

Projekt

z dnia 24 lutego 2026 r.

Zatwierdzony przez

**UCHWAŁA NR
RADY GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 3 marca 2026 r.

**w sprawie przyjęcia „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi
w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”**

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 5 i art.18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1153 z późn. zm.), art. 7 ust. 1 pkt 1 oraz art. 48 ust.1, ust. 3,4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.) w związku z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1670 z późn. zm.), Rada Gminy Grębocice uchwala, co następuje:

§ 1. Przyjmuje się wieloletni „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Wójtowi Gminy Grębocice.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

Przewodniczący Rady Gminy
Grębocice

Marek Pakiet



Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030

Podstawa prawna: art. 48 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.]



Grębocice, 2025

Nazwa programu:

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030

Okres realizacji programu: 2026-2030

Autorzy programu: dr n. o zdrowiu Karolina Sobczyk
dr n. o zdrowiu Mateusz Grajek
CHILICO – Karolina Sobczyk
Struzika 17d/7, 41-806 Zabrze

Zgodność Programu z Rekomendacją AOTMiT:

Program zgodny z Rekomendacją nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi

Kontynuacja/trwałość programu:

Opisywany program polityki zdrowotnej nie stanowi kontynuacji programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednich latach.

Dane kontaktowe:

Urząd Gminy Grębocice

ul. Głogowska 3

59-150 Grębocice

tel. (076) 8-315-501

sekretariat@grebocice.com.pl

Data opracowania programu: IV kwartał 2025 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	4
1. Opis problemu zdrowotnego	4
2. Dane epidemiologiczne	7
3. Opis obecnego postępowania	10
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	12
1. Cel główny:	14
2. Cel szczegółowy:	14
3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu:.....	14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej.....	15
1. Populacja docelowa	15
2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej.....	15
3. Planowane interwencje	16
4. Sposób udzielania świadczeń w ramach programu polityki zdrowotnej	22
5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania ...	22
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej	22
1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:	22
2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	22
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	24
1. Monitorowanie	25
2. Ewaluacja	25
VI. Budżet programu polityki zdrowotnej	26
2. Planowane koszty całkowite:	26
3. Źródła finansowania.....	27
Bibliografia:.....	29
Załączniki	29

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

1. Opis problemu zdrowotnego

Nowotwory narządów głowy i szyi są istotnym problemem zarówno klinicznym, jak i epidemiologicznym. Obejmują narządy takie jak: wargi, jama ustna, gardło (dzielone na część nosową, ustną i krtaniową), zatoki przynosowe, gruczoły wytwarzające ślinę, krtień, ucho (tabela I).

Tabela I. Klasyfikacja ICD-10 – nowotwory głowy i szyi

Kod ICD-10	Opis
C00	Nowotwór złośliwy wargi
C01	Nowotwór złośliwy nasady języka
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka
C03	Nowotwór złośliwy dziąsła
C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej
C05	Nowotwór złośliwy podniebienia
C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej
C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej
C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych
C09	Nowotwór złośliwy migdałka
C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła
C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego
C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła
C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła
C15	Nowotwory złośliwe przełyku
C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego
C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych
C32	Nowotwór złośliwy krtani
C33	Nowotwory złośliwe tchawicy

Źródło: Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 Tom I, Wydanie 2008. Rewizja dziesiąta [<http://stat.gov.pl/>]

Z punktu widzenia histopatologii nowotwory głowy i szyi tworzą grupę stosunkowo jednorodną. Zdecydowaną większość przypadków, szacowaną na około 90%, stanowią raki płaskonabłonkowe o zróżnicowanym stopniu dojrzałości histologicznej, wywodzące się z nabłonka błon śluzowych. Raki płaskonabłonkowe rozwijające się w obrębie anatomicznym głowy i szyi cechują się przede wszystkim tendencją do miejscowego naciekania tkanek oraz częstym zajęciem regionalnych węzłów chłonnych, przy jednocześnie stosunkowo rzadkim występowaniu przerzutów

odległych. Nowotwory te wykazują umiarkowaną wrażliwość na radioterapię oraz chemioterapię, co ma istotne znaczenie w planowaniu leczenia skojarzonego¹.

Diagnostyka nowotworów głowy i szyi obejmuje zestaw badań niezbędnych do precyzyjnej oceny stopnia zaawansowania klinicznego choroby. Postępowanie diagnostyczne w onkologii tej lokalizacji rozpoczyna się od szczegółowego wywiadu chorobowego oraz badania przedmiotowego, ze szczególnym uwzględnieniem oceny węzłów chłonnych szyjnych i nadobojczykowych. Istotnym elementem diagnostyki jest badanie laryngologiczne, w tym badanie endoskopowe z wykorzystaniem giętkiego endoskopu, umożliwiające ocenę krtani oraz struktur sąsiadujących. W przypadku stwierdzenia zmian podejrzanych wykonuje się biopsję, najczęściej w postaci biopsji cienkoigłowej lub chirurgicznego pobrania wycinka do badania histopatologicznego. Uzupełnieniem diagnostyki są badania obrazowe, w tym ultrasonografia węzłów chłonnych szyi, które pozwalają na ocenę rozległości procesu nowotworowego oraz obecności przerzutów w regionalnym układzie chłonnym. Rezonans magnetyczny odgrywa kluczową rolę w diagnostyce nowotworów ślinianek, zatok przynosowych, jamy ustnej i nosowej, a także gardła oraz języka, oferując wysoką rozdzielczość obrazowania tkanek miękkich. W przypadku pozostałych lokalizacji anatomicznych w obrębie głowy i szyi porównywalną wartość diagnostyczną wykazuje tomografia komputerowa, która pozostaje podstawowym narzędziem obrazowania w tych obszarach. Coraz szersze zastosowanie znajduje również badanie pozytonowej tomografii emisyjnej połączonej z tomografią komputerową, które w diagnostyce określonych lokalizacji narządowych charakteryzuje się wyższą czułością i swoistością w porównaniu z klasyczną tomografią komputerową, szczególnie w ocenie zaawansowania choroby nowotworowej oraz wykrywaniu zmian przerzutowych².

Obraz kliniczny nowotworów głowy i szyi jest zróżnicowany i w dużej mierze zależy od pierwotnej lokalizacji ogniska nowotworowego. Do najczęściej występujących objawów należą ból, obecność owrzodzeń, naciekanie okolicznych tkanek oraz zaburzenia funkcji podstawowych, takich jak oddychanie, połykanie czy mowa. W przebiegu choroby mogą pojawiać się również objawy wynikające z zajęcia

¹ Kawecki A., Nawrocki S., Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi, W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. T. 1 : praca zbiorowa / red. M. Krzakowski, K. Warzocha, Gdańsk 2013.

² Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi, Raport nr: OT.423.3.2018, AOTMiT, Warszawa 2020.

struktur sąsiadujących, w tym zaburzenia widzenia, smaku, węchu oraz słuchu. Niejednokrotnie pierwszym sygnałem rozwijającego się procesu nowotworowego jest powiększenie węzłów chłonnych szyi, będące manifestacją przerzutów do regionalnego układu chłonnego³.

