

PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ

STRONA TYTUŁOWA

AKCEPTUJĘ

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy

Profilaktyka nowotworów skóry

pod nazwą: **Znamiona pod lupą**²⁾

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych
Urzędu Miejskiego Wrocław
ul. G. Zapolskiej 4
Wrocław
Tel. 71 777 7760. Fax 71 777 79 94

Rekomendacja nr 7/2020 Prezesa AOTMiT z dnia 30 listopada 2020 roku

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

Wrocław, 2022

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

²⁾ Tytuł korespondujący z treścią programu polityki zdrowotnej dopasowany do zdefiniowanych celów oraz działań zaplanowanych w ramach programu polityki zdrowotnej.

SPIS TREŚCI

1	Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
1.1	Opis problemu zdrowotnego	3
1.2	Dane Epidemiologiczne	5
1.3	Opis obecnego postępowania	7
1.3.1	Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu –wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania	7
2	Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	10
1.4	Cel główny	10
1.5	Cele szczegółowe	10
1.6	Mierniki efektywności realizacji PPZ	11
3	Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji	11
1.7	Populacja docelowa	11
1.8	Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	13
1.9	Planowane interwencje	14
1.10	Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	17
1.11	Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	17
4	Organizacja programu polityki zdrowotnej	18
1.12	Etapy PPZ i działania podejmowane w ramach etapów	18
1.13	Warunki realizacji PPZ dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	19
5	Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	20
1.14	Monitorowanie	20
1.15	Ewaluacja	21
6	Budżet programu polityki zdrowotnej	21
1.16	Koszty jednostkowe	21
1.17	Koszty całkowite	22
1.18	Źródła finansowania	22
7	Bibliografia	22
8	Załączniki	26

1 OPIS CHOROBY LUB PROBLEMU ZDROWOTNEGO I UZASADNIENIE WPROWADZENIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.1 OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

Raki skóry stanowią niejednorodną grupę nowotworów pochodzenia nabłonkowego i zajmują pierwsze miejsce w statystyce onkologicznych chorób skóry. Najczęściej występuje: rak podstawnocomórkowy, kolczystocomórkowy oraz czerniak (MP 2014).

Najważniejszym elementem pozwalającym na wczesne rozpoznanie choroby jest badanie skóry, które powinno być wykonywane przez każdego lekarza podczas wizyty chorego w ambulatorium lub w trakcie hospitalizacji. Zasadą badania jest ocena skóry całego ciała w dobrym oświetleniu z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych (głowa, stopy, przestrzenie międzypalcowe, okolice narządów płciowych i odbytu). Badaniem wykorzystywanym we wstępnej diagnostyce, jest dermoskopia (dermatoskopia). Najprostsza technika dermoskopowa, tzw. trzypunktowa skala dermoskopowa wg Argenziano, opiera się na podejrzeniu klinicznym czerniaka w przypadku spełnienia dwu z trzech następujących kryteriów: asymetryczny rozkład struktur w obrębie zmiany, atypowa siatka barwnikowa, niebiesko-biały welon. Inne metody analizy dermoskopowej, w tym metoda dermoskopowa ABCD, analiza wzorca, skala siedmiopunktowa, metoda Menziesa lub algorytm CASH (color, architecture, symmetry, homogeneity), charakteryzuje porównywalna czułość przy nieco większej swoistości. Należy podkreślić, że te systemy oceny dermoskopowej nie znajdują zastosowania w ocenie zmian w „lokalizacjach szczególnych”, w tym zmian na skórze dłoni i stóp, na skórze owłosionej głowy, skórze twarzy lub błonach śluzowych jamy ustnej oraz narządów płciowych. W takich przypadkach niezbędne jest zastosowanie algorytmów dermoskopowych, opracowanych odrębnie dla specyfiki skóry w każdej lokalizacji (PTOK 2019).

Najważniejszymi czynnikami rokowniczymi u chorych na czerniaki skóry bez przerzutów są grubość (wg Breslowa) i obecność owrzodzenia ogniska pierwotnego. Obecnie stwierdzono również istotne znaczenie rokownicze określenia liczby oraz mikrosatelitozy jako składnika cechy N. Czynniki te znalazły zastosowanie w definiowaniu systemu TNM (Szczeklik 2017).

Podejrzenie czerniaka skóry mogą nasuwać zmiany skóry, które rozwinęły się de novo lub na podłożu znamienia barwnikowego (zgrubienie, zmiana powierzchni, zabarwienia i brzegów lub wystąpienie swędzenia i/lub krwawienia). Kliniczne objawy są niekiedy grupowane w systemach mających ułatwić rozpoznawanie. Najbardziej znany jest system ABCDE, używany obecnie głównie do celów dydaktycznych, gdyż pozwala na identyfikację jedynie części czerniaków. Nie może on jednak służyć

jako (przesiewowe) narzędzie diagnostyczne w praktyce klinicznej. System ABCDE nie pozwala na właściwe zakwalifikowanie około 50% czerniaków, w tym w szczególności czerniaków wczesnych (<5 mm), czerniaków guzkowych (które zazwyczaj nie wykazują heterogenności barw i nieregularności brzegu) oraz czerniaków bezbarwnikowych, a także zmian w obrębie skóry owłosionej głowy. Cienkie czerniaki (<1 mm grubości wg Breslowa) są przeważnie wykrywane w czasie badania lekarskiego, natomiast bardzo rzadko przez chorego lub członków rodziny^{3 4}.

Tabela 1. Obraz kliniczny czerniaka w oparciu o system ABCDE

Kryteria ABCDE	Opis
A (asymmetry)	asymetria (czerniak jest asymetryczny względem każdej osi w odróżnieniu do łagodnych zmian, które zwykle są okrągłe lub owalne, a także prezentuje obraz nieregularny, złożony z wyniosłości określanych mianem wysp).
B (borders)	brzegi nierówne i postrzępione.
C (color)	kolor różnorodny (od jasnobrązowego po czarny, stalowy) z nierównomiernym rozkładem barwnika, często z jego punktowymi depozytami (szczególnie dobrze widoczne w badaniu dermatoskopowym).
D (diameter)	średnica większa niż 5 mm lub (dynamics) dynamika zmian morfologicznych w guzie.
E (elevation lub evolution)	uwypuklenie powierzchni ponad poziom otaczającego zmianę naskórka. Cienkie czerniaki (grubość ≤1 mm wg Breslowa) nie tworzą wyczuwalnego palpacyjnie zgrubienia w porównaniu z prawidłową skórą w otoczeniu zmiany. Ważniejsze od uwypuklenia zmiany pierwotnej jest powiększanie średnicy.

Czerniak nacieka coraz głębsze warstwy skóry oraz daje przerzuty do skóry w bliższym lub dalszym sąsiedztwie guza pierwotnego (ogniska satelitarne i przerzuty in-transit), węzłów chłonnych, a także przerzuty odległe drogą naczyń chłonnych lub krwionośnych. Lepiej rokuje czerniaki rozwijające się na kończynach niż na tułowie⁵.

³ Rutkowski P., Wysocki PJ., Nasierowska-Guttmejer A. et al. (2019). Cutaneous melanomas. *Oncol Clin Pract* 15.

⁴ Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (2019). Czerniaki skóry. Wytyczne postępowania diagnostyczno-terapeutycznego. Pozyskano z: http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_09_Czerniaki_skory_20190517.pdf, dostęp z 06.05.2020

⁵ Krzakowski M., Krzemieniecki K. (2017). *Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna*, Kraków: 2332-2336

Do oceny zaawansowania miejscowego, mającego podstawowe znaczenie dla rokowania, stosuje się metodę Breslowa, polegającą na pomiarze grubości nacieku czerniaka w skali metrycznej. Ponadto mikroskopowo ocenia się obecność owrzodzenia i aktywność mitotyczną czerniaka (są to ważne czynniki rokownicze). Cechy zmiany skórnej nasuwające podejrzenie czerniaka: kształt asymetryczny, nieregularny, nierówny rozkład barwy, nierówne brzegi, zmiany w grubości i powierzchni zmiany, wielkość >6 mm, swędzenie⁶

W ramach prewencji zaleca się prowadzenie ścisłego nadzoru dermatologicznego nad pacjentami z genetyczną predyspozycją do zachorowania na raka skóry indukowaną przez promieniowanie UV oraz edukację społeczeństwa na temat właściwego stosowania fotoprotekcji oraz możliwości wczesnego wykrywania nowotworów skóry (PTOK 2018).

