



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 174/2017 z dnia 25 lipca 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Profilaktyka
nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-
2020”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020”.

Uzasadnienie

Negatywna opinia Prezesa Agencji wynika z faktu, że zaplanowane w ramach projektu działania nie zostały skierowane do populacji docelowej wskazanej w wytycznych klinicznych. Zgodnie z rekomendacjami badaniami przesiewowymi w kierunku raka skóry powinny być w pierwszej kolejności objęte osoby z grupy ryzyka oraz osoby powyżej 50 r.ż., nie zaś jak wskazano w projekcie osoby w wieku 40-49 lat bez czynników ryzyka. Ponadto należy zaznaczyć, że projekt programu zakłada realizację świadczeń, które dostępne są w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nawet jeśli w rejonie pojawia się problem z dostępnością do lekarza dermatologa, to opiniowany projekt nie rozwiązuje tego problemu, gdyż przy niepoprawnym określeniu populacji docelowej i ograniczonych środkach finansowych program może nie dotrzeć do osób najbardziej narażonych na zachorowanie na nowotwór skóry.

Natomiast w odniesieniu do pozostałych części programu:

- Cele programowe nie zostały sformułowane zgodnie z zasadą SMART, zaś mierniki efektywności nie odnoszą się do wszystkich kwestii wynikających z założonych celów.
- W zakresie populacji docelowej konieczne jest określenie kryteriów kwalifikacji do programu.
- W ramach interwencji zaplanowano działania edukacyjne, jednak nie wskazano dokładnie jej formy i przekazywanych treści. Jest to ograniczenie programu, gdyż dobrze przeprowadzona edukacja zdrowotna może przyczynić się do wcześniejszego diagnozowania chorób. ‘
- Monitorowanie i ewaluacja zostały zaplanowane niedokładnie i pobieżnie, co utrudnia przeprowadzenie tych procesów w sposób całościowy i rzetelny.
- Budżet programu nie budzi zastrzeżeń.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu nowotworów skóry. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 2 126 880 PLN, zaś okres realizacji to lata 2018-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany program odnosi się do problemu raka skóry. W opisie problemu zdrowotnego przedstawiono podział nowotworów skóry na: raka podstawnokomórkowego, raka kolczystokomórkowego, czerniaka skóry, mięsaka Kaposi'ego, chorobę Bowena, jak również poruszono tematykę przerzutów innych nowotworów do skóry.

Program realizuje priorytet zdrowotny: zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: nowotworów złośliwych, należących do priorytetów zdrowotnych wymienionych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 21 sierpnia 2009 r. (Dz.U. 2009, Nr 137, poz. 1126).

W sposób szczegółowy odniesiono się do epidemiologii nowotworów skóry zarówno w Polsce, w tym w województwie wielkopolskim, jak i na świecie.

Zgodnie z informacjami na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN), w województwie wielkopolskim liczba zachorowań na nowotwory skóry wzrosła pomiędzy rokiem 2011 a 2014 o 160 osób. Łącznie w 2014 r. liczba ww. zachorowań w ww. województwie stanowiła 10,5% zachorowań w Polsce (1785 rozpoznanych przypadków nowotworów skóry).

Dostępne w Polsce dane epidemiologiczne dotyczące nowotworów skóry skupiają się przede wszystkim na epidemiologii czerniaka skóry (C43). Czerniaki w Polsce występują względnie rzadko — standaryzowany współczynnik zachorowalności wynosi około 6,5/100 000, co odpowiada w ostatnich latach około 2400 zachorowaniom rocznie. Czerniaki są jednak nowotworami o największej dynamice wzrostu liczby zachorowań. Mediana wieku zachorowania jest podobna dla obu płci i wynosi około 50 lat. Standaryzowane współczynniki umieralności osiągają wartości około 3,5/100 000 u mężczyzn i 3/100 000 u kobiet. Prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. wskazują, iż kontynuacja dotychczasowych trendów spowoduje wzrost zachorowalności na czerniaka skóry u obu płci. Liczba zachorowań w całej populacji może nawet ulec podwojeniu do 2025 r., przy czym największego wzrostu zachorowań należy spodziewać się wśród najstarszych osób (po 65 r.ż.).

Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest „zwiększenie w okresie trzech lat wykrywania chorób nowotworowych skóry wśród aktywnych zawodowo mieszkańców aglomeracji kalisko-ostrowskiej”. Jednocześnie jednym z celów szczegółowych będzie również wykrywanie zmian skórnych, co stanowi powielenie celu nadrzędnego. Zarówno cel główny, jak i przedstawione cele szczegółowe nie zostały określone w pełni zgodnie z zasadą S.M.A.R.T. Zgodnie z tą zasadą planowane cele powinny być nie tylko skonkretyzowane, ale również powinny w sposób liczbowy wyrażać stopień realizacji zamierzonego działania, jak również powinny się odnosić do horyzontu czasowego, w jakim autorzy zamierzają dany cel osiągnąć. Zaleca się zatem, aby cel główny został uzupełniony o wartość liczbową lub procentową w zakresie planowanej do zwiększenia wykrywalności nowotworów skóry. Jeśli celem głównym jest zwiększenie wykrywalności określonych chorób nowotworowych, wówczas w planowanych celach szczegółowych należy pamiętać o następujących aspektach: edukacji w zakresie oceny stanu własnej skóry, edukacji w zakresie czynników ryzyka zachorowania na nowotwór skóry, zwiększenia dostępu do lekarza specjalisty w omawianym zakresie.

Mierniki przedstawione w projekcie programu wydają się niewystarczające. Zaleca się ich uzupełnienie chociażby o: liczbę odbiorców akcji informacyjno-promocyjnej, liczbę odbiorców edukacji, liczbę osób u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy, liczbę odbytych konsultacji specjalistycznych, liczbę wykonanych badań przy użyciu wideodermatoskopem, liczbę wykrytych zmian skórnych, liczbę osób skierowanych na dalsze leczenie specjalistyczne. Należy jednocześnie mieć na uwadze ocenę czułości i swoistości badania przeprowadzonego przy użyciu dermatoskopu.

W takim przypadku miernikami efektywności badania powinna być również: liczba osób z wynikiem badania fałszywie dodatnim, liczba osób z wynikiem badania fałszywie ujemnym, liczba osób z wynikiem prawdziwie dodatnim, liczba osób z wynikiem prawdziwie ujemnym.

Populacja docelowa

Do planowanych działań w programie zaproszone mają być dwie grupy osób: w wieku 45-49 lat oraz 25-60 lat. Łącznie do programu zostanie zaproszonych w ww. wieku kolejno 22 800 osób oraz 225 629 osób. Liczba tych osób została przez autorów oszacowana na podstawie danych meldunkowych oraz pozostaje zgodna z informacjami zawartymi na stronie banku danych lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego.

Osobom w wieku 45-49 lat oferowane będą: konsultacja dermatologiczna, badanie wideodermatoskopem, edukacja zdrowotna przeprowadzona przez pielęgniarkę w ramach wizyty specjalistycznej. Osobom w wieku 25-60 lat oferowany będzie natomiast dostęp do informacji nt. profilaktyki nowotworów skóry w ramach prowadzonej akcji informacyjnej.

Wybór akurat takich grup wiekowych do udziału w programie nie został w projekcie uargumentowany. Na podstawie określonego celu głównego wnioskować można jedynie, że działania mają się skupić na osobach aktywnych zawodowo. Badanie wideodermatoskopem ma zostać przeprowadzone u 60,4% osób biorących udział w programie w wieku 45-49 lat, bez względu na to czy osoby te są w grupie ryzyka zachorowania, czy pozostają pod opieką specjalisty, czy zostali może skierowani do lekarza specjalisty przez lekarza POZ.