U chorych na nowotwory głowy i szyi we wczesnych stadiach zaawansowania klinicznego standardowym postępowaniem terapeutycznym jest leczenie chirurgiczne lub radioterapia. W wielu przypadkach stosuje się terapię skojarzoną, obejmującą obie metody, przy czym postępowanie to realizowane jest sekwencyjnie - najpierw wykonywany jest zabieg operacyjny, a następnie uzupełniająca radioterapia. U pacjentów w I i II stopniu zaawansowania klinicznego odsetek trwałych wyleczeń, w zależności od lokalizacji nowotworu, wynosi od około 60% do 90%. Natomiast w przypadkach choroby bardziej zaawansowanej, z wyjątkiem niektórych postaci raka głosi, skuteczność leczenia jest istotnie niższa. W tej grupie pacjentów odsetek niepowodzeń miejscowych przekracza 60%, a ryzyko wystąpienia przerzutów odległych jest wyraźnie zwiększone⁴.

Podstawowym czynnikiem etiologicznym raków płaskonabłonkowych narządów głowy i szyi jest ekspozycja na substancje kancerogenne obecne w dymie tytoniowym. Do innych istotnych czynników ryzyka zalicza się nadużywanie alkoholu wysokoprocentowego, niewystarczającą higienę jamy ustnej oraz przewlekłe mechaniczne drażnienie błon śluzowych⁵. W patogenezie wybranych nowotworów zlokalizowanych w obrębie głowy i szyi istotną rolę odgrywają również czynniki wirusowe. Zakażenie wirusem Epsteina–Barr stwierdza się u 70-90% pacjentów z rakiem nosowej części gardła. Z kolei wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) uznawany jest za czynnik sprawczy części nowotworów, przede wszystkim raka ustnej części gardła, a rzadziej raka jamy ustnej oraz krtani⁶. Pacjenci z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi wykazują ponadto zwiększone ryzyko rozwoju drugiego, niezależnego nowotworu. Ryzyko to szacuje się na około 2% rocznie, co przekłada się na blisko 36% w perspektywie 20 lat.

³ Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2018). Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Warszawa: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów.

⁴ Kawecki A., Nawrocki S., Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi... op. cit.

⁵ Hamerlińska A., Edukacja zdrowotna w zakresie higieny jamy ustnej jako integralny element profilaktyki chorób nowotworowych jamy ustnej, Edukacja 2019, 2(149), 66–75.

⁶ Biegun K., Rola wirusów latentnych HPV, EBV i CMV w rozwoju raka płaskonabłonkowego gardła środkowego, Pol Otorhino Rev, Volume: 11, No.: 3, 2022.

Zjawisko to jest w dużej mierze konsekwencją długotrwałej ekspozycji na wspólne czynniki kancerogenne, w szczególności na dym tytoniowy⁷.

2. Dane epidemiologiczne

Nowotwory złośliwe stanowią poważny globalny problem zdrowotny, są jedną z głównych przyczyn zachorowalności i umieralności. Szacuje się, że w roku 2022 odnotowano na świecie 20 mln nowych przypadków raka i 9,7 mln zgonów z przyczyn nowotworowych. Globalnie około 1 na 5 osób zapada na raka w ciągu swojego życia, a około 1 na 9 mężczyzn i 1 na 12 kobiet umiera z powodu tej choroby. Rak płuc jest najczęściej występującym nowotworem na świecie (12,4% wszystkich nowych przypadków), na drugim miejscu znajduje się rak piersi u kobiet (11,6%), a następnie rak jelita grubego (9,6%), rak prostaty (7,3%) i rak żołądka (4,9%). Nowotwór płuc jest główną przyczyną zgonów z powodu raka (18,7% wszystkich zgonów z powodów nowotworowych), następnie jest to rak jelita grubego (9,3%), rak wątroby (7,8%), rak piersi (6,9%) i rak żołądka (6,8%)⁸.

Nowotwory stanowią także istotny problem epidemiologiczny i społeczny w Polsce. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w okresie ostatnich dekad (1999-2023) wrosła o 67%, osiągając w 2023 roku prawie 193 tys. zachorowań, z czego prawie 97 tys. u mężczyzn i prawie 96 tys. u kobiet. Standaryzowany współczynnik zachorowalności na 100 tys. ludności (ASW) wyniósł 253,3. W województwie dolnośląskim w roku 2023 odnotowano ponad 14,6 tys. zachorowań (ASW=245,85). Najczęściej występującymi nowotworami u mężczyzn w roku 2023 w Polsce były: rak gruczołu krokowego (24,5%), rak oskrzela i płuca (12,6%), inny niż czerniak rak złośliwy skóry (9,5%) oraz rak jelita grubego (6,6%). Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w okresie ostatnich dekad (1999-2023) wrosła o 22,1%, osiągając w 2023 roku ponad 99,6 tys., z czego ponad 53,3 tys. u mężczyzn i ponad 46,3 tys. u kobiet. Standaryzowany współczynnik umieralności na 100 tys. ludności (ASW) wyniósł 110,13. W województwie dolnośląskim w roku 2023 odnotowano prawie 8 tys. zgonów (ASW=113,59). Najczęstszymi przyczynami zgonów z powodów nowotworowych w roku 2023 wśród mężczyzn w Polsce były: rak

⁷ Kawecki A., Nawrocki S., Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi... op. cit.

⁸ Global cancer burden growing, amidst mounting need for services, 1 February 2024 News release Lyon, France; Geneva, Switzerland, www.who.int.

oskrzela i płuca (25,4%), rak gruczołu krokowego (11%), rak jelita grubego (7,9%) oraz pęcherza moczowego (5,6%)⁹.

W województwie dolnośląskim w roku 2023 nowotwory głowy i szyi (C00-C15 oraz C30-C33) zdiagnozowano u 575 osób, w związku z czym stanowiły 8,1% ogółu chorób nowotworowych zdiagnozowanych w tym okresie. W województwie odnotowano wyższy, w porównaniu do kraju, standaryzowany współczynnik zachorowalności na raka dna jamy ustnej, innych i nieokreślonych części jamy ustnej, innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych, raka migdałka oraz raka części nosowej gardła. W województwie dolnośląskim w roku 2023 nowotwory głowy i szyi były przyczyną 541 zgonów, w związku z czym stanowiły 12,7% ogółu zgonów nowotworowych w tym okresie. W województwie odnotowano wyższy, w porównaniu do kraju, standaryzowany współczynnik zgonów z powodu raka innych i nieokreślonych części języka, podniebienia, innych i nieokreślonych części jamy ustnej, innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych, raka migdałka, części ustnej i nosowej gardła, raka o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła, a także raka zatok przynosowych i krtani. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli II i III.

Tab. II. Zachorowania na nowotwory złośliwe głowy i szyi w Polsce oraz w województwie dolnośląskim w roku 2023

ICD-10	Lokalizacja nowotworu	Polska		województwo dolnośląskie	
		Liczba	ASW	Liczba	ASW
C00-C97	Nowotwory ogółem	96 925	275,25	7 101	259,18
C00	Nowotwór złośliwy wargi	240	0,26	16	0,17
C01	Nowotwór złośliwy nasady języka	272	0,39	17	0,30
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	644	0,96	36	0,74
C03	Nowotwór złośliwy dziąsła	112	0,15	6	0,11
C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej	459	0,71	33	0,72
C05	Nowotwór złośliwy podniebienia	178	0,27	8	0,16
C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej	369	0,51	50	0,86
C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej	330	0,44	20	0,42
C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych	117	0,16	11	0,19
C09	Nowotwór złośliwy migdałka	764	1,12	64	1,18
C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła	277	0,42	10	0,15
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła	152	0,24	23	0,40

⁹ Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl [dostęp: 17.12.2025 r.].

C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego	172	0,25	9	0,19
C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła	237	0,34	17	0,29
C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	159	0,24	7	0,12
C15	Nowotwory złośliwe przełyku	1 442	1,92	116	1,89
C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego	137	0,20	7	0,14
C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych	156	0,23	11	0,21
C32	Nowotwór złośliwy krtani	1 910	2,5	114	2,00
C33	Nowotwór złośliwy tchawicy	23	0,03	0	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

Tab. III. Zgony z powodu nowotworów złośliwych głowy i szyi w Polsce oraz w województwie dolnośląskim w roku 2023

ICD-10	Lokalizacja nowotworu	Polska		województwo dolnośląskie	
		Liczba	ASW	Liczba	ASW
C00-C97	Nowotwory ogółem	53 322	140,74	4 253	146,03
C00	Nowotwór złośliwy wargi	95	0,08	5	0,06
C01	Nowotwór złośliwy nasady języka	174	0,25	11	0,21
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	459	0,63	39	0,66
C03	Nowotwór złośliwy dziąsła	51	0,07	2	0,02
C04	Nowotwór złośliwy dna jamy ustnej	419	0,60	24	0,47
C05	Nowotwór złośliwy podniebienia	95	0,12	11	0,22
C06	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części jamy ustnej	211	0,28	38	0,65
C07	Nowotwór złośliwy ślinianki przyusznej	165	0,17	10	0,14
C08	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych dużych gruczołów ślinowych	102	0,11	12	0,15
C09	Nowotwór złośliwy migdałka	404	0,57	47	0,71
C10	Nowotwór złośliwy części ustnej gardła	269	0,38	21	0,42
C11	Nowotwór złośliwy części nosowej gardła	112	0,15	11	0,19
C12	Nowotwór złośliwy zachyłka gruszkowatego	101	0,14	6	0,11
C13	Nowotwór złośliwy części krtaniowej gardła	264	0,35	19	0,34
C14	Nowotwór złośliwy o innym i nieokreślonym umiejscowieniu w obrębie wargi, jamy ustnej i gardła	169	0,24	19	0,32
C15	Nowotwory złośliwe przełyku	1 556	1,98	108	1,78
C30	Nowotwór złośliwy jamy nosowej i ucha środkowego	72	0,07	7	0,07
C31	Nowotwór złośliwy zatok przynosowych	120	0,14	13	0,19
C32	Nowotwór złośliwy krtani	1 419	1,73	135	2,14
C33	Nowotwór złośliwy tchawicy	13	0,02	3	0,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

W powiecie polkowickim, na którego terenie leży Gmina Grębocice, w roku 2023 odnotowano 8 zachorowań na nowotwory głowy i szyi oraz 16 zgonów z ich powodu¹⁰. Zgodnie z danymi z map potrzeb zdrowotnych w Polsce w roku 2023 chorobowość szpitalna z powodu nowotworów złośliwych wargi, jamy ustnej i gardła wyniosła 21,86/100 tys. ludności. W analogicznym okresie w województwie dolnośląskim było to 23,41/100 tys. ludności, a w powiecie polkowickim – 16,34/100 tys. ludności¹¹.

3. Opis obecnego postępowania

Pacjenci dotknięci problemem chorób nowotworowych mają prawo do korzystania ze świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego, rehabilitacji leczniczej oraz leczenia uzdrowiskowego. Świadczenia te finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Osoby z podejrzeniem choroby onkologicznej oraz chorzy ze stwierdzonym nowotworem od roku 2015 mogą korzystać z tzw. szybkiej terapii onkologicznej, zapewniającej kompleksową opiekę na każdym etapie choroby¹². Ponadto w opiece ambulatoryjnej gwarantuje się pacjentom onkologicznym m.in. prawo do korzystania ze specjalistycznej porady w zakresie onkologii, leczenia bólu, chirurgii onkologicznej, a także licznych badań diagnostycznych¹³. W zakresie leczenia szpitalnego wśród dostępnych świadczeń są m.in.: leczenie chirurgiczne, leczenie radioterapią, leczenie chemioterapią, leczenie brachyterapią, leczenie systemowe oraz chirurgia rekonstrukcyjna i plastyczna¹⁴. Rehabilitacja lecznicza obejmować może w takich przypadkach świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych (poradnie rehabilitacyjne), domowych, dziennych (ośrodki/oddziały dzienne rehabilitacji) lub stacjonarnych (oddziały rehabilitacji w warunkach szpitalnych)¹⁵. Pacjenci z chorobą nowotworową mogą

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Mapy potrzeb zdrowotnych, Leczenie szpitalne, basiw.mz.gov.pl.

¹² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.]

¹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].

¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. 2023 poz. 870 ze zm.].

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].

również korzystać ze świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego, stanowiącego integralny element profilaktyki wtórnej¹⁶.

W związku z faktem, iż nowotwory złośliwe są poważnym zagrożeniem dla polskiej populacji, stwarzającym problemy zarówno na poziomie jednostki, jak i państwa, realizowana jest obecnie Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 (NSO), stanowiąca kontynuację realizowanego w latach 2006-2020 Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Najważniejszym 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. NSO wytycza kierunki rozwoju systemu opieki zdrowotnej w zakresie onkologii, wskazując na 5 obszarów, które są kluczowe dla odwrócenia niekorzystnych trendów epidemiologicznych, poprawy skuteczności terapii onkologicznych i dostosowania rozwiązań systemowych do potrzeb pacjentów z chorobą nowotworową. Z punktu widzenia problematyki poruszanej w PPZ za najistotniejszy uznać należy cel w obszarze inwestycji w system opieki onkologicznej tj. poprawę organizacji systemu opieki onkologicznej przez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta”¹⁷.

4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Nowotwory głowy i szyi stanowią istotne zagrożenie zdrowotne wśród mieszkańców Gminy Grębocice. Działania z zakresu profilaktyki pierwotnej mogą skutkować zmniejszeniem liczby nowych zachorowań, a wczesna diagnostyka znacząco zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Wdrożenie programu uzasadniają także dane epidemiologiczne, a działania proponowane w programie mogą poprawić świadomość zdrowotną mieszkańców oraz ich dostęp do badań diagnostycznych na terenie gminy. Inwestycja w profilaktykę nowotworów głowy i szyi przyniesie długoterminowe korzyści zdrowotne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia zaawansowanych nowotworów oraz poprawiając jakość życia mieszkańców.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia uzdrowiskowego [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1406].

¹⁷ 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].

Działania możliwe do realizacji w planowanym programie polityki zdrowotnej wpisują się w następujące krajowe dokumenty strategiczne w zakresie ochrony zdrowia:

1. Strategia Zdrowa Przyszłość Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030r.¹⁸: Obszar Pacjent Cel 1.4 [Zdrowie publiczne] Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych; Kierunek interwencji 1: Rozwój profilaktyki, skuteczna promocja zdrowia i postaw prozdrowotnych:
 - Narzędzie 1.1 Realizacja programów profilaktycznych,
 - Narzędzie 1.3 Wsparcie działań w kierunku kształtowania i rozwoju postaw prozdrowotnych oraz przedsięwzięć promujących zdrowy styl życia;
2. Narodowy Program Zdrowia na lata 2021-2025¹⁹: Cel operacyjny 5: Wyzwania demograficzne;
3. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030²⁰: Obszar 5: Inwestycje w system opieki onkologicznej;
4. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2022-2026²¹: rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego: Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 3.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe;
5. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres 2027-2031²²: rekomendacje dla województwa dolnośląskiego: Obszar demografia, rekomendacja 1.2. Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi; Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka, rekomendacja 2.2. Promowanie profilaktyki nowotworowej;

¹⁸ Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].

¹⁹ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].

²⁰ Uchwała nr 10 Rady Ministrów z dnia 4 lutego 2020 r. w sprawie... op. cit.

²¹ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].

²² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].

6. Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026²³ - 2.1. Obszar czynniki ryzyka i profilaktyka: Rekomendacja 1.2. Należy podejmować działania mające na celu propagowanie zdrowego stylu życia. Istotna jest edukacja zdrowotna społeczeństwa oraz działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej, na które należy zwiększyć nakłady finansowe.

²³ Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

1. Cel główny

Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi, wśród co najmniej 70% uczestników edukacji zdrowotnej w programie.

2. Cele szczegółowe

- 1) Podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi wśród co najmniej 70% przedstawicieli personelu medycznego, którzy wzięli udział w szkoleniach w ramach programu
- 2) Zwiększenie o co najmniej 2% w okresie trwania programu odsetka osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie w ramach środków NFZ.

3. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Tab. IV. Mierniki efektywności

Cel	Miernik efektywności
Główny	Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników edukacji zdrowotnej, którzy wypełnili pre-test. (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w programie)
Szczegółowy 1	Odsetek przedstawicieli z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 90% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pretest. (Iloraz liczby przedstawicieli z grupy personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego)
Szczegółowy 2	Odsetek osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, względem wszystkich osób, które uczestniczyły w wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną.

	(Iloraz liczby osób ze wstępnie rozpoznanym nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, w stosunku do liczby osób, które uczestniczyły w „wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną”)
--	--

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

1. Populacja docelowa

Program będzie skierowany do mieszkańców Gminy Grębocice w wieku 35 lat i więcej z co najmniej jednym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi. Gminę Grębocice zamieszkuje ok. 2,7 tys. osób we wskazanej grupie wiekowej. Program, w związku z ograniczonymi możliwościami finansowymi gminy, obejmie działaniami diagnostycznymi corocznie ok. 100 mieszkańców, w całym okresie realizacji – ok. 500 osób. Działania szkoleniowe dla kadry medycznej będą przeprowadzone dla wszystkich osób zaangażowanych w realizację programu, mających kontakt ze świadczeniobiorcami.

2. Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

1) Szkolenie dla personelu medycznego

a) Kryteria włączenia:

- personel pierwszego kontaktu, np. lekarz POZ, stomatolog, laryngolog, chirurg szczękowo-twarzowy, pielęgniarka, higienistka stomatologiczna, w szczególności zaangażowany w realizację programu

b) Kryteria wyłączenia:

- ukończenie szkolenia dla personelu medycznego obejmującego tę samą tematykę i poziom szczegółowości w ciągu poprzednich 2 lat

2) Działania informacyjno-edukacyjne

a) Kryteria włączenia:

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice

b) Kryteria wyłączenia: brak

3) Lekarska wizyta diagnostyczna z edukacją zdrowotną

a) Kryteria włączenia:

- wiek 35 lat i więcej

- zamieszkiwanie na terenie Gminy Grębocice
- co najmniej jeden czynnik ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi:
 - przypadki nowotworów głowy i szyi w rodzinie,
 - palenie tytoniu/używanie wyrobów nikotynowych
 - narażenie na bierne palenie
 - picie alkoholu
 - uzależnienie od substancji psychoaktywnych
 - istniejące wcześniej zmiany w jamie ustnej
 - zakażenie wirusem Epstein-Barr'a
 - zakażenie wirusem brodawczaka ludzkiego, głównie HPV-16 i HPV-18
 - ekspozycja na promieniowanie jonizujące w wywiadzie
 - choroby dziedziczne (w tym niedokrwistość Fanconiego, zespół ataksji-teleangiektazji, zespół Blooma i zespół nowotworowy Li-Fraumeni)
 - immunosupresja
 - narażenie zawodowe (dotyczy szczególnie osób pracujących w przemyśle budowlanym, metalurgicznym, tekstylnym, ceramicznym, drzewnym i spożywczym)
 - niedożywienie

b) Kryteria wyłączenia:

- pozostawanie pod opieką poradni onkologicznej

3. Planowane interwencje

Sposób informowania o programie polityki zdrowotnej

Kampania informacyjna prowadzona będzie przez realizatora w ramach współpracy z placówkami podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, organizacjami pozarządowymi. Ponadto informacje o programie dostępne będą w siedzibie realizatora, a także w miejscach użyteczności publicznej, w tym w Urzędzie Gminy Grębocice (informacje opublikowane m.in. w formie komunikatów na stronie internetowej, plakatów na tablicach ogłoszeń). Akcje promocyjne mogą odbywać się także poprzez dystrybucję ulotek oraz plakatów informacyjnych. Wybór konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia informacji o programie ostatecznie zależny będzie od wyboru narzędzi przez realizatora. Akcja informacyjna prowadzona będzie w sposób ciągły w całym okresie realizacji programu.

Interwencje

1) Szkolenie dla personelu medycznego

- obejmujące zapoznanie personelu medycznego z zalecanymi przez rekomendacje rozwiązaniami ukierunkowanymi na zapobieganie nowotworom głowy i szyi,
- obejmujące:
 - informacje dotyczące profilaktyki, diagnostyki, różnicowania i leczenia nowotworów, głowy i szyi zgodnie z obowiązującą wiedzą evidence-based medicine (EBM),
 - czynniki zwiększające ryzyko rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi,
 - identyfikację objawów w poszczególnych obszarach głowy i szyi świadczących o możliwym rozwoju nowotworu,
 - rozpoznawanie i określanie stopnia nowotworu,
 - zasady prawidłowego przeprowadzenia wizyty diagnostycznej (obejmującej co najmniej wywiad medyczny i stomatologiczny, ocenę ryzyka w oparciu o dostępne kwestionariusze, badanie wzrokowe wewnątrzustne i zewnątrzustne, badanie palpacyjne z uwzględnieniem węzłów chłonnych),
 - konieczność prowadzenia interwencji ukierunkowanej na modyfikację stylu życia np. w ramach minimalnej interwencji antynikotynowej;
- w trakcie szkolenia należy wielokrotnie podkreślać potrzebę prowadzenia działań profilaktycznych nakierowanych na zapobieganie występowania czynników ryzyka nowotworów głowy i szyi oraz zachęcić personel medyczny do informowania o tym pacjentów,
- zaleca się przeszkolenie całego personelu medycznego z zakresu poradnictwa nakierowanego na modyfikację stylu życia (w tym zasada „5P”, podejście „bardzo krótkiej porady” VBA),
- realizowane w formie dostosowanej do potrzeb personelu medycznego (np. szkolenie stacjonarne lub w formie e-learningu, wykład, materiały audiowizualne, telekonferencja),
- trwające min. 3 godziny edukacyjne (135 min),

- obejmujące badanie poziomu wiedzy przy zastosowaniu opracowanego przez Realizatora pre-testu przed szkoleniem oraz post-testu po szkoleniu, uwzględniającego min. 10 pytań zamkniętych (wzór – załącznik 4);

2) Działania informacyjno-edukacyjne

- obejmujące akcję informacyjną mającą na celu przekazanie mieszkańcom podstawowych założeń programu polityki zdrowotnej,
- obejmujące kampanię informacyjno-edukacyjną mającą na celu podniesienie poziomu wiedzy populacji ogólnej nt. profilaktyki nowotworów głowy i szyi, w tym m.in. na tematy:
 - czynniki ryzyka i objawy świadczące o możliwym rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi,
 - konieczność zgłoszenia się do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów/zmian utrzymujących się 3 tygodnie,
 - korzyści wynikające z wdrożenia działań profilaktycznych ukierunkowanych na modyfikację stylu życia (należy kłaść nacisk na zaprzestanie używania wyrobów nikotynowych, zaprzestanie lub ograniczenie picia alkoholów, wdrożenie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz dbanie o prawidłową higienę jamy ustnej),
 - informacje na temat szczepień przeciwko HPV jako elementu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego, stanowiącego czynnik ryzyka rozwoju nowotworu głowy i szyi, tematyka związana z ww. szczepieniami powinna także uwzględniać kwestie związane z bezpieczeństwem oraz skutecznością w zapobieganiu zakażeniom HPV i rozwojowi zmian przedrakowych,
 - dostępne formy wsparcia dla osób uzależnionych od nikotyny i/lub alkoholu.
- uwzględniające informacje na temat szczepień realizowanych w ramach powszechnego programu szczepień przeciwko HPV, skierowanego do dziewcząt i chłopców po ukończeniu 9 r. ż. do ukończenia 14 r. ż., o możliwości skorzystania z bezpłatnej szczepionki w ramach refundacji aptecznej u młodzieży do 18 r. ż. oraz w populacji osób dorosłych ≥ 18 r. ż. z 50% odpłatnością,

- realizowane za pomocą metod podających (np. ulotki/plakaty/broszury informacyjno-edukacyjne, ogłoszenia w social mediach, posty na stronie internetowej Urzędu Gminy Grębocice, realizatora, wybranych podmiotów leczniczych, publikacje w lokalnych mediach itp.),
- realizowane z możliwością wykorzystania materiałów edukacyjnych przygotowanych przez instytucje zajmujące się profilaktyką i promocją zdrowia (np.: materiały Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, materiały udostępniane w ramach prowadzonych kampanii społecznych);

3) Lekarska wizyta diagnostyczna

- obejmująca przeprowadzenie wywiadu uwzględniającego:
 - identyfikację u uczestnika czynników ryzyka, w tym przypadków nowotworów głowy i szyi w rodzinie oraz zachowań determinujących podwyższone ryzyko rozwoju nowotworu,
 - rodzaj, czas trwania i przebieg objawów zgłaszanych przez pacjenta,
 - historię palenia lub używania wyrobów nikotynowych, w tym: wiek rozpoczęcia, liczba wypalanych papierosów dziennie bądź stopień/częstość i rodzaj używanych wyrobów nikotynowych (obecnie i w różnych okresach życia), a także liczba prób porzucenia nałogu,
 - ustalenie przeciętnego poziomu spożycia alkoholu (np. na podstawie kwestionariusza AUDIT-C),
- obejmująca ocenę ryzyka w oparciu o przeprowadzony wywiad,
- obejmująca badanie wzrokowe i palpacyjne widocznych zmian (zewnątrzustnie i wewnątrzustnie), wzrokowe i palpacyjne węzłów chłonnych (gdy dostępne – USG węzłów chłonnych) oraz laryngologiczne, z uwzględnieniem oceny objawów związanych z zajęciem nerwów czaszkowych (gdy dostępne – badanie fiberoskopowe),
- wszystkie informacje pozyskane od uczestnika w trakcie wywiadu oraz wyniki przeprowadzonych badań należy szczegółowo omówić z pacjentem oraz odnotować w dokumentacji medycznej,
- lekarz powinien przekazać pacjentowi informacje na temat zidentyfikowanych czynników ryzyka oraz w oparciu o wyniki badań diagnostycznych – podjąć decyzję o dalszym postępowaniu:

- w przypadku wstępnego rozpoznania nowotworu w obrębie głowy i szyi, lekarz kieruje pacjenta na edukację zdrowotną oraz do jednostki uprawnionej do wydawania karty DiLO w celu dalszej diagnostyki i leczenia, pacjent zostaje poinformowany o konieczności przekazania dokumentacji medycznej do ww. jednostki,
- w przypadku osób, u których nie zostanie rozpoznany nowotwór w obrębie głowy i szyi, lekarz kieruje pacjenta na edukację zdrowotną;

4) Edukacja zdrowotna

- w celu zmniejszenia ryzyka rozwoju nowotworu w obrębie głowy i szyi bądź spowolnienia/zatrzymania rozwoju tego nowotworu u osób, u których w ramach programu wstępnie rozpoznano obecność choroby, edukacja zdrowotna powinna być nakierowana przede wszystkim na modyfikację stylu życia, podczas której należy przedstawić pacjentowi zalecenia w odniesieniu do konieczności:
 - zaprzestania palenia i/lub korzystania z wyrobów nikotynowych,
 - zaprzestania bądź ograniczenia picia alkoholu,
 - unikania ekspozycji na bierne palenie tytoniu,
 - ograniczenia ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe (UV),
 - ograniczenia ekspozycji na czynniki zawodowe (pył drzewny, azbest, nikiel, pyły krzemionkowe),
 - prawidłowego dbania o higienę jamy ustnej, w tym także stosowania odpowiednio dopasowanych protez zębowych,
 - utrzymania prawidłowej masy ciała,
 - wdrożenia prawidłowych nawyków żywieniowych,
 - ograniczenia ryzykownych zachowań seksualnych;
- zaleca się prowadzenie indywidualnej edukacji w formie bezpośredniej,
- w przypadku osób deklarujących czynne palenie lub używających wyrobów nikotynowych, zaleca się przeprowadzenie krótkiej porady antynikotynowej, która powinna zawierać następujące elementy:
 - ocena stopnia uzależnienia (kwestionariusz Fagerströma),
 - ocena stopnia motywacji do porzucenia nałogu (w oparciu o test Schneidera),

- zapewnienie pacjentom, chcącym zaprzestać palenia tytoniu lub korzystania z wyrobów nikotynowych, poradnictwa w przedmiotowym zakresie,
- poinformowanie osób, które zdecydują się na zaprzestanie palenia lub korzystania z wyrobów nikotynowych, o możliwości stosowania dostępnej farmakoterapii wspomagającej proces rzucania nałogu,
- skierowanie osób uzależnionych do wyspecjalizowanych ośrodków i poradni zajmujących się leczeniem uzależnień od nikotyny,
- jednym z możliwych modeli krótkiej porady antynikotynowej jest minimalna interwencja antynikotynowa z zastosowaniem zestawu pięciu pytań opisanych jako zasada „5P”,
- w przypadku osób, u których stwierdzono wysoki poziom spożycia alkoholu, zaleca się przeprowadzenie krótkiej rozmowy uwzględniającej podejście VBA (ang. very brief advice) z zastosowaniem trzech pytań: zapytaj (ang. ask), doradź (ang. advise), działaj (ang. act) - w kontekście uzależnienia od alkoholu.
- obejmująca przekazanie uczestnikowi przed edukacją pre-testu badającego poziom wiedzy w zakresie profilaktyki pierwotnej oraz wtórnej nowotworów głowy i szyi oraz post-testu po edukacji (test wiedzy opracowany przez realizatora, uwzględniający min. 5 pytań zamkniętych, wzór – załącznik 5).

W ramach realizacji poszczególnych działań PPZ należy wypełnić odpowiednie pola karty uczestnika programu (załącznik 1). W ostatnim dniu udzielania pacjentom należy przekazać ankietę satysfakcji uczestnika programu (załącznik 3).

Dowody skuteczności planowanych działań

Wszystkie zaplanowane w Programie interwencje są skuteczne i bezpieczne dla uczestników, zgodne z rekomendacjami klinicznymi wielu organizacji, a także zgodne z Rekomendacją nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej

oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi²⁴.

4. Sposób udzielania świadczeń 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 ofert.

5. Sposób zakończenia działań w programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Sposoby zakończenia udziału w PPZ:

- w przypadku osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, ich udział w programie kończy się po ukończeniu interwencji i wypełnieniu post-testu,
- w przypadku osób, u których podczas wizyty diagnostycznej wstępnie rozpoznano nowotwór w obrębie głowy i szyi, ich udział kończy się wraz z zakończeniem udziału w edukacji zdrowotnej i wypełnieniu post-testu,
- w przypadku osób, u których podczas wizyty diagnostycznej nie rozpoznano nowotworu w obrębie głowy i szyi, ich udział kończy się wraz z zakończeniem udziału w edukacji zdrowotnej i wypełnieniu post-testu,
- zgłoszenie przez uczestnika chęci zakończenia udziału w PPZ,
- zakończenie realizacji PPZ.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne:

- 1) opracowanie projektu programu polityki zdrowotnej (IV kwartał 2025);
- 2) przesłanie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oświadczenia o zgodności programu z właściwą rekomendacją oraz zaopiniowanie programu przez Wojewodę Dolnośląskiego (IV kwartał 2025-I kwartał 2026)

²⁴ Rekomendacją nr 190/2025 z dnia 15 grudnia 2025 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi, bip.aotm.gov.pl.

- 3) uchwalenie programu przez organ uchwałodawczy (I kwartał 2026);
- 4) przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej tj. wyłonienie realizującego program podmiotu, spełniającego warunki określone w dalszej części projektu (I kwartał 2026);
- 5) podpisanie umowy na realizację programu (I kwartał 2026);
- 6) realizacja programu wraz z bieżącym monitoringiem (2026-2030);
 - realizacja szkoleń dla personelu,
 - realizacja działań edukacyjnych,
 - realizacja lekarskich wizyt diagnostycznych,
 - realizacja edukacji zdrowotnej,
 - bieżący monitoring;
- 7) zakończenie realizacji PPZ (IV kwartał 2030);
- 8) rozliczenie finansowania PPZ (IV kwartał 2030);
- 9) Przeprowadzenie ewaluacji programu, opracowanie raportu końcowego z realizacji PPZ i przesłanie go do Agencji, wraz z załączonym pierwotnym PPZ, który został wdrożony do realizacji (I kwartał 2031).

2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Koordynatorem programu będzie Urząd Gminy Grębocice. Podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, musi spełniać następujące wymagania formalne:

- prowadzenie działalności leczniczej, wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [Dz.U. 2024 r. poz. 1491 z późn. zm.],
- zapewnienie realizacji szkoleń personelu medycznego przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi („ekspert”), który jest w stanie odpowiednio przeszkolić personel i w ten sposób zapewnić wysoką jakość interwencji w ramach programu,
- zapewnienie prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych lekarza, pielęgniarkę, profilaktyka lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla

przeprowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych (np. uzyskany w trakcie szkolenia dla personelu medycznego w ramach PPZ),

- zapewnienie realizacji lekarskich wizyt diagnostycznych przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnostyce, leczeniu, różnicowaniu i profilaktyce nowotworów głowy i szyi lub lekarza po ukończeniu prowadzonego w ramach PPZ szkolenia dla personelu medycznego,
- zapewnienie realizacji edukacji zdrowotnej przez lekarza, pielęgniarkę, higienistkę stomatologiczną lub innego przedstawiciela zawodu medycznego, który posiada odpowiedni zakres wiedzy, doświadczenia i kompetencji dla przeprowadzenia edukacji zdrowotnej ukierunkowanej na modyfikację stylu życia (np. uzyskany w czasie uczestnictwa w szkoleniu prowadzonym przez eksperta w ramach PPZ),
- spełnianie wymogów lokalowych i sprzętowych zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa, w tym dotyczącymi zasad bezpieczeństwa i higieny pracy – zapewnienie wyposażenia i warunków lokalowych adekwatnych do planowanych działań,
- posiadanie sprzętu komputerowego i oprogramowania umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych uzyskanych w trakcie realizacji programu.

Podmiot udzielający świadczeń w programie będzie zobowiązany do prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w formie papierowej oraz elektronicznej w arkuszu kalkulacyjnym (załącznik 1), a także do przekazywania uczestnikom ankiet satysfakcji pacjenta (załącznik 3). Ponadto realizator będzie przekazywał koordynatorowi sprawozdania okresowe, a także sporządzi sprawozdanie końcowe z przeprowadzonych interwencji (załącznik 2). Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w programie będzie zobowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób zgodny z Ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

1. Monitorowanie

1) Ocena zgłaszalności do programu na podstawie następujących mierników:

- liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie
- liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie
- liczba osób, które nie zostały objęte działaniami w programie wraz ze wskazaniem tych powodów
- liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału
- liczba osób, które zakończyły udział w programie zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką
- liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne
- liczba osób poddanych działaniom informacyjno-edukacyjnym
- liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostycznej
- liczba osób, które wzięły udział w edukacji zdrowotnej

2) Ocena jakości świadczeń w programie

- coroczna analiza wyników ankiety satysfakcji uczestników
- bieżąca analiza pisemnych uwag uczestników dot. realizacji programu

2. Ewaluacja

Ocena efektywności programu (coroczna i końcowa) prowadzona poprzez analizę następujących mierników efektywności:

- odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników edukacji zdrowotnej, którzy wypełnili pre-test.
- odsetek przedstawicieli z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 90% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pretest,

- odsetek osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, względem wszystkich osób, które uczestniczyły w wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną.

Należy zaznaczyć, że ewaluacja będzie opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu oraz po jego zakończeniu.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

1. Koszty jednostkowe

W tabeli V przedstawiono szacunkowe koszty jednostkowe interwencji w programie. Faktyczne koszty wynikały będą z oferty złożonej przez podmioty, które przystąpią do konkursu na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej. Program będzie realizowany corocznie do wyczerpania budżetu.

Tab. V. Koszty jednostkowe interwencji w programie

Nazwa interwencji	Koszt interwencji (zł)
Działania szkoleniowe dla personelu medycznego	1 200,00
Lekarska wizyta diagnostyczna	400,00
Edukacja zdrowotna	50,00

2. Planowane koszty całkowite

Tab. VI. Koszty programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje

Rodzaj kosztu	Liczba	Jedn.	Cena (zł)	Wartość (zł)
1. Działania szkoleniowe dla personelu medycznego	1	działanie	1 200,00	1 200,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	500	osoba	400,00	200 000,00
3. Edukacja zdrowotna	500	osoba	50,00	25 000,00
Koszty Programu				226 200,00

Tab. VII. Szacunkowe koszty programu w podziale na poszczególne lata realizacji

Rodzaj kosztu	Liczba osób/działań	Cena (zł)	Koszt (zł)
1. Działania szkoleniowe dla personelu medycznego	1	1 200,00	1 200,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	100	400,00	40 000,00
3. Edukacja zdrowotna	100	50,00	5 000,00
Razem w roku 2026			46 200,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	100	400,00	40 000,00
3. Edukacja zdrowotna	100	50,00	5 000,00

Razem w roku 2027			45 000,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	100	400,00	40 000,00
3. Edukacja zdrowotna	100	50,00	5 000,00
Razem w roku 2028			45 000,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	100	400,00	40 000,00
3. Edukacja zdrowotna	100	50,00	5 000,00
Razem w roku 2029			45 000,00
2. Lekarska wizyta diagnostyczna	100	400,00	40 000,00
3. Edukacja zdrowotna	100	50,00	5 000,00
Razem w roku 2030			45 000,00
Razem w latach 2026-2030			226 200,00

Program zakłada również realizację bieżącego monitoringu w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice. Działania informacyjne realizowane będą bez dodatkowych kosztów tj. w ramach zadań własnych pracowników Urzędu Gminy Grębocice oraz w ramach współpracy z realizatorem, placówkami POZ/AOS oraz placówkami oświatowymi na terenie Gminy.

Łączny szacowany koszt programu planowany jest na poziomie 226 200,00 zł. Kwoty przewidywane na realizację programu mogą podlegać modyfikacjom w poszczególnych latach realizacji w zależności od możliwości finansowych Gminy Grębocice, a także mając na uwadze zmiany cen usług w trakcie trwania programu, z uwagi na szeroki zakres proponowanych świadczeń zdrowotnych. Mając powyższe na uwadze, możliwa jest również zmiana liczby uczestników programu. Całkowity koszt realizacji programu uzależniony jest od ceny zaproponowanej przez wykonawców wyłonionych w drodze otwartego konkursu ofert.

3. Źródła finansowania

Program w założeniu finansowany ze środków własnych Gminy Grębocice. Gmina w latach 2026-2030 bierze pod uwagę możliwość starania się o dofinansowanie kosztów działań realizowanych w programie przez Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego i/lub Dolnośląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 48d ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn zm.] oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2016 r. w sprawie trybu składania i rozpatrywania wniosków o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez jednostkę samorządu terytorialnego oraz trybu rozliczania przekazanych środków i zwrotu środków

niewykorzystanych lub wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem [Dz.U. 2017 poz. 9], a także dofinansowanie z innych ewentualnych źródeł.

Bibliografia:

1. Biegun K., Rola wirusów latentnych HPV, EBV i CMV w rozwoju raka płaskonabłonkowego gardła środkowego, Pol Otorhino Rev, Volume: 11, No.: 3, 2022.
2. Global cancer burden growing, amidst mounting need for services, 1 February 2024 News release Lyon, France; Geneva, Switzerland, www.who.int.
3. Hamerlińska A., Edukacja zdrowotna w zakresie higieny jamy ustnej jako integralny element profilaktyki chorób nowotworowych jamy ustnej, Edukacja 2019, 2(149), 66–75.
4. Kawecki A., Nawrocki S., Nowotwory nabłonkowe narządów głowy i szyi, W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. T. 1 : praca zbiorowa / red. M. Krzakowski, K. Warzocha, Gdańsk 2013.
5. Mapy potrzeb zdrowotnych, Leczenie szpitalne, basiw.mz.gov.pl.
6. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2021.69].
7. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych [DZ. URZ. Min. Zdr. 2025.42].
8. Obwieszczenie Wojewody Dolnośląskiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji wojewódzkiego planu transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022-2026 [DZ. URZ. WOJ. 2024.6680].
9. Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów głowy i szyi, Raport nr: OT.423.3.2018, AOTMiT, Warszawa 2020.
10. Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, onkologia.org.pl [dostęp: 17.12.2025 r.].
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego [Tekst jedn. 2023 poz. 870 ze zm.].
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego [tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 1406].
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej [Tekst jedn. Dz.U. 2016 poz. 357 ze zm.].
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej [tekst jedn. Dz.U. 2021 poz. 265].
15. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025 [Dz.U. 2021 poz. 642].
16. 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].
17. Uchwała nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r. [www.gov.pl/web/zdrowie].
18. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Tekst jedn. Dz.U. 2024 poz. 146 z późn. zm.].
19. Warszawa: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Krajowy Rejestr Nowotworów.

20. Wojciechowska, U., & Didkowska, J. (2018). Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce.

Załączniki

Załącznik 1

Karta uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Dane uczestnika programu

Nazwisko	
Imię	
Nr PESEL*	
Płeć	
Wiek	
Adres zamieszkania	
Tel. Kontaktowy	

* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL

2. Zgoda na udział w Programie

W tym miejscu należy wstawić wzór wyrażenia zgody na udział w Programie oraz wzór zgody pacjenta na udzielenie świadczeń zdrowotnych, zgodny z wzorem stosowanym przez Realizatora przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(data i podpis uczestnika Programu)

3. Lekarska wizyta diagnostyczna

Data wykonania świadczenia	Informacja dla celów monitorowania/ewaluacji
Pacjent należy do grupy ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi	☐ tak ☐ nie
Skierowano na dalszą diagnostykę/leczenie poza programem w związku z podejrzeniem diagnozy nowotworu (jakiego?)	☐ tak ☐ nie

.....
(data, pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

4. Edukacja zdrowotna

Data wykonania świadczenia	Informacja dla celów monitorowania/ewaluacji
.....	Wynik pre-testu wiedzy: Wynik post-testu wiedzy: Utrzymanie lub uzyskanie wysokiego poziomu wiedzy w post-teście (ponad 75% poprawnych odpowiedzi): ☐ tak ☐ nie

5. Rezygnacja z udziału w programie w trakcie jego trwania (jeżeli dotyczy):

Przyczyna rezygnacji	Data rezygnacji	Podpis uczestnika

Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań w ramach programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

I. Dane Realizatora

Nazwa i adres podmiotu	
Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz sprawozdania	
Telefon kontaktowy	
Okres sprawozdawczy (od ____ do ____)	

II. Sprawozdanie z przeprowadzonych interwencji

Monitoring	
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	
Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie	
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami w programie wraz ze wskazaniem tych powodów	
Liczba osób, która zrezygnowała z udziału w programie, z podziałem na sposoby zakończenia udziału	
Liczba osób, które zakończyły udział w programie zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką	
liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniach dla personelu medycznego, z podziałem na zawody medyczne	
Liczba osób poddanych działaniom informacyjno-edukacyjnym	
Liczba osób, które wzięły udział w wizycie diagnostycznej	
Liczba osób, które wzięły udział w edukacji zdrowotnej	
Skrócony opis wyników ankiet satysfakcji*	
Ewaluacja*	
Odsetek uczestników programu, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 75% pozytywnych odpowiedzi) z zakresu zachowań prozdrowotnych, działań profilaktycznych, czynników ryzyka i objawów nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników edukacji zdrowotnej, którzy wypełnili pre-test. (Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników biorących udział w programie)	
Odsetek przedstawicieli z grupy personelu medycznego, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy (ponad 90% pozytywnych odpowiedzi) w zakresie profilaktyki, diagnozowania, różnicowania i leczenia nowotworów głowy i szyi, względem wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego, którzy wypełnili pretest. (Iloraz liczby przedstawicieli z grupy personelu medycznego z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników szkoleń dla personelu medycznego)	

Odsetek osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, względem wszystkich osób, które uczestniczyły w wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną. (Iloraz liczby osób ze wstępnie rozpoznany nowotworem w obrębie głowy i szyi, które zostały skierowane na dalszą diagnostykę i leczenie poza programem, w stosunku do liczby osób, które uczestniczyły w „wizycie diagnostycznej z edukacją zdrowotną”)	
---	--

* wyłącznie w sprawozdaniu rocznym i końcowym

_____, dnia _____
(miejscowość) (data)

(pieczęć i podpis osoby
działającej w imieniu sprawozdawcy)

Ankieta satysfakcji pacjenta - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Czy udział w Programie spełnił Pani/Pana oczekiwania?

(5 - zdecydowanie tak, 4 - raczej tak, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nie, 1 - zdecydowanie nie)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

2. Jak ocenia Pan/Pani przydatność zdobytych w Programie informacji pod względem wzrostu wiedzy w zakresie profilaktyki nowotworów głowy i szyi?

(5 - zdecydowanie przydatne, 4 - raczej przydatne, 3 - trudno powiedzieć, 2 - raczej nieprzydatne, 1 - zdecydowanie nieprzydatne)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

3. Jak ocenia Pan/Pani jakość usług lekarskich?

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

4. Jak ocenia Pan/Pani jakość usług edukacyjnych?

(5 – bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - przeciętnie, 2 - źle, 1 - bardzo źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

5. Jak ocenia Pan/Pani Program od strony organizacyjnej?

(5 - bardzo dobrze, 4 - dobrze, 3 - średnio, 2 - raczej źle, 1 - źle)

5	4	3	2	1
---	---	---	---	---

Dodatkowe uwagi:

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

Test wiedzy dla personelu medycznego - uczestnika programu pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030”
(wzór)

1. Najczęstszym typem histopatologicznym nowotworów głowy i szyi jest:

- A. Rak gruczołowy
- B. Rak płaskonabłonkowy
- C. Rak drobnokomórkowy
- D. Czerniak złośliwy

2. Najważniejszym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów głowy i szyi jest:

- A. Dieta uboga w witaminy
- B. Ekspozycja na promieniowanie UV
- C. Palenie tytoniu
- D. Zakażenie wirusem grypy

3. Który wirus jest istotnym czynnikiem etiologicznym raka ustnej części gardła?

- A. Wirus Epsteina–Barr
- B. Wirus zapalenia wątroby typu B
- C. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
- D. Cytomegalowirus

4. Częstym wczesnym objawem nowotworów głowy i szyi może być:

- A. Nagła utrata masy ciała
- B. Powiększenie węzłów chłonnych szyi
- C. Krwioplucie
- D. Gorączka o nieznannej etiologii

5. Który element jest niezbędny podczas prawidłowo przeprowadzonej wizyty diagnostycznej w kierunku nowotworów głowy i szyi?

- A. Wyłącznie badanie obrazowe
- B. Wywiad i badanie palpacyjne węzłów chłonnych
- C. Oznaczenie markerów nowotworowych
- D. Konsultacja onkologiczna na pierwszej wizycie

6. Podstawowym celem diagnostyki w nowotworach głowy i szyi jest:

- A. Dobór leczenia objawowego
- B. Określenie stopnia zaawansowania klinicznego
- C. Ocena jakości życia pacjenta
- D. Monitorowanie skutków ubocznych leczenia

7. Która metoda obrazowa ma największą wartość w ocenie nowotworów języka, gardła i zatok przynosowych?

- A. Ultrasonografia
- B. Tomografia komputerowa
- C. Rezonans magnetyczny
- D. RTG przeglądowe

8. Standardowym postępowaniem w leczeniu nowotworów głowy i szyi we wczesnych stadiach zaawansowania jest:

- A. Wyłącznie chemioterapia
- B. Leczenie chirurgiczne lub radioterapia
- C. Immunoterapia pierwszego rzutu
- D. Wyłącznie radioterapia

9. Minimalna interwencja antynikotynowa prowadzona przez personel medyczny ma na celu przede wszystkim:

- A. Skierowanie pacjenta na leczenie farmakologiczne
- B. Długotrwałą psychoterapię pacjenta
- C. Zmotywowanie pacjenta do zaprzestania palenia
- D. Przekazanie materiałów edukacyjnych bez rozmowy

10. Zasada „5P” oraz podejście „bardzo krótkiej porady” (VBA) w praktyce klinicznej służą:

- A. Diagnostyce nowotworów
- B. Ocenie stopnia zaawansowania choroby
- C. Prowadzeniu poradnictwa w zakresie modyfikacji stylu życia
- D. Monitorowaniu skuteczności leczenia onkologicznego

Test wiedzy dla uczestnika szkolenia dla osób z grup wysokiego ryzyka udaru mózgu w programie pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi w Gminie Grębocice na lata 2026-2030” (wzór)

1. Która z poniższych kombinacji czynników najsilniej zwiększa ryzyko rozwoju nowotworów głowy i szyi?

- A. Palenie tytoniu oraz nadmierne spożycie alkoholu
- B. Ekspozycja na promieniowanie UV oraz niska aktywność fizyczna
- C. Zakażenia sezonowe oraz stres
- D. Nadwaga i siedzący tryb życia

2. U osoby, u której wstępnie rozpoznano zmiany w obrębie jamy ustnej, największe znaczenie profilaktyczne ma:

- A. Wyłącznie farmakoterapia przeciwbólowa
- B. Jednoczesna modyfikacja stylu życia i regularna kontrola medyczna
- C. Ograniczenie wizyt lekarskich do momentu nasilenia objawów
- D. Samodzielne stosowanie preparatów dostępnych bez recepty

3. Dlaczego niedopasowane protezy zębowe mogą zwiększać ryzyko rozwoju nowotworów głowy i szyi?

- A. Powodują zaburzenia żucia i trawienia
- B. Sprzyjają przewlekłemu mechanicznemu drażnieniu błony śluzowej
- C. Utrudniają utrzymanie prawidłowej masy ciała
- D. Zwiększają ryzyko zakażeń wirusowych

4. Który z wymienionych czynników zawodowych jest uznawany za istotny w kontekście ryzyka nowotworów głowy i szyi?

- A. Praca zmianowa
- B. Długotrwała praca przy komputerze
- C. Ekspozycja na pył drzewny lub azbest
- D. Wysoki poziom hałasu

5. Głównym celem krótkiej porady antynikotynowej lub rozmowy typu VBA jest:

- A. Natychmiastowe zaprzestanie nałogu przez pacjenta
- B. Ocena stanu zdrowia pacjenta bez dalszych działań
- C. Zwiększenie gotowości pacjenta do zmiany zachowania zdrowotnego
- D. Zastąpienie leczenia specjalistycznego