Zgodnie z zaleceniami, regularnie, czyli minimum raz do roku, do dermatologa chodzi zaledwie 15% wrocławian. Aż 59% w ogóle nie chodzi na wizyty kontrolne skóry. Jest to bardzo niekorzystny wynik, szczególnie ze względu na coroczny wzrost zachorowalności na czerniaka o 3-7% w skali świata, zaś w Polsce o 2,60% dla mężczyzn i 4,40% dla kobiet (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2018b). Częstość występowania raka skóry gwałtownie rośnie w wielu krajach rozwiniętych (Michielutte, Dignan, Sharp, Boxley, & Wells, 1996). W Polsce każdego roku na czerniaka zapada 3,5 tys. osób, przy czym około 40% wszystkich przypadków tego nowotworu wykrywają lekarze rodzinni (Paculanka, 2017). Niestety, blisko połowa chorych umiera, ponieważ zbyt późno zgłosili się po specjalistyczną pomoc. Natomiast wczesne rozpoznanie i poddanie się leczeniu, daje bardzo duże szanse na wyleczenie.

1.2 DANE EPIDEMIOLOGICZNE

Czerniaki są nowotworami o największej dynamice liczby zachorowań, a jego współczynniki umieralności w 2015 roku osiągały wartość około 2,4/100 tys. u mężczyzn i 1,5/100 tys. u kobiet. Wskaźniki 5-letnich przeżyć wynoszą, we wczesnych postaciach czerniaka 70–95% oraz odpowiednio, 20–70% i 20–30% w stadium regionalnym i zaawansowanym (PTOK 2019).

W 2016 roku w Polsce zgłoszono 6,4 tys. rozpoznań z grupy –czerniak. Na podstawie danych map potrzeb zdrowotnych należy wnioskować, że szczyt zachorowalności na czerniaka przypada na grupę wiekową > 65 r.ż. Wskaźnik zapadalności na tę chorobę w 2016 r. wyniósł 56,2/100 tys. w populacji mężczyzn i 42,5/100 tys. w populacji kobiet. Najmniejszą zapadalność na czerniaka skóry odnotowuje się u osób w wieku poniżej 18 r.ż., u obu płci na poziomie ok. 0,5/100 tys. (MZ 2018).

⁶ Ibidem

Dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują, iż w 2017 roku czerniak znajdował się na drugim miejscu pod względem występowania wśród wszystkich rodzajów nowotworów skóry. Wówczas to, liczba zachorowań na ten typ nowotworu osiągnęła wartość 3785 przypadków w kraju. Natomiast liczba zachorowań na inne nowotwory złośliwe skóry (C44) ukształtowała się na poziomie 13 478 przypadków. Najwyższy wskaźnik zachorowalności odnotowano w województwie pomorskim na poziomie 9,36/100 tys. osób. Zaś najniższą wartość tego wskaźnika zarejestrowano w województwie lubelskim i wyniósł około 6,22/100 tys. (KRN 2020).

Krajowy Rejestr Nowotworów przedstawia także liczbę zgonów wśród Polaków z powodu czerniaka skóry. W latach 2007-2017, odnotowuje się powolny wzrost liczby zgonów z powodu ww. nowotworu skóry. W roku 2017 zanotowano najwyższą, jak dotąd, liczbę zgonów z powodu czerniaka skóry na poziomie 1410 przypadków. W raporcie zaprezentowano również liczbę zgonów z podziałem na województwa z powodu ww. nowotworu. Najwyższą liczbę zgonów zarejestrowano w województwie mazowieckim, na poziomie 238 przypadków. Natomiast najniższą odnotowano w województwie lubelskim w liczbie 28 osób (Didkowska 2019).

W 2019 r. zarejestrowano w Krajowym Rejestrze Nowotworów 171,2 tys. nowych zachorowań na nowotwory. W stosunku do 2018 r. odnotowano niewielki wzrost zachorowań zarówno u kobiet jak i u mężczyzn.

Zgony z powodu nowotworów wystąpiły u 100,3 tys. osób. W porównaniu z 2018 roku liczba zgonów zmniejszyła się o 933 wśród mężczyzn i o 74 u kobiet.

Nowotwory złośliwe stanowią od lat drugą przyczynę zgonów (25,7 % u mężczyzn i 23,2% u kobiet).

W 2019 roku czerniak stanowił 2% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe.

Trendy zachorowalności w ciągu ostatnich 15 lat wskazują tendencje wzrostową jeżeli chodzi o czerniaka skóry i to niezależnie od płci.

Na czerniaka i inne nowotwory złośliwe skóry (C34-C44) w 2019 r. zachorowało 8621 mężczyzn (1749 przypadków to czerniak). Natomiast w grupie kobiet łącznie było 9331 przypadków czerniaka i innych nowotworów złośliwych skóry, w tym samych czerniaków 1940.

Zgonów spowodowanych czerniakiem skóry w 2019 r. było 1464, w tym 788 u mężczyzn i 676 u kobiet.⁷

⁷ Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Paweł Olasek, Irmina Michałek, Florentino Caetano dos Santos, Paweł Olasek, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2019 roku, Warszawa 2021

W 2018 r. w woj. dolnośląskim zarejestrowano 13 762 zachorowań na nowotwory złośliwe (inwazyjne C00-C96 i D00-D09). Natomiast zgonów było 9 046 zgonów, nowotwory złośliwe stanowiły przyczynę 27,4% spośród wszystkich 32.991 zgonów.

Na czerniaka złośliwego na Dolnym Śląsku zachorowało 250 osób, w tym 124 mężczyzn i 126 kobiet. Natomiast we Wrocławiu były to 63 osoby, w tym odpowiednio 26 mężczyzn i 37 kobiet.⁸

W roku 2019 na czerniaka złośliwego na Dolnym Śląsku zachorowały już 262 osoby w tym 126 mężczyzn i 136 kobiet. Natomiast we Wrocławiu były to 92 osoby, w tym odpowiednio 44 mężczyzn i 48 kobiet.⁹

1.3 OPIS OBECNEGO POSTĘPOWANIA

1.3.1 Aktualne postępowanie w ocenianym zagadnieniu –wskazanie dostępnych technologii medycznych i stan ich finansowania

Na podstawie Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 rok, poz. 357 z póź. zm.)¹⁰ aktualnie dostępne są świadczenia gwarantowane w analizowanej tematyce przedstawione w poniższych tabelach (Tabela 2, Tabela 3, Tabela 4):

Tabela 2. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych – dermatologia i wenerologia (załącznik nr 1 do ww. Rozporządzenia)
Porada specjalistyczna-dermatologia

i wenerologia

Personel	1) Lekarz specjalista w dziedzinie dermatologii i wenerologii albo 2) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie dermatologii i wenerologii,
-----------------	--

⁸ Elżbieta Chwieralska, Kamila Kępska, Elżbieta Lipska, Małgorzata Modrzejewska, Jerzy Błaszczyk, NOWOTWORY ZŁOŚLIWE W WOJ. DOLNOŚLĄSKIM W ROKU 2018, Wrocław 2021

⁹ Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. 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 31.03.2022 r.

¹⁰ MZ, (2020). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357). Pozyskano z:<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20160000357/O/D20160357.pdf> dostęp z 04.05.2020

	albo 3) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie dermatologii.
Wypożyczenie sprzętu i aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: 1) mikroskop optyczny, 2) dermatoskop 3) zestaw do pobierania wycinków.
Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, 2) USG, 3) elektrokoagulacji, 4) kriochirurgii, 5) światłolecznictwa terapeutycznego (kabina lub płyta emitująca promieniowanie UVA, UVB lub UVA1 do fototerapii lub fotochemioterapii).