Zgodnie z odnalezionymi dowodami, grupą szczególnie narażoną na rozwój chorób nowotworowych skóry, w tym przede wszystkim czerniaków skóry, są osoby powyżej 50 r.ż. Ponadto, prognozy zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r. wskazują, iż liczba zachorowań w całej populacji może nawet ulec podwojeniu do 2025 r., przy czym największego wzrostu zachorowań należy spodziewać się wśród osób po 65 r.ż. Brak jest także uzasadnienia dla nie wskazania w projekcie kryteriów kwalifikacji do programu i skierowanie działań do populacji ogólnej, nie zaś do osób z grup ryzyka.

Zaplanowany w projekcie dobór populacji nie jest zatem spójny z obecną epidemiologią w omawianym zakresie, jak również nie uwzględnia prognozowanych trendów chorobowych.

Interwencja

W ramach projektu programu planuje się przeprowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej, zakup 2 wideodermatoskopów oraz przeprowadzenie konsultacji dermatologicznych, na których ocenione zostanie ryzyko wystąpienia raka skóry oraz wykonane badanie wideodermatoskopem.

W ramach akcji informacyjnej zaplanowano przekazanie informacji nt. założeń programu, problemu zdrowotnego, a także epidemiologii nowotworów skóry. Warto wskazać, że edukacja zdrowotna powinna zostać skierowana do całej populacji mieszkańców danego obszaru, gdyż w przypadku raka skóry niezwykle istotna jest profilaktyka poprzez stałe obserwowanie zmian skórnych, niezależnie od wieku.

Treść przekazywana społeczeństwu powinna zawierać m.in. informacje dot. czynników ryzyka zachorowania na nowotwór skóry; ryzyka i korzyści związanych z ekspozycją na słońce i działaniem promieni UV; mitami nt. korzystania ze słońca, w tym opalania się. Zwraca się również szczególną uwagę na zasadność edukacji grup ryzyka wystąpienia nowotworów skóry, w tym edukację w kierunku: odbywania regularnych wizyt kontrolnych u lekarza specjalisty, samobadania skóry (1 raz w miesiącu) oraz stosowania środków ochrony słonecznej.

W ramach przesłanego projektu programu zaplanowano zakup 2 wideodermatoskopów, które wykorzystywane mają być w ramach konsultacji dermatologicznych. Ponadto w ramach wizyty ocenione mają zostać predyspozycje wystąpienia nowotworu skóry na podstawie opracowanej ankiety, którą do wypełnienia otrzyma zakwalifikowana do programu osoba. Do projektu nie dołączono ankiety, zatem nie ma możliwości zweryfikowania jej poprawności.

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej do podstawowych elementów diagnostycznych w zakresie czerniaka skóry należą: wywiad chorobowy, badanie skóry pacjenta, dermoskopia lub wideodermoskopia (PTOK 2014). W projekcie właściwie zaplanowano zatem, iż badanie wideodermoskopem będzie wykonywane przez lekarza specjalistę, a wynik badań będzie analizowany łącznie z wypełnioną przez pacjenta ankietą. Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi dermoskopia, w tym wideodermoskopia, stanowi podstawę postępowania diagnostycznego w zakresie nowotworów skóry na poziomie opieki drugorzędowej, tj. specjalistycznej (SIGN 2017, NICE 2016).

Nie rekomenduje się z kolei wykonywania rutynowej oceny pigmentowych zmian skórnych w populacji ogólnej przy zastosowaniu dermatoskopu, wideodermoskopu lub innych wspomaganych komputerowo narzędzi diagnostycznych, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (NICE 2015).

Należy także zaznaczyć, iż zgodnie z Obwieszczeniem 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) ww. konsultacja jest świadczeniem gwarantowanym. Miejsce, w którym udzielane jest ww. świadczenie musi być wyposażone w: mikroskop optyczny, dermatoskop oraz zestaw do pobierania wycinków. Zapewniony ma być również dostęp do badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych, USG, elektrokoagulacji, a także światłolecznictwa terapeutycznego. Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z danymi przedstawionymi przez autorów programu czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne – konsultację dermatologiczną – waha się od 30 do 100 dni.

Zgodnie z danymi NFZ najkrótszy czas oczekiwania pacjenta na wizytę w poradni dermatologicznej (Kalisz i Ostrów Wielkopolski) wynosi kolejno dla ww. miast centralnych 52 i 21 dni, a najdłuższy czas oczekiwania kolejno 57 i 54 dni. Dane te są rozbieżne z informacjami podanymi w projekcie. NFZ nie opublikował danych dot. czasu oczekiwania na wizytę w poradni dermatologicznej w pozostałych ww. miastach aglomeracji.

Projekt programu nie rozwiązuje jednak problemu zbyt długiego czasu oczekiwania na wizytę specjalistyczną u dermatologa. Ponadto, odnalezione rekomendacje wyraźnie wskazują, iż badanie dermatoskopem powinno być ograniczone do pacjentów kierowanych do konsultacji specjalistycznej przez lekarza POZ, bądź do pacjentów z grup ryzyka, będących już pod opieką specjalisty w omawianym zakresie. Planowane zatem działanie programu nie jest właściwe. Może się bowiem okazać, iż do lekarza specjalisty dostaną się w ramach programu osoby zdrowe, bez czynników ryzyka zachorowania na nowotwór skóry. Z kolei pacjenci, u których czynniki ryzyka występują, a także Ci, którzy zostali już wstępnie poinformowani o możliwości wystąpienia zmiany skórnej przez lekarza POZ, ze względu na brak miejsc bądź inny niż wskazany w programie wiek, nadal będą oczekiwać w kolejce na wizytę u dermatologa.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada jedynie wybiórcze przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Zgodnie z informacją zawartą w projekcie, ocenie końcowej podlegać będzie: zgłaszalność do programu, odsetek wykonanych badań, jakość świadczeń w programie. Uczestnikom programu wręczone zostaną ankiety oceniające stopień satysfakcji z udziału w programie. Podmioty lecznicze biorące udział w programie będą zobowiązane do napisania raportu końcowego.

Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu, ewaluacja natomiast jest analizą danych, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Zalecanymi wskaźnikami umożliwiającymi ewaluację działań z zakresu profilaktyki skóry na poziomie lokalnym w omawianym przez autorów zakresie są m.in.: częstość występowania określonego

nowotworu skóry przed i po wprowadzeniu interwencji; procent rozpoznanego nowotworu skóry w określonym stadium zaawansowania przez lekarza dermatologa; procent osób skierowanych do dalszego leczenia specjalistycznego; procent osób, którzy rozpoczęli dalszy proces terapeutyczny.

Warunki realizacji

Projekt programu zawiera opis poszczególnych jego etapów. Sposób wyboru realizatora programu został zatem przez autorów projektu właściwie określony. W projekcie odniesiono się także do kompetencji i warunków niezbędnych do realizacji konsultacji specjalistycznej. Oprócz lekarza specjalisty, dostępna będzie także pielęgniarka. Brak jest jednak wskazania, jaką rolę będzie ona pełnił.

Całkowity koszt programu został wyceniony na kwotę 2 126 880 zł. Na koszty całkowite składają się koszty merytoryczne programu w wysokości 1 772 400 zł oraz koszty zarządzania projektem w wysokości 354 480 zł. Przedstawiony budżet nie budzi zastrzeżeń. Opiniowany projekt programu będzie współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nowotwory skóry są jednymi z najczęściej występujących nowotworami na świecie. Zazwyczaj powstają w wyniku nadmiernej ekspozycji na promieniowanie słoneczne, które po wniknięciu do skóry z biegiem lat powodują jej uszkodzenie. Zmiany nowotworowe pojawiają się znacznie częściej w miejscach poddanych ekspozycji na słońce (UVA i UVB) takich jak twarz, szyja, plecy i kończyny. Nowotwory skóry są przeważnie nowotworami dobrze rokującymi oraz wyleczalnymi. Niemniej jednak niska świadomość nt. objawów nowotworów skóry prowadzi do ich późnego rozpoznania. Nowotwory skóry występują pod kilkoma postaciami, różniącymi się objawami, metodami leczenia oraz rokowaniem. Trzy nowotwory skóry zajmują szczególne miejsce w literaturze, są to: rak podstawnokomórkowy, rak kolczystokomórkowy oraz czerniak. Do pozostałych zmian nowotworów skóry, rzadziej występujących oraz opisywanych w literaturze należą: rak gruczolowy skóry z elementów przydatków skóry, włókniak nawracający guzowaty, mięsak Kaposi'ego skóry, choroba Bowena (pozasutkowa choroba Pageta), a także przerzuty innych nowotworów do skóry (w szczególności dotyczy to raka sutka, raka żołądka, raka jajnika, raka nerki).

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357) aktualnie dostępne są następujące świadczenia gwarantowane w omawianym zakresie: porada specjalistyczna – dermatologia i wenerologia, porada specjalistyczna – onkologiczna, porada specjalistyczna – chirurgia onkologiczna. Ponadto, zarówno dermatoskopia, jak i wideodermatoskopia znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych w zakresie wykonywanych badań diagnostycznych.

W Polsce dostępny jest dla świadczeniobiorców tzw. pakiet onkologiczny (szybka terapia onkologiczna). Rozwiązanie to jest przeznaczone dla wszystkich pacjentów, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy. Ponadto obowiązuje „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych” na lata 2016-2024. Wdrożenie programu obejmowało będzie zadania i działania dotyczące: promocji zdrowia i profilaktyki nowotworów, profilaktyki wtórnej, diagnostyki oraz wykrywania nowotworów, wsparcia procesu leczenia nowotworów poprzez uzupełnianie i wymianę wyrobów medycznych, edukacji onkologicznej, wspomaganie systemu rejestracji nowotworów. Efektem realizacji programu powinno być przybliżenie się do wskaźników europejskich w zakresie 5-letnich przeżyć chorych na te rodzaje nowotworów, które mają największy udział w strukturze zgonów w Polsce.

W Polsce prowadzona jest także oficjalna kampania Europejskiego Towarzystwa Onkologii Dermatologicznej o nazwie Euromelanoma. Jest to ogólnoeuropejska kampania profilaktyki raka

skóry, której celem jest rozpowszechnianie informacji o zapobieganiu raka skóry, wczesnym rozpoznaniu i leczeniu. Kampanię tę zapoczątkowano w 1999 roku w Belgii. Później rozszerzono ją na 29 krajów Europy, w tym Polskę. Poza organizowaną przez Euromelanomę coroczną kampanią bezpłatnego badania skóry, zapewniany jest także dostęp do informacji na temat nowotworów skóry. Kulminacją corocznych działań jest charytatywne badanie znamion w czasie, "Europejskiego Dnia Czerniaka".

Ocena technologii medycznej

W toku wyszukiwania odnalzeiono wytyczne:

- U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement - USPSTF 2016,
- Australasian College of Dermatologist - ACD 2014,
- Australian Cancer Network - ACN 2008
- National Institute for Health and Care Excellence - NICE 2015
- Polskie Towarzystwo Onkologii Kliniczne- PTOK 2014,
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN 20172014
- London Cancer Alliance - LCA 2014
- Cancer Council Australia / Australasian College of Dermatologist - CCA/COSoA 2014
- British Association of Dermatologists - BAD 2010

Wczesne wykrywanie nowotworów skóry

Nie rekomenduje się wykonywania przesiewowego badania skóry (polegającego na wzrokowej ocenie stanu skóry pacjenta przez lekarza) w ogólnej populacji osób dorosłych. Ryzyko szkody takiej interwencji wyraźnie istnieje, włączając w to wysoki odsetek niepotrzebnie wykonywanych biopsji, skutkujących kosmetycznymi, rzadziej funkcjonalnymi, działaniami niepożądanymi, jak również ryzykiem nadwykrywalności oraz nadmiernego leczenia

Nie rekomenduje się wykonywania rutynowej oceny pigmentