ze świadczeniami gwarantowanymi w zakresie diagnostyki raka jelita grubego w ramach Programu badań przesiewowych raka jelita grubego, który finansowany będzie przez Narodowy Fundusz

²⁴ Nastazja Dagny Pilonis, MD, Marek Bugajski, MD, PhD, Paulina Wieszczy, MSc, Robert Franczyk, MD, Joanna Didkowska, PhD, Urszula Wojciechowska, PhD, Malgorzata Pisera, PhD, Maciej Rupinski, MD, PhD, Jaroslaw Regula, MD, PhD, Michal Filip Kaminski, MD, PhD, Long-Term Colorectal Cancer Incidence and Mortality After a Single Negative Screening Colonoscopy, <https://doi.org/10.7326/M19-2477>

²⁵ Amir Qaseem, MD, PhD, MHA, Thomas D. Denberg, MD, PhD, Robert H. Hopkins Jr., MD, Linda L. Humphrey, MD, MPH, Joel Levine, MD, Donna E. Sweet, MD, Paul Shekelle, MD, PhD, „Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement From the American College of Physicians”; <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-5-201203060-00010>, Annals of Internal Medicine.

²⁶ <https://ptok.pl/aktualne-zalecenia-i-standardy>, dostęp z dnia 21.02.2022 r.

²⁷ Knudsen AB, Rutter CM, Peterse EFP, et al. Colorectal Cancer Screening: An Updated Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 May. (Technical Report, No. 202s.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570833/>

Zdrowia. Program, z uwagi na komponent edukacyjny, stanowić będzie wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu świadczeń gwarantowanych.

3.4 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu

Wybór realizatora Programu przeprowadzony zostanie zgodnie z zapisami art. 48b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w drodze konkursu ofert.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego będzie realizowany w systemie oportunistycznym.

Rejestracja do Programu

Do badań kwalifikowane będą osoby, które samodzielnie zgłoszą się do realizatora (badania bez zaproszenia). Potencjalni uczestnicy Programu będą mieli możliwość zgłoszenia się do Programu telefonicznie. Podczas rejestracji zostanie przeprowadzona wstępna kwalifikacja do Programu.

Etapy Programu:

I. Działania informacyjno - edukacyjne skierowane do populacji województwa podlaskiego możliwej do włączenia do Programu:

Działania informacyjno-edukacyjne mające na celu zwiększenie zgłaszalności do Programu, skierowane do osób w grupach wieku objętych Programem.

W ramach Programu zostanie przeprowadzona:

- kampania informacyjna w lokalnych mediach (TV, radio),
- informacje na stronach internetowych realizatora oraz na portalu informacyjnym Województwa Podlaskiego,
- informacje w portalach społecznościowych.

II. Działania edukacyjne skierowane do populacji włączonej do Programu:

Poziom ten obejmuje następujące działania:

- wyrażenie zgody na udział w Programie;
- zapoznanie się z treścią oraz wypełnienie formularzy, ankiet oraz oświadczeń, takich jak m.in.:
 - deklaracja uczestnictwa,
 - formularz zgłoszeniowy,
 - oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych,
 - wykonanie ankiety pre-test, mającej na celu ocenę poziomu wiedzy na temat raka jelita grubego,
 - przeprowadzenie edukacji zdrowotnej,
 - oświadczenie o uczestnictwie w poradzie edukacyjnej (potwierdzenie uzyskania edukacji zdrowotnej),
 - wykonanie ankiety post-test, mającej na celu ocenę poziomu wiedzy na temat raka jelita grubego,
 - ankieta dotycząca aktualnego stanu zdrowia, klasyfikująca do wykonania badania przesiewowego,
- zapoznanie pacjenta ze sposobem przygotowania się do badania kolonoskopowego.

Działania edukacyjne w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego, skierowane do osób, które zakwalifikują się do Programu.

Przeprowadzone będą podczas pierwszej wizyty przez osobę posiadającą stosowne kwalifikacje, np. m.in.: edukator zdrowotny, pielęgniarka, mgr zdrowia publicznego. Celem edukacji będzie zwiększenie poziomu wiedzy na temat wczesnych objawów choroby oraz czynników ryzyka sprzyjających zachorowaniu na raka jelita grubego takich jak m.in.: nieprawidłowa dieta, brak aktywności fizycznej, stosowanie używek, czynniki rodzinne, itp.

III. Działania konsultacyjno - diagnostyczne:

- a) konsultacja anestezyjologiczna obejmująca:
 - przeprowadzenie wywiadu anestezyjologicznego,
 - analiza wskazań lub przeciwwskazań do znieczulenia anestezyjologicznego na podstawie przeprowadzonej ankiety anestezyjologicznej,

- wydanie skierowania na wykonanie badań takich jak: morfologia ogólna, badanie EKG,
 - wyrażenie zgody na wykonanie znieczulenia anestetycznego podczas wykonania badania kolonoskopowego,
 - przekazanie preparatu do oczyszczania jelit wraz z instrukcją przygotowania.
- b) badanie profilaktyczne - kolonoskopia w znieczuleniu anestetycznym:

W dniu badania pacjent dostarcza wyniki badań zleconych podczas konsultacji anestetycznej oraz wyraża pisemną zgodę na wykonanie badania kolonoskopowego.

Następnie w ramach Programu wykonywana będzie pełna kolonoskopia z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauchina. Badanie kolonoskopowe, w zależności od potrzeb, będzie obejmowało również:

- pobranie wycinków z nacieku nowotworowego lub zmian podejrzanych o charakter nowotworowy,
- usunięcie polipów wielkości do 15 mm.

Usunięte polipy i wycinki poddawane będą badaniu histopatologicznemu we współpracujących z podmiotem leczniczym pracowniach endoskopowych. Jeśli wielkość polipów będzie wynosiła 15 mm lub więcej lub ich liczba będzie duża (10 lub więcej) to osoby te staną się pacjentami leczonymi w ramach systemu finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Po zakończeniu badania pacjent otrzyma wynik oraz wydane zostaną zalecenia lekarskie, co do dalszego postępowania. W przypadku nieprawidłowego wyniku, pacjent skierowany zostanie do dalszej diagnostyki oraz leczenia poza programem, do podmiotu leczniczego realizującego świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Badania kolonoskopowe przesiewowe wykonywane będą w takich godzinach, aby nie ograniczały dotychczasowej działalności diagnostycznej i terapeutycznej podmiotu leczniczego oraz aby nie kolidowały z harmonogramem realizacji dotychczas wykonywanych badań kolonoskopowych.

Dostęp do nieodpłatnego badania w znieczuleniu anestetycznym będzie zapewniony dla każdego pacjenta, który nie będzie miał przeciwwskazań medycznych i wyrazi chęć skorzystania z tego rodzaju badania. W sytuacji, gdy pacjent będzie miał

przeciwwskazania do wykonania znieczulenia anestetycznego zostanie wykonana kolonoskopia bez znieczulenia.

Cała dokumentacja medyczna dotycząca Programu będzie gromadzona i przechowywana w jednym wyznaczonym miejscu w podmiocie realizującym Program.

3.5 Sposób zakończenia udziału w Programie

W sytuacji stwierdzenia braku nieprawidłowości w obrębie jelita grubego na podstawie przeprowadzonej konsultacji lekarskiej oraz badania kolonoskopowego uczestnik Programu otrzyma wynik, co jest równoznaczne w zakończeniu udziału w Programie.

W przypadku nieprawidłowości stwierdzonych podczas ww. badania uczestnik Programu otrzyma wynik badania kolonoskopowego oraz zalecenia od lekarza specjalisty, co do dalszego postępowania. Po otrzymaniu skierowania na dalszą diagnostykę i/lub leczenie w placówce specjalistycznej, realizującej tego typu świadczenia, która ma zawartą umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, uczestnik kończy udział w programie polityki zdrowotnej.

Uczestnik może zrezygnować z udziału w Programie, po uprzednim poinformowaniu lekarza o możliwych konsekwencjach.