Tabela 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych w przypadku porad specjalistycznych –onkologia (załącznik nr 1 do ww. Rozporządzenia)

Porada specjalistyczna - onkologia	Personel	1) Lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, lub radioterapii, lub radioterapii onkologicznej, lub chemioterapii nowotworów albo 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej, lub ginekologii onkologicznej, lub radioterapii onkologicznej.
	Wypożyczenie w sprzęt i aparaturę medyczną	1) W lokalizacji: USG.
	Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych 2) RTG, 3) mammografii, 4) dermatoskopii.

Rekomendowane i nierekomendowane technologie medyczne, działania, warunki realizacji

W ramach wyszukiwania odnaleziono rekomendacje kliniczne następujących organizacji:

- American Academy of Dermatology (AAD) 2020
- Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (PTOK) 2019
- The Australasian College of Dermatologists (ACD) 2019
- European Society for Medical Oncology (ESMO) 2019
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2018
- The Royal Australian College of General Practitioners (RAGCP) 2018
- Cancer Council Australia (CCA) 2017
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2017
- U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) 2016
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2016a
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2016b
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2015a
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2015b
- Polskie Towarzystwo Dermatologów (PTD) 2015
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2014
- British Association of Dermatologists (BAD) 2010

2. Wnioski z odnalezionych rekomendacji

- Działaniami profilaktycznymi z zakresu raka skóry powinna zostać objęta cała populacja, ze względu na wszechobecny czynnik ryzyka jakim jest promieniowanie UV (AAD 2020, ACD 2019, PTOK 2019, ESMO 2019, USPSTF 2018, RAGCP 2018, CCA 2017, SIGN 2017, USPSTF 2016, NICE 2016a, NICE 2016b, PTD 2015, NICE 2015a, NICE 2015b, SIGN 2014, BAD 2010). Szczególną uwagę, podczas planowania działań profilaktycznych, należy zwrócić na osoby o jasnej karnacji, o dużej ekspozycji na światło słoneczne oraz posiadające znamiona w znacznej ilości (>100) (AAD 2020, ACD 2019, USPSTF 2018, CCA 2017, NICE 2016a, USPSTF 2016, BAD 2010).
- W 7 rekomendacjach zaleca się, aby działaniami profilaktycznymi objąć w szczególności dzieci z uwagi na ich wrażliwość na promieniowanie ultrafioletowe i tendencję do występowania poparzeń słonecznych (ACD 2019, USPSTF 2018, RAGCP 2018, CCA 2017, USPSTF 2016, NICE 2016a, BAD 2010).
- W większości rekomendacji wskazuje się na potrzebę prowadzenia edukacji zdrowotnej w zakresie ochrony przed promieniowaniem UV, czynników ryzyka i bezpośrednich skutków

zdrowotnych związanych z nowotworami skóry (ADA 2020, ACD 2019, ESMO 2019, USPSTF 2018, RAGCP 2018, SIGN 2017, USPSTF 2016, Nice 2016a, NICE 2016b, NICE 2015a, PTSD 2015, SIGN 2014, BAD 2010).

- W ramach edukacji należy także prowadzić szkolenia z zakresu samokontroli znamion. Pacjent powinien zostać poinformowany na temat istoty prowadzenia samokontroli znamion, które przejawiają cechy zmiany nowotworowej. Docelową metodą prowadzenia samokontroli znamion i pieprzyków jest tzw. metoda ABCDE (PTOK 2019, ESMO 2019, RAGCP 2018, SIGN 2017, USPSTF 2016, BAD 2010).
- W 9 rekomendacjach zaleca się, aby lekarz dokonywał kontrolnych oględzin ciała pacjenta. W celu identyfikacji znamion o cechach nowotworowych. Podczas wizyt tych należy przeprowadzić wywiad mający na celu identyfikację osób przejawiających zachowania determinujące podwyższone ryzyko występowania raka skóry, m.in. korzystanie z solariów, nadmierna ilość kąpieli słonecznych lub zawód wymagający pracy w pełnym słońcu (AAD 2020, ESMO 2019, RAGCP 2018, CCA 2017, SIGN 2017, NICE 2016a, PTD 2015, SIGN 2014, BAD 2010).
- W 2 rekomendacjach zaleca prowadzenie szkoleń dla personelu medycznego. Tematyka szkoleń powinna przede wszystkim obejmować: prowadzenie oceny znamion z wykorzystaniem metody ABCDE, czynniki ryzyka wystąpienia raka skóry oraz metod ochrony skóry przed nadmiernym narażeniem na promienie słoneczne (SIGN 2017, NICE 2015a).
- W rekomendacji USPSTF 2016 podano, że brak jest dowodów jednoznacznie wskazujących na potrzebę prowadzenia badań przesiewowych nakierowanych na nowotwory skóry.

2 CELE PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ I MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI JEGO REALIZACJI

1.4 CEL GŁÓWNY

Uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu nowotworów skóry, obejmującej zagadnienia teoretyczne i praktyczne, wśród 50 % uczestników programu.

1.5 CELE SZCZEGÓŁOWE

- 1) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 80 % personelu medycznego w zakresie profilaktyki pierwotnej, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów skóry.

- 2) Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej wśród 50 % mieszkańców Wrocławia w zakresie profilaktyki pierwotnej.
- 3) Zwiększenie liczby osób prowadzących samokontrolę znamion.
- 4) Wczesne wykrycie znamion o cechach nowotworowych poprzez kontrolne oględziny ciała pacjenta przez lekarza dermatologa lub onkologa za pomocą dermatoskopu.

1.6 MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI REALIZACJI PPZ

Cel	Miernik
Główny	Odsetek osób (świadczeniobiorcy i personel medyczny, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób, które wypełniły pre-test.
1)	Odsetek przedstawicieli personelu medycznego, u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób z personelu medycznego, które wypełniły pre-test.
2)	Odsetek odbiorców u których w post-teście odnotowano wysoki poziom wiedzy, względem wszystkich osób które wypełniły pre-test.
3)	Liczba osób decydująca się na prowadzenie samokontroli znamion zgodnie z zasadami zaprezentowanymi w szkoleniach.
4)	Odsetek osób u których wykryto znamiona o cechach nowotworowych w stosunku do wszystkich osób u których wykonano kontrolne oględziny ciała pacjenta przez lekarza dermatologa lub onkologa za pomocą dermatoskopu.

3 CHARAKTERYSTYKA POPULACJI DOCELOWEJ ORAZ INTERWENCJI

1.7 POPULACJA DOCELOWA

Z danych na koniec grudnia 2019 r. wynika, że województwo dolnośląskie zamieszkiwało 2 900,2 tys. osób, co stanowiło 7,6% ogólnej liczby ludności kraju (GUS, 2020d).

W Polsce od kilku lat obserwuje się systematyczny trend spadkowy liczby mieszkańców miast, na rzecz zjawiska suburbanizacji (tzw. „rozlewania się miast”). W kraju, w porównaniu z 2018 roku, miał miejsce dalszy spadek liczby mieszkańców miast – o 34,2 tys. osób, przy jednoczesnym wzroście liczby mieszkańców wsi o 5,6 tys. – sumarycznie zaludnienie Polski zmniejszyło się o 28,6 tys. osób, zaś w województwie dolnośląskim nastąpił również spadek liczby mieszkańców w miastach – o 6,5 tys. osób oraz wzrost na wsi – o 5,4 tys. osób – sumarycznie zaludnienie województwa zmniejszyło się o 1,1 tys. osób, a w porównaniu do 2010 r. nastąpiło zmniejszenie ludności odpowiednio dla Polski o 147,3 tys.

(tj. 0,38%) oraz dla województwa o 17,1 tys. osób (tj. o 0,59%) (GUS, 2020d)..

Według stanu na 30 czerwca 2021 roku, we Wrocławiu, zameldowanych jest **604 675** osób¹¹.

W Polsce z Bazy Rejestru

Program skierowany będzie do mieszkańców Wrocławia.

Zakłada się, że w Programie w każdym roku realizacji **edukacją zdrowotną** prowadzoną przez lekarza dermatologa /onkologa objętych zostanie **około 1200 osób oraz 10 000 osób** edukacją zdrowotną stacjonarną i online.

Interwencja	Opis populacji docelowej
Szkolenia personelu medycznego	Personel medyczny, który ma kontakt z uczestnikami PPZ, a w szczególności osoby realizujące działania informacyjno-edukacyjne
Działania informacyjno-edukacyjne	Osoby przynależące do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka: • osoby o jasnej karnacji, podatnej na występowania poparzeń słonecznych, • znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100), • osoby z wcześniejszą historią raka skóry, • osoby wykonywujące zawody wymagające pozostawania na zewnątrz, w pełnym słońcu
Szkolenia z zakresu samokontroli znamion	Populacja taka jak dla działań informacyjno - edukacyjnych.
Konsultacje lekarza dermatologa/onkologa	Osoby przynależące do grupy wysokiego ryzyka: - znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100),

W związku z ograniczeniami budżetowymi ilość osób, które otrzymają wsparcie będzie dostosowana do posiadanych środków finansowych. Z tego względu o możliwości otrzymania usługi będzie decydować kolejność zgłoszeń.

Konsultacje lekarzy dermatologów/onkologów będą skierowane będą w pierwszej kolejności do grup najbardziej narażonych, to jest zgodnie z zaleceniami National Health Service <http://www.nhs.uk/Conditions/Malignant-melanoma/Pages/Causes.aspx> osób u których w rodzinie były przypadki nowotworów skóry, osób które mają jasną karnację i nie opalają się łatwo, mają wiele piegów, miały wcześniej uszkodzenia skóry spowodowane poparzeniami słonecznymi lub radioterapią, osoby z osłabionym systemem immunologicznym spowodowanym przyjmowanymi lekami lub HIV/AIDS.

¹¹ Dane z Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego Wrocławia

Natomiast z części edukacyjno-informacyjnej (dostęp do strony internetowej programu, aktywność w zakresie profilaktyki zdrowotnej w mediach społecznościowych, materiały w lokalnej tv), mogą korzystać wszyscy mieszkańcy Wrocławia bez względu na płeć, status społeczny i aktywność zawodową.

1.8 KRYTERIA KWALIFIKACJI DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ ORAZ KRYTERIA WYŁĄCZENIA Z PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Jako populację spełniającą kryteria udziału dla danej interwencji w PPZ należy rozumieć osoby spełniające łącznie wszystkie kryteria włączenia przy jednoczesnym braku obecności nawet jednego kryterium wyłączenia.

Etap	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
Szkolenia dla personelu medycznego	personel medyczny zaangażowany w realizację programu, który będzie miał kontakt z świadczeniobiorcami, np.: lekarze, lekarze specjaliści, pielęgniarki, koordynatorzy opieki medycznej.	- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat; - wiedza i doświadczenie w przedmiotowym zakresie na poziomie eksperckim;
Działania informacyjno-edukacyjne	Przynależności do co najmniej jednej z grup wysokiego ryzyka wystąpienia raka skóry, stwierdzona na podstawie deklaracji w formularzu zgłoszeniowym do programu: - osoby o jasnej karnacji, podatnej na występowania poparzeń słonecznych; - znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100); - osoby z wcześniejszą historią raka skóry; - osoby wykonywujące zawody wymagające pozostawania na zewnątrz, w pełnym słońcu	- uczestnictwo w działaniach edukacyjnych obejmujących tę samą tematykę w ciągu poprzednich 2 lat; - pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej
Szkolenia z zakresu samokontroli znamion	Takie jak dla działań informacyjno-edukacyjnych.	- pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej; - przeciwwskazania medyczne (na czas ich

		wystąpienia), np. rany, owrzodzenia, infekcje skórne;
Konsultacje lekarza dermatologa/onkologa	Osoby przynależące do grupy wysokiego ryzyka: • znamiona i pieprzyki w znacznej ilości (>100),	• pozostawianie pod opieką poradni onkologicznej;

1.9 PLANOWANE INTERWENCJE

Działania informacyjno-edukacyjne dla osób z grup wysokiego ryzyka, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka, skutków zdrowotnych oraz metod profilaktycznych nowotworów skóry:

- szkolenia z zakresu samokontroli znamion i pieprzyków dla osób z grupy wysokiego ryzyka
- szkolenia dla personelu medycznego, w ramach których przekazywane będą zalecane metody profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów skóry

Program profilaktyki raka skóry będzie skupiał się w głównej mierze na działaniach edukacyjnych w celu poszerzenia wiedzy społeczeństwa w zakresie czynników ryzyka i skutków zdrowotnych związanych z ww. jednostką chorobową.

W celu zwiększenia wykrywalności nowotworów skóry prowadzone będą szkolenia w populacji podwyższonego ryzyka w zakresie prowadzenia samokontroli znamion i pieprzyków. Odbiorców zapozna się z podstawowymi kryteriami rozpoznawania takich zmian oraz z powszechnie stosowanymi metodami ich oceny m.in. metodą ABCDE.

1. SZKOLENIA DLA PERSONELU MEDYCZNEGO

- W ramach PPZ realizowane są szkolenia w obszarach zgodnych ze zdiagnozowanymi potrzebami. Diagnozy potrzeb dokonuje Rada ds. Programu ([opis Rady przedstawiono w rozdziale „Organizacja PPZ”](#)).
- Formy szkolenia będą dostosowane do potrzeb personelu medycznego, np. szkolenia w formie e-learningu, wykłady, materiały audiowizualne, telekonferencje.
- W ramach szkoleń personel medyczny zapozna się z zalecanymi przez rekomendacje metodami profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia nowotworów skóry, ze szczególnym uwzględnieniem zdiagnozowanych potrzeb w populacji świadczeniobiorców.

2. DZIAŁANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNE:

- Przygotowanie broszur z informacjami na temat programu i istoty działań profilaktycznych nakierowanych na raka skóry w populacji.

- Personel medyczny będzie przekazywać pacjentowi informacje na temat programu oraz istoty działań profilaktyki pierwotnej przeciwko nowotworom skóry.
- Kampania edukacyjno-informacyjnej nakierowana na podniesienie poziomu wiedzy populacji docelowej nt.:
 - głównych czynników zwiększających ryzyko nowotworów skóry, np. nadmierna ekspozycja na światło słoneczne, nadmierne użytkowanie solariów oraz nieużytkowanie środków ochrony przeciwsłonecznej.
 - korzyści wynikających z wdrażania do codziennej praktyki działań profilaktycznych, takich jak prowadzenie regularnych samokontroli znamion,
 - szkód wynikających z nadmiernej ekspozycji na słońce oraz z korzystania z solariów,
 - skutków zdrowotnych nieleczonego raka skóry,
 - konsekwencji zdrowotnych związanych z niestosowaniem środków ochrony przed słońcem.
- Działania informacyjno-edukacyjne będą miały charakter zajęć teoretycznych, w czasie których świadczeniobiorcy pozyskują wiedzę. W celu ciągłego utrwalania wiedzy w populacji, stosowane będą różne środki przekazu. Przykładowymi formami działań edukacyjnych będzie m.in. wykład konwersatoryjny, szkolenie online, warsztaty.
- W przypadku gdy dostępne będą materiały edukacyjne przygotowane przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia, należy w pierwszej kolejności zapoznać się z dostępnymi treściami oraz w miarę możliwości zaadaptować je do indywidualnych potrzeb projektu (przestrzegając przy tym przepisów dot. praw autorskich). Prezentowane treści muszą być rzetelne oraz całkowicie oparte o bieżący stan wiedzy medycznej i epidemiologicznej, np.:
 - materiały edukacyjne sporządzone w ramach „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”,
 - materiały edukacyjne sporządzone w ramach programu ministerialnego „ABCDE samokontroli znamion – ogólnopolski program profilaktyki nowotworów skóry”,
 - materiały edukacyjne sporządzone w ramach europejskiej kampanii społecznej „Euromelanoma”.

3. SZKOLENIA Z ZAKRESU SAMOKONTROLI ZNAMION:

- Szkolenia z zakresu samokontroli znamion będą miały charakter praktycznych warsztatów, w czasie których uczestnicy nabywają i ćwiczą umiejętności.
- Szkolenia będą skupiać się na zapoznaniu uczestników z podstawowymi metodami prowadzenia samokontroli znamion i pieprzyków. Podczas szkoleń należy przedstawić podstawowe cechy znamion o potencjale nowotworowym. Szkolenia z ww. zakresu mogą być zgodne z klinicznymi zasadami oceny znamion m.in. metodą ABCDE lub metodą 7-punktowej oceny.
- Podczas szkolenia należy podkreślić, że nie każde znamię o odmiennym kolorze lub o nieregularnym kształcie jest nowotworem skóry. Należy zalecić uczestnikom, aby w chwili podejrzenia obecności nowotworu skóry udać się do lekarza specjalisty w celu dalszej diagnostyki.
- W ramach szkoleń i edukacji należy odradzać uczestnikom korzystanie z internetowych aplikacji do samokontroli znamion na skórze ze względu na ich stosunkowo niską swoistość i czułość.

4. KONSULTACJE LEKARSKIE POŁĄCZONE Z BADANIEM VIDEODERMATOSKOPEM ZMIAN SKÓRNYCH

- Podczas konsultacji specjalista będzie oglądał skórę całego ciała z uwzględnieniem okolic trudno dostępnych (np. głowa, stopy, przestrzenie międzypalcowe, błony śluzowe),
- Przeprowadzone badanie dermatoskopowe/ wideodermatoskopowe wszystkich znamion będzie dokumentowane (opis, pomiary, fotodokumentacja, uzupełnienie Karty badania profilaktycznego oraz wydanie Informacji dla pacjenta/lekarza rodzinnego),
- Badania diagnostyczne prowadzone w ramach programu stanowią zwiększenie dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do których dostęp jest uzależniony od skierowania od lekarza POZ.
- Pacjent uczestniczący w programie otrzyma od lekarza informację z zaleceniem dalszego postępowania profilaktycznego/ diagnostycznego w ramach świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia np. leczenia chirurgicznego/onkologicznego aby miał zapewnioną kontynuację procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
- Każdy uczestnik otrzyma zalecenia co do dalszego postępowania
- Jedna osoba dorosła może skorzystać z edukacji zdrowotnej oraz konsultacji specjalisty w programie jeden raz w ciągu okresu realizacji projektu.
- Uczestnik otrzyma ankietę badania satysfakcji.

1.10 SPOSÓB UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizatorzy programu wyłonieni zostaną w ramach ogłoszonego konkursu.

Realizatorem programu polityki zdrowotnej będą podmioty lecznicze posiadające kontrakt z NFZ w zakresie dermatologii i wenerologii oraz świadczenia zdrowotne w zakresie dermatologii i wenerologii-diagnostyka onkologiczna.

Interwencje w Programie są uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie dermatologii i wenerologii, poszerzają zakres świadczeń zdrowotnych o dodatkową edukację w zakresie:

- samoobserwacji i samokontroli zmian skórnych oraz znamion przez pacjentów ,
- czynników ryzyka występowania nowotworów skóry personelu medycznego.

Dokumentacja medyczna opracowana do Programu prowadzona i przechowywana w będzie siedzibie Realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej oraz ochrony danych osobowych oraz dodatkowo zaleceniami Realizatora^{12,13}. Interwencje będą się odbywały w siedzibie Realizatora lub przez niego wynajętych pomieszczeniach zgodnie z wymaganiami stawianymi przez obowiązujące przepisy prawa^{14,15}.

1.11 SPOSÓB ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- udział w PPZ kończy się wraz z zakończeniem udziału w działaniach informacyjno-edukacyjnych oraz szkoleniu z zakresu samokontroli znamion;
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ;
- zakończenie realizacji PPZ.

Wraz z zakończeniem udziału w programie polityki zdrowotnej każdy uczestnik otrzyma zindywidualizowane zalecenia odnośnie dalszego postępowania.

¹² Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

¹⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).

Po zakończeniu udziału w Programie uczestnicy będą wypełniali ankietę satysfakcji w ramach oceny jakości i działań monitorujących przebieg Programu. Uczestnicy mają możliwość rezygnacji z udziału w Programie na każdym etapie jego realizacji bez podania przyczyn.

4 ORGANIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.12 ETAPY PPZ I DZIAŁANIA PODEJMOWANE W RAMACH ETAPÓW

1. Powołanie Rady ds. programu, w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.). Rada ds. programu powinna pełnić rolę wspierającą program, m.in. w zakresie organizacji programu, opracowania treści edukacyjnych i kampanii informacyjnej. Rada ds. programu jest odpowiedzialna za zaangażowanie środowisk medycznych, przedstawicieli odpowiednich instytucji (również niemedyceńskich istotnych z punktu widzenia realizacji programu), w celu stworzenia korzystnego otoczenia dla działań zawartych w programie. Koordynator PPZ, który merytorycznie odpowiadał będzie za praktyczną realizację programu we współpracy ze wszystkimi specjalistami zaangażowanymi w program, powinien być przewodniczącym Rady ds. programu (zalecane) lub jej członkiem. Środki finansowe związane z działalnością Rady ds. programu nie powinny przekraczać 5% całego budżetu na realizację PPZ.
2. Opracowanie terminów realizacji poszczególnych elementów PPZ oraz wstępne zaplanowanie budżetu. Przygotowanie projektu programu ze szczególnym uwzględnieniem z art. 48a ust 2 oraz treści rozporządzenia wydanego na podstawie art. 48a ust. 16 ustawy. Przesłanie do AOTMiT oświadczenia o zgodności projektu PPZ z rekomendacją, o którym mowa w art. 48aa ust. 11 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Przeprowadzenie konkursu ofert w celu wyboru jego realizatorów (zgodnie z art. 48b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
4. Wybór realizatorów (możliwość przeprowadzenia szkolenia w celu zapoznania realizatorów ze szczegółowymi zapisami związanymi z prowadzonym PPZ).
5. Przeprowadzenie interwencji: szkoleń dla personelu medycznego, działań edukacyjno-informacyjnych oraz szkoleń z zakresu samokontroli znamion.
6. Bieżące zbieranie danych dot. realizowanych działań, umożliwiających monitorowanie programu i jego późniejszą ewaluację. Przygotowanie raportu z realizacji działań w danym roku (raport okresowy).
7. Zakończenie realizacji PPZ.

8. Rozliczenie finansowe PPZ.
9. Ewaluacja programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym projektem, który został wdrożony do realizacji.

1.13 WARUNKI REALIZACJI PPZ DOTYCZĄCE PERSONELU, WYPOSAŻENIA I WARUNKÓW LOKALOWYCH

W celu realizacji programu polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Warunki realizacji programów polityki zdrowotnej

W celu realizacji programów polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Interwencja	Wymagania dotyczące personelu
Szkolenia personelu medycznego	Lekarz (optymalnie: ze specjalizacją w dziedzinie dermatologii) posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów skóry („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu
Działania informacyjno-edukacyjne	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ.
Szkolenia z zakresu samokontroli znamion	Lekarz, pielęgniarka, asystent medyczny, edukator zdrowotny lub inny przedstawiciel zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia praktycznego szkolenia z zakresu samokontroli znamion, np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ
Konsultacje lekarza dermatologa/onkologa	Lekarz ze specjalizacją w dziedzinie dermatologii posiadający doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów skóry lub lekarz ze specjalizacją w dziedzinie onkologii

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych Realizator programu musi spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (j.t. Dz. U. z 2022 roku., pozycja 402)

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 roku, pozycja 1304 ze zmianami)
- Ustawie z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 roku, pozycja 1000), w związku z wdrożeniem ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz przepisów szczególnych, w tym w zakresie dokumentacji medycznej, obowiązujących podmioty prowadzące działalność medyczną.
- dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki adekwatne do planowanych działań.

Realizatorem programu polityki zdrowotnej będą podmioty lecznicze posiadające kontrakt z NFZ w zakresie dermatologii i wenerologii oraz świadczenia zdrowotne w zakresie dermatologii i wenerologii-diagnostyka onkologiczna.

5 SPOSÓB MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.14 MONITOROWANIE

Monitorowanie programu będzie odbywać się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ

Ocena zgłaszalności do programu stanowi istotny element monitorowania i będzie prowadzona przy wykorzystaniu następujących wskaźników:

- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne;
- liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej;
- liczba świadczeniobiorców, którzy zostali poddani działaniom edukacyjno-informacyjnym;
- liczba świadczeniobiorców, którzy ukończyli szkolenie z zakresu samokontroli znamion;
- liczba świadczeniobiorców, którzy nie zostali objęci działaniami programu polityki zdrowotnej, wraz ze wskazaniem tych powodów;
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału.

Zalecane jest bieżące uzupełnienie informacji o każdym z uczestników PPZ w formie elektronicznej bazy danych, np. w arkuszu kalkulacyjnym Microsoft Excel:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystywanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- informacje o świadczeniach, z których skorzystał uczestnik,
- data zakończenia udziału w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. zakończenie realizacji PPZ,
- wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

Zalecane jest przeprowadzenie oceny jakości udzielanych świadczeń w ramach PPZ.

W tym celu każdemu uczestnikowi PPZ należy zapewnić możliwość wypełnienia ankiety satysfakcji z jakości udzielanych świadczeń. Ocena jakości może być przeprowadzana przez zewnętrznego eksperta.

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

1.15 EWALUACJA

Ewaluację rozpocznie się po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej. Ewaluacja opiera się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu polityki zdrowotnej i stanu po jego zakończeniu, z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom PPZ. Wynik ewaluacji należy umieścić w sprawozdaniu (raporcie końcowym) z realizacji całego PPZ.

W ramach ewaluacji należy odnieść się do stopnia zrealizowania potrzeby zdrowotnej populacji docelowej na obszarze objętym PPZ, wyrażonej w:

- liczbie osób uczestniczących w szkoleniach dla personelu medycznego, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu) na temat nowotworów skóry,
- liczbie osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post-testu)

6 BUDŻET PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

1.16 KOSZTY JEDNOSTKOWE

Budżet zawiera wszystkie niezbędne kategorie kosztów, w tym:

- Koszt przygotowania i przeprowadzenia kampanii informacyjno-promocyjnej,

- Koszt przygotowania materiałów edukacyjnych,
- Koszt przeprowadzenia szkolenia dla personelu medycznego,
- Koszt prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych,
- Koszt realizacji szkoleń z zakresu samokontroli znamion,
- Koszty zbierania i przetwarzania informacji związanych z monitorowaniem i ewaluacją.

Koszty jednostkowe poszczególnych pozycji nie powinny, znacząco odbiegać od cen rynkowych. Rzeczywiste koszty jednostkowe poszczególnych świadczeń zdrowotnych i czynności

/zadań zostaną określone po rozstrzygnięciu konkursu ofert na wybór realizatora

programu, i zawarte w umowie pomiędzy Gminą Wrocław a realizatorem programu.

1.17 KOSZTY CAŁKOWITE

Koszty całkowite realizacji PPZ

Rok realizacji PPZ	Koszt całkowity
2025 r.	300 000,00

1.18 ŹRÓDŁA FINANSOWANIA

Program współfinansowany przez Gminę Wrocław.

7 BIBLIOGRAFIA

Piśmiennictwo

Opinia RP	Opinia Rady Przejrzystości nr 126/2020 z dnia 25 maja 2020 roku w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki nowotworów skóry z uwzględnieniem raportu „Profilaktyka nowotworów skóry”.
Raport	Raport nr OT.423.9.2018 „Profilaktyka nowotworów skóry”, data ukończenia raportu: maj 2020.
AAD 2020	American Academy of Dermatology (2020). American Academy of Dermatology: Skin cancer statement. Pozyskano z: https://www.aad.org/media/stats-indoor-tanning Dostęp z: 23.04.2020
PTOK 2019	Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej.(2019). Czerniaka Skóry. Onkologia w Praktyce Klinicznej —edukacja 2019, tom 5, nr 1. Oncol Clin Pract 2017,13(6):241-258.
ACD 2019	The Australasian College of Dermatologists. (2019). The Australasian College of Dermatologists Position Statement Skin Cancer in Australia.

ESMO 2019	European Society for Medical Oncology. (2019). Cutaneous melanoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up, Annals of Oncology 30: 1884–1901, 2019
USPSTF 2018	Grossman, D. C., Curry, S. J., Owens, D. K., Barry, M. J., Caughey, A. B., Davidson, K. W., ... & Kubik, M. (2018). Behavioral counseling to prevent skin cancer: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Jama, 319(11), 1134-1142.
RAGCP 2018	The Royal Australian College of General Practitioners (2018). Guidelines for preventive activities in general practice.9th edn, updated. East Melbourne, Vic: RACGP, 2018
CCA 2017	Cancer Council Australia (2017). Position statement -Screening and early detection of skin cancer. Pozyskano z: https://wiki.cancer.org.au/policy/Position_statement_-_Screening_and_early_detection_of_skin_cancer . Dostęp z: 06.05.2020
SIGN 2017	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2017). Cutaneous Melanoma: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
USPSTF 2016	US Preventive Services Task Force. (2016). Screening for skin cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Journal of the American Medical Association, 316(4), 429-435
NICE 2016a	National Institute for Health and Care Excellence, (2016). Sunlight exposure: risks and benefits. NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence
NICE 2016b	National Institute for Health and Care Excellence, (2016). Skin cancer. NICE quality standard. National Institute for Health and Care Excellence
NICE 2015a	National Collaborating Centre for Cancer (UK. (2015). Melanoma: assessment and management.
NICE 2015b	National Institute for Health and Care Excellence, (2015). VivaScope1500 and 3000 imaging systems for detecting skin cancer lasions. NICE guideline. National Institute for Health and Care Excellence
PTD 2015	Polskie Towarzystwo Dermatologiczne (2015). Zalecenia dotyczące leczenia raka podstawnkomórkowego i raka kolczystokomórkowego przygotowane przez Sekcję Onkologiczną Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego i Sekcję Akademii Czerniaka Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Oncol Clin Pract 2015, 11: 246–255.
SIGN 2014	Scottish Intercollegiate Guidelines Network, (2014). Management of primary cutaneous squamous cell carcinoma: A National Clinical Guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
BAD 2010	Marsden, J. R., Newton-Bishop, J.A., Burrows, L., Cook, M., Corrie, P. G., Cox, N. H. & Peach, H. (2010). Revised UK guidelines for the management of cutaneous melanoma 2010.British Journal of Dermatology, 163(2), 238-256.

Carapeba 2019	Carapeba, M. D. O. L., Pineze, M. A., & Nai, G. A. (2019). Is dermoscopy a good tool for the diagnosis of lentigo maligna and lentigo maligna melanoma? A meta-analysis. <i>Clinical, cosmetic and investigational dermatology</i> , 12, 403.
Hao 2019	Hao, T., Meng, X. F., & Li, C. X. (2019). A meta-analysis comparing confocal microscopy and dermoscopy in diagnostic accuracy of lentigo maligna. <i>Skin Research and Technology</i> .
Lan 2019	Lan, J., Wen, J., Cao, S., Yin, T., Jiang, B., Lou, Y., ... & Zhang, Y. (2019). The diagnostic accuracy of dermoscopy and reflectance confocal microscopy for amelanotic/hypomelanotic melanoma: a systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Dermatology</i>
Ersser 2019	Ersser, S. J., Effah, A., Dyson, J., Kellar, I., Thomas, S., McNichol, E., ... & Muinonen-Martin, A. J. (2019). Effectiveness of interventions to support the early detection of skin cancer through skin self-examination: a systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Dermatology</i> , 180(6), 1339-1347.
Henrikson 2018	Henrikson, N. B., Morrison, C. C., Blasi, P. R., Nguyen, M., Shibuya, K. C., & Patnode, C. D. (2018). Behavioral counseling for skin cancer prevention: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. <i>Jama</i> , 319(11), 1143-1157.
Brunssen 2016	Brunssen, A., Waldmann, A., Eisemann, N., & Katalinic, A. (2016). Impact of skin cancer screening and secondary prevention campaigns on skin cancer incidence and mortality: A systematic review. <i>Journal of the American Academy of Dermatology</i> , 76(1), 129-139.
Harrington 2017	Harrington, E., Clyne, B., Wesseling, N., Sandhu, H., Armstrong, L., Bennett, H., & Fahey, T. (2017). Diagnosing malignant melanoma in ambulatory care: a systematic review of clinical prediction rules. <i>BMJ open</i> , 7(3), e014096.
Guy 2011	Guy, G. P., & Ekwueme, D. U. (2011). Years of potential life lost and indirect costs of melanoma and non-melanoma skin cancer. <i>Pharmacoeconomics</i> , 29(10), 863-874.
MP 2014	Medycyna Praktyczna (2014). Nowotwory złośliwe skóry (raki skóry). Pozyskano z: https://www.mp.pl/pacjent/dermatologia/choroby/nowotwory_skory/74462,nowotwory-zlosliwe-skory-raki-skory dostęp z: 06.05.2020
Pabiańczyk 2011	Pabiańczyk R., Cieślik K., Tuleja T. (2011). Metody leczenia raka podstawnokomórkowego skóry. <i>Chirurgia Polska</i> 13, 1:48-58
Lesiak 2019	Lesiak A., Czuwara J., Kamińska-Winciorek G. et al. (2019). Rak kolczystokomórkowy skóry i rak z komórek Merkla. Rekomendacje diagnostyczno-terapeutyczne Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. <i>Przegl. Dermatol.</i> 106, 127-149.
Crowson	Crowson A.N., Magro C.M., Mihm M.C. (2010). Squamous cell carcinoma and its

2010	precursors. Biopsy Interpretation of the Skin: Primary Non-Lymphoid Cutaneous Neoplasia: 288-339.
Szczeklik 2017	Krzakowski M., Krzemieniecki K. (2017). Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna, Kraków: 2332-2336
Rutkowski 2019	Rutkowski P., Wysocki PJ., Nasierowska-Guttmejer A. et al. (2019). Cutaneous melanomas. Oncol Clin Pract 15.
PROK 2019	Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. (2019). Czernika Skóry. Onkologia w Praktyce Klinicznej —edukacja 2019, tom 5, nr 1. Oncol Clin Pract 2017,13(6):241-258.
Dummer 2015	Dummer R., Hauschild A., Lindenblatt N. et.al. (2015). Cutaneous mela noma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann. Oncol. 26 (supl. 5): v126–132
MZ 2018	Ministerstwo Zdrowia (2018). Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu oddechowego (przewlekłych). Pozyskano z: http://mpz.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/mpz_onkologia_mazowieckie.pdf dostęp z dn. 27.04.2020
Didkowska 2017	Didkowska J., Wojciechowska U., Czaderny K..2019.Nowotwory złośliwe w Polsce w 2017 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2017.pdf , dostęp z 29.04.2020r.
KRN 2017	KRN (2017). Bazy on-line. Raporty. Pozyskano z: http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy dostęp z dn. 30.04.2020r
Paculanka 2017	Paculanka A. (2017). Czerniak: przyczyny, objawy, leczenie

8 ZAŁĄCZNIKI

8.1 KARTA PACJENTA: PROGRAM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW SKÓRY I CZERNIAKA

NAZWISKO:

IMIE:

DATA URODZENIA:

D	D	M	M	R	R	R	R

Wypełnia pacjent:

1. Płeć: ☐ K ☐ M

2. Wykształcenie:

☐ podstawowe ☐ średnie

☐ zawodowe ☐ wyższe

3. Proszę zaznaczyć co skłoniło Panią/Pana do wzięcia udziału w Programie:

☐ mam wiele pieprzyków, przebarwień, znamion na skórze

☐ w ostatnim czasie znamię się zmieniło lub wygląda podejrzenie, pojawiła się nowa zmiana

☐ w przeszłości zdiagnozowano u mnie nowotwór skóry

☐ w mojej rodzinie lub znajomego zdiagnozowano raka skóry

☐ chcę przebadac skórę

☐ inne

4. Czy miała Pani/miał Pan kiedykolwiek wykonane badanie dermatoskopowe:

☐ tak, ile razy __ ☐ nie

5. Czy Pani/Pan praca jest lub była związana z przebywaniem na słońcu? Jeśli tak to przez ile lat?

- ☐ nie
- ☐ tak, przez:
 - ☐ 1 rok lub mniej ☐ 5-10 lat
 - ☐ 1-5 lat ☐ ponad 10 lat

6. Jak Pani/Pana skóra reaguje na promienie słoneczne latem?

- ☐ zawsze ulega oparzeniom, nigdy się nie opala (opala się zawsze tylko na czerwono)
- ☐ zawsze ulega oparzeniom, opala się w sposób minimalny lub z trudnością (opala się zawsze na czerwono tylko nieznacznie zmieniając później kolor na brązowy)
- ☐ najpierw ulega oparzeniom, a następnie się opala (najpierw opala się na czerwono, dopiero później na brązowo)
- ☐ ulega oparzeniom w sposób minimalny, opala się bez trudu (opala się zawsze na brązowo)

7. Czy w dzieciństwie wystąpiło u Pani/Pana poważne oparzenie słoneczne (bólące oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

- ☐ nie
- ☐ tak: ☐ 1-2 razy, ☐ ponad 2 razy
- ☐ nie pamiętam

8. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy doświadczył Pan/Pani poważnego oparzenia słonecznego (bolesne oparzenie z intensywnym zaczerwienieniem lub powstaniem pęcherzy, trwające przez minimum 2 dni)?

- ☐ nie
- ☐ tak ☐ nie pamiętam

9. Liczba tygodni w roku podczas których intensywnie przebywa Pani/Pan na słońcu (wczasy, działka, praca zawodowa, hobby):

- ☐ 0, ☐ 2 tygodnie lub mniej, ☐ ponad 2 tygodnie

10. Czy korzysta Pani/Pan z solarium?

- ☐ nie, ☐ tak, do 20 razy lub mniej w roku
- ☐ tak, więcej niż 20 razy w roku

11. Czy korzystała Pani/korzystał Pan z solarium przed ukończeniem 18 r.ż.?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie pamiętam

Od ilu lat korzysta Pani/Pan z solarium?

12. Czy korzystała lub korzysta Pani/korzystał lub korzysta Pan z lamp kwarcowych?

☐ nie, ☐ tak

13. Jak często stosowała Pani/stosował Pan kremy z filtrem UV podczas przebywania na słońcu powyżej 1 h?

☐ nigdy, ☐ zawsze, ☐ czasami

14. Jakich kremów z filtrem UV najczęściej Pani/Pan używa?

☐ poniżej 10 SPF, ☐ 10-20 SPF, ☐ 20 SPF,

☐ 20-40 SPF, ☐ 50 SPF i więcej

15. Czy nosiła Pani/nosił Pan okulary z filtrem UV w słoneczne dni ?

☐ nigdy, ☐ zawsze, ☐ czasem

16. Czy spędziła Pani/spędził Pan rok lub więcej w kraju o znacznie wyższym nasłonecznieniu, niż miejsce obecnego zamieszkania?

☐ nie

☐ tak, przed osiągnięciem 18. r.ż./ liczba lat

☐ tak, w życiu dorosłym/ liczba lat

17. Jak często zgłasza się Pani/Pan na badanie swoich znamion?

☐ częściej niż raz w roku , ☐ raz na 2 lata

☐ raz w roku ☐ to moje pierwsze badanie

18. Czy zna Pani/Pan liczbę znamion na ciele?

☐ < 25, ☐ 25-50, ☐ 50-100,

☐ >100, ☐ nie znam

19. Czy przeprowadzała Pani/przeprowadzał Pan samobadanie skóry w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie wiem/nie pamiętam

20. Czy starała się Pan/Pani ograniczać bezpośrednią ekspozycję na słońce w godzinach wysokiego nasłonecznienia?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie wiem

21. Czy chorowała Pani/chorował Pan na czerniaka?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie wiem

22. Czy chorowała Pani/chorował Pan na inne nowotwory skóry?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie wiem

23. Czy przyjmuje Pani/Pan leki immunosupresyjne?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie wiem

24. Czy rozpoznano u Pani/Pana przewlekłe choroby zapalne skóry?

☐ tak, ☐ nie, ☐ nie wiem

Podpis pacjenta

WYWIAD CHOROBY

Wypełnia lekarz:

1. Występowanie czerniaka w rodzinie (u krewnych pierwszego stopnia: ojciec, matka, brat i siostra)

☐ nie, ☐ tak, u więcej niż 2 krewnych

☐ tak, u 1 krewnego, ☐ pacjent nie wie

2. Wcześniejsze występowanie raka skóry u pacjenta:

☐ nie, ☐ tak, nieczerniakowy rak skóry

☐ tak, czerniak skóry, ☐ pacjent nie wie

3. Oparzenia słoneczne w dzieciństwie:

☐ tak, ☐ nie

4. Liczba znamion na skórze pacjenta:

☐ <25, ☐ 50-100

☐ 25-50, ☐ > 100

5. Występowanie zmian atypowych:

☐ tak, liczba zmian, ☐ nie

6. Występowanie plam soczewicowatych na skórze pleców/klatki piersiowej

☐ tak, ☐ nie

7. Występowanie rogowacenia słonecznego:

☐ tak, ☐ nie

8. Kliniczne podejrzenie czerniaka:

☐ tak, liczba znamion ___, ☐ nie

9. Kliniczne podejrzenie raka podstawnokomórkowego (BCC)

☐ tak, liczba zmian ___, ☐ nie

10. Kliniczne podejrzenie raka kolczystokomórkowego (SCC)

☐ tak, liczba zmian ___, ☐ nie

11. Występowanie innych zmian atypowych:

☐ tak, liczba zmian ___, ☐ nie

12. Jeśli na ciele pacjenta jest zmiana budząca podejrzenia, to kto pierwotnie ją zauważył:

☐ pacjent, ☐ współmałżonek/partner

☐ dermatolog, ☐ inna osoba

☐ inny pracownik ochrony zdrowia

13. Szczegółowy opis badania dermatoskopowego wraz z rozpoznaniem:

14. ZALECENIA:

☐ skierowanie do poradni chirurgii onkologicznej/chirurgii dermatologicznej onkologicznej

☐ wizyta kontrolna za: ☐ 6 miesięcy, ☐ 12 miesięcy

☐ skierowanie na dalszą diagnostykę

Podpis lekarza, pieczęć

Materiały zostały opracowane na podstawie dokumentu pn. Ankieta EUROMELANOMA 2015 oraz dostępnych materiałów

Program finansowany przez Miasto Wrocław

8.2 ANKIETA SATYSFAKCJI PACJENTA

Szanowna Pani/ Szanowny Panie

zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie kwestionariusza ankiety, dotyczącej programu **Profilaktyki nowotworów skóry i czerniaka złośliwego dla mieszkańców Wrocławia**, finansowanego z budżetu Miasta.

Badanie jest anonimowe, a wyniki stanowią informację niezbędną do dalszego doskonalenia jakości działań realizowanych w ramach programu.

Instrukcja wypełniania kwestionariusza ankiety

Przy każdym pytaniu prosimy o zaznaczenie znakiem „X” jednej lub więcej odpowiedzi.

W pytaniach ze skalą ocen należy zakreślić kółkiem cyfrę na skali ocen od 1 do 5, która Pani/Pana zadaniem ocenia wskazane kryterium (liczba 1 ocena najniższa, liczba 5 ocena najwyższa).

Będziemy wdzięczni za uzupełnienie ankiety własnymi opiniami i spostrzeżeniami.

1. Czy rejestracja do Programu sprawiła Pani/Panu trudność?

A	nie sprawiła trudności	
B	nie rejestrowałam się sama, ktoś inny to zrobił	
C	tak, gdyż często nie mogłam się dodzwonić	
D	tak, gdyż nie mogłam uzyskać wyczerpującej odpowiedzi na pytania	
E	tak, gdyż rejestrujący był niecierpliwy i nie odpowiadał na moje pytania	
F	tak, gdyż nie jestem zadowolona z rozmowy telefonicznej/osobistej	

2. W skali od 1 do 5 proszę ocenić przebieg wizyty edukacyjnej

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1	Czy informacje przekazywane przez edukatora były zrozumiałe?	1	2	3	4	5
2.	Czy edukator był życzliwy, cierpliwy, rozmowny i wyrozumiały?	1	2	3	4	5
3.	Czy podczas rozmowy miała Pani/ miał Pan poczucie bezpieczeństwa?	1	2	3	4	5
4.	Czy wizyta spełniła Pani/Pana oczekiwania?	1	2	3	4	5
6.	Czy nauczyła się Pani/ nauczył się Pan samoobserwacji znamion?	1	2	3	4	5

3. W skali od 1 do 5 proszę ocenić swoją wiedzę i umiejętności po wizycie edukacyjnej

Skala ocen od 1 do 5				
1	2	3	4	5

4. W skali od 1 do 5 proszę ocenić przebieg konsultacji u lekarza specjalisty

L.p.	Kryteria oceny	Skala ocen od 1 do 5				
1	Czy informacje przekazywane przez lekarza były dla Pani/Pana zrozumiałe?	1	2	3	4	5
2.	Czy lekarz był życzliwy, cierpliwy i wyrozumiały?	1	2	3	4	5
3.	Czy podczas konsultacji lekarskiej zapewniono Pani/Panu poszanowanie godności osobistej i intymności?	1	2	3	4	5
4.	Czy wizyta u lekarza spełniła Pani/Pana oczekiwania?	1	2	3	4	5

5. W skali od 1 do 5 proszę ocenić konsultację lekarza specjalisty

Skala ocen od 1 do 5				
1	2	3	4	5

6. Czy jest Pani/Pan zadowolona/y z udziału w Programie?

A	zdecydowanie tak	
B	raczej tak	
C	raczej nie	
D	zdecydowanie nie	
E	trudno powiedzieć	

7. Jeśli jest Pani/Pan niezadowolona/y, proszę opisać dlaczego:

8. Czy wzięłaby Pani / wziąłby Pan ponownie udział w podobnym Programie?

A	zdecydowanie tak	
B	raczej tak	
C	raczej nie	
D	zdecydowanie nie	
E	trudno powiedzieć	

9. Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

A	zdecydowanie tak	
B	raczej tak	
C	raczej nie	
D	zdecydowanie nie	
E	trudno powiedzieć	

10. Płeć: K ☐, M ☐

11. Wiek: 20lat ☐, 21-30lat ☐, 31-40lat ☐, 41-49lat ☐, 50-60lat ☐, 61-69lat ☐, 70 lat i powyżej ☐

12. Wykształcenie: podstawowe ☐, średnie ☐, wyższe ☐, inne ☐

13. Uwagi, spostrzeżenia, wnioski którymi chciałaby się Pani/ chciałby się Pan podzielić
Program finansowany przez Miasto Wrocław