3.6 Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

a) Odpowiednio wyszkolony personel (lekarz gastroenterolog i/lub endoskopista, pielęgniarka endoskopowa), w tym:

każdy z lekarzy zaplanowanych do wykonywania badań powinien posiadać:

A- Dyplom Umiejętności PTGE z kolonoskopii, lub

B- Dyplom Umiejętności TChP, lub

C- specjalizację z gastroenterologii.

b) lekarz anestezjolog, pielęgniarka anestezjologiczna,

c) oświadczenie podmiotu leczniczego o współpracy z pracownią endoskopową,

d) odpowiedni sprzęt endoskopowy, w tym:

- co najmniej 3 videokolonoskopy,
- sprzęt do polipektomii (diatermia i pętle diatermiczne),
- sprzęt do tamowania krwawienia (beamer argonowy i/lub klipsownica),

- myjnia do dezynfekcji endoskopów,
 - igły endoskopowe oraz jednorazowe zestawy do tatuażu,
 - insuflator CO₂,
- e) posiadanie co najmniej jednego komputera z drukarką i dostępem do Internetu w pracowni endoskopowej,
- f) posiadanie biura administracyjnego z linią telefoniczną, komputerem z drukarką i dostępem do Internetu, adresem mailowym założonym dla celów realizacji Programu.

4. Sposób monitorowania i ewaluacji Programu

Monitoring Programu prowadzony będzie poprzez ocenę zgłaszalności w formie kwartalnych raportów, ocenę jakości podjętych interwencji w Programie – na podstawie ankiet satysfakcji uczestników z udziału w Programie oraz ocenę efektywności Programu – porównanie stanu końcowego ze stanem wyjściowym.

Wskaźniki do monitorowania

1. Liczba osób włączonych do Programu,
2. Liczba osób, u których zdiagnozowano raka jelita grubego we wczesnym stadium zaawansowania,
3. Liczba osób z populacji docelowej, u których wykonano badanie przesiewowe (kolonoskopię diagnostyczną),
4. Liczba osób, u których wykonano kolonoskopię z biopsją,
5. Liczba osób, u których wykonano kolonoskopię z polipektomią,
6. Liczba uczestników, których w związku z wynikiem badania przesiewowego skierowano do dalszej diagnostyki poza programem,
7. Liczba osób, które nie zostały objęte Programem ze względu przeciwwskazań lekarskich,
8. Liczba wykrytych nowotworów jelita grubego, które zostały potwierdzone histopatologicznie,
9. Liczba osób, u których nie zweryfikowano podejrzeń zmian nowotworowych,
10. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie,
11. Poziom wiedzy z zakresu postaw prozdrowotnych przeciwdziałających i zapobiegających zachorowaniom na nowotwory jelita grubego, w tym czynników

ryzyka jego powstania oraz wczesnych objawów w momencie włączenia do Programu i po zakończeniu udziału w Programie;

12. Wartość współczynnika umieralności z powodu raka jelita grubego w województwie podlaskim.

Ewaluacja końcowa (wyniku) sporządzona zostanie po zakończeniu Programu przez realizatora. Ewaluacja będzie opierała się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Faktyczna ocena realizacji Programu możliwa będzie w perspektywie wieloletniej w oparciu o dane epidemiologiczne dotyczące zachorowalności i umieralności na raka jelita grubego wśród mieszkańców województwa podlaskiego.

5. Budżet Programu

Okres realizacji Programu zaplanowano na 24 miesiące, a realizowany będzie w latach 2023-2025.

W Programie zaplanowano następujące rodzaje kosztów:

- działania edukacyjne (akcje promocyjno-informacyjne w lokalnych mediach, edukacja osób zakwalifikowanych do Programu) – 30 000,00 zł,
- działania edukacyjne w zakresie czynników ryzyka raka jelita grubego, skierowane do osób, które zakwalifikują się do Programu – 190 000,00 zł
- badanie kolonoskopowe (preparat do oczyszczenia jelita grubego, wynagrodzenie lekarza gastroenterologa/endoskopisty, wynagrodzenie pielęgniarki endoskopowej, badanie histopatologiczne, jednorazowe materiały medyczne, dezynfekcja sprzętu) – 1 640 000,00 zł – koszt wykonania jednego badania 820,00 zł. Ponadto w budżecie Programu (Zadanie nr 2 - Badanie kolonoskopowe) uwzględnia się ok. 5% wartości budżetu przeznaczonego na wykonanie badań kolonoskopowych na wykonanie powtórnego badania (jednokrotnie) w sytuacji konieczności przerwania go z powodu nieodpowiedniego przygotowania się przez pacjenta,
- usługa zdrowotna – opieka anestetyczna (ankieta anestetyczna, wynagrodzenie lekarza anestezjologa/pielęgniarki anestetycznej, badania kontrolne, leki

znieczulające) – 760 000,00 zł – koszt pojedynczej usługi zdrowotnej 380,00 zł;

- koordynacja Programu – 120 000,00 zł – 5 000 zł/miesiąc,
- monitoring i ewaluacja – 2 000,00 zł.

Założeniem Programu jest edukacja oraz przeprowadzenie badania przesiewowego, jakim jest badanie kolonoskopowe. Niemniej jednak należy pamiętać, że zakres interwencji może się różnić u poszczególnych uczestników Programu, w zależności od ewentualnych nieprawidłowości stwierdzonych w trakcie badania kolonoskopowego (np. stwierdzenie polipów, nacieków), co powoduje, iż w budżecie konieczne było ujęcie uśrednionej wartości badania - koszt badania może wynieść maksymalnie 820,00 zł. Na etapie tworzenia Programu nie można przewidzieć, u jakiej liczby uczestników konieczne będzie np. pobieranie wycinków do badania histopatologicznego, dlatego też konieczne jest uśrednienie kosztu jednego badania kolonoskopii. Analogiczna sytuacja dotyczy usługi zdrowotnej – opieki anestezyjologicznej, w zakresie oszacowania kwoty znieczulenia anestezyjologicznego. W niektórych przypadkach może zaistnieć konieczność podania większej dawki leków znieczulających, dlatego też dokonano uśrednienia stawki, która wynosi 380,00 zł i uwzględnia również wywiad anestezyjologiczny.

Rodzaj kosztu	Liczba	Wartość
ZADANIE 1 - Działania edukacyjne		
działania edukacyjno-promocyjne		30 000,00
edukacja osób zakwalifikowanych do Programu	2000	190 000,00
ZADANIE 2 - Badanie kolonoskopowe	2000	1 640 000,00
ZADANIE 3 - Usługa zdrowotna - opieka anestezyjologiczna	2000	760 000,00
ZADANIE 4 - Koordynacja PPZ	24	120 000,00
ZADANIE 5 – Monitorowanie i ewaluacja		2 000,00
Całkowity koszt programu		2 742 000,00

Koszty całkowite przewidziane na realizację Programu podzielono przez szacowaną liczbę osób, które z niego skorzystają.

Średni koszt na uczestnika	1 371,00 zł
Koszty całkowite programu	2 742 000,00 zł
Koszt roczny PPZ	
2023 r.	685 000,00 zł
2024 r.	1 370 000,00 zł
2025 r.	687 000,00 zł

Źródła finansowania:

Planuje się pozyskanie środków finansowych z następujących źródeł publicznych: budżet województwa podlaskiego, Narodowy Fundusz Zdrowia, środki europejskie.

6. Spis tabel

Tabela 1 Zachorowalność oraz umieralność z powodu nowotworów jelita grubego w Polsce oraz województwie podlaskim w 2019 r.	11
Tabela 2 Zachorowania na nowotwory jelita grubego wg powiatów w woj. podlaskim w latach 2015-2018.....	14
Tabela 3 Umieralność na nowotwory jelita grubego wg powiatów w woj. podlaskim w latach 2015-2018.....	15

7. Spis rysunków

Rysunek 1 Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe jelita grubego oraz udział w ogóle zachorowań na nowotwory złośliwe według płci w województwie podlaskim w 2019 r.	12
Rysunek 2 Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych jelita grubego oraz udział w ogóle zachorowań na nowotwory złośliwe według płci w województwie podlaskim w 2019 r.	12
Rysunek 3 Ranking problemów zdrowotnych wg wskaźnika DALY w województwie podlaskim w latach 1999, 2009, 2019	13

8. Bibliografia

1. B. Wojtyniak, P. Goryński, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2020, s. 247
2. J. Ditkowska, U. Wojciechowska, P. Olasek, F. C. dos Santos, I. Michałek „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku”, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2021
3. <http://onkologia.org.pl/okreznica/>
4. J. Ditkowska, U. Wojciechowska, P. Olasek, F. C. dos Santos, I. Michałek „Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku”, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2021
5. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf
6. <http://onkologia.org.pl/>
7. A. Kubiak, W. Kycler, M. Trojanowski, Epidemiologia i profilaktyka raka jelita grubego w Polsce, Probl Hig Epidemiol 2014, 95(3): 636-642
8. <http://onkologia.org.pl/nowotwory-genetyczne/>
9. https://www.onkonet.pl/dp_npp_rakokreznicy.php
10. <http://onkologia.org.pl/jelito-grube/>
11. <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/chorobynowotworowe/88022,rak-jelita-grubego>
12. <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/rak-jelita-grubego-zabojca-ktorego-dziedziczymy-w-genach,6148,n,3712>
13. <https://www.medicover.pl/o-zdrowiu/rak-jelita-grubego-zabojca-ktorego-dziedziczymy-w-genach,6148,n,3712>
14. https://www.medme.pl/artykuly/tradycyjne-i-nowoczesne-metody-leczenia-raka-jelita-grubego,64746.html?utm_source=google&utm_medium=Adwords&utm_campaign=39949557245&utm_term=&gclid=EAIaIQobChMI8K6h3JH39QIVhs3ICh3pyQvyEAAYASAAEgKUp_D_BwE
15. http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2019.pdf
16. <https://puw.bip.gov.pl/wojewodzki-plan-transformacji-wojewodztwa-podlaskiego/wojewodzki-plan-transformacji-wojewodztwa-podlaskiego-na-lata-2022-2026.html>
17. U. Wojciechowska, J. Didkowska. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 10/02/2022.
18. <https://basiw.mz.gov.pl/index.html#/visualization?id=3705>, dostęp dnia 24.02.2022 r.
19. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/epidemiologia/epidemiologia-wersja-polska-gbd/>
20. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>

21. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso>
22. Douglas K. Rex , MD , FACG 1 , David A. Johnson , MD , FACG 1 , Joseph C. Anderson , MD 1 , Phillip S. Schoenfeld , MD , MSc (Epi) , FACP 1 , Carol A. Burke , MD , FACP 1 and John M. Inadomi , MD , FACP, American College of Gastroenterology Guidelines for Colorectal Cancer Screening 2008, *Am J Gastroenterol* 2009; 104:739 – 750; doi: 10.1038/ajg.2009.104; published online 24 February 2009.
23. Pilonis ND, Bugajski M, Wieszczy P, Rupinski M, Pisera M, Pawlak E, Regula J, Kaminski MF. Participation in Competing Strategies for Colorectal Cancer Screening: A Randomized Health Services Study (PICCOLINO Study). *Gastroenterology*. 2021 Mar;160(4):1097-1105. doi: 10.1053/j.gastro.2020.11.049. Epub 2020 Dec 9. PMID: 33307024. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33307024>)
24. Nastazja Dagny Pilonis, MD, Marek Bugajski, MD, PhD, Paulina Wieszczy, MSc, Robert Franczyk, MD, Joanna Didkowska, PhD, Urszula Wojciechowska, PhD, Małgorzata Pisera, PhD, Maciej Rupinski, MD, PhD, Jarosław Regula, MD, PhD, Michał Filip Kaminski, MD, PhD, Long-Term Colorectal Cancer Incidence and Mortality After a Single Negative Screening Colonoscopy, <https://doi.org/10.7326/M19-2477>
25. Amir Qaseem, MD, PhD, MHA, Thomas D. Denberg, MD, PhD, Robert H. Hopkins Jr., MD, Linda L. Humphrey, MD, MPH, Joel Levine, MD, Donna E. Sweet, MD, Paul Shekelle, MD, PhD, „Screening for Colorectal Cancer: A Guidance Statement From the American College of Physicians”; <https://doi.org/10.7326/0003-4819-156-5-201203060-00010>, *Annals of Internal Medicine*.
26. <https://ptok.pl/aktualne-zalecenia-i-standardy>, dostęp z dnia 21.02.2022 r.
27. Knudsen AB, Rutter CM, Peterse EFP, et al. Colorectal Cancer Screening: An Updated Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2021 May. (Technical Report, No. 202s.) Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570833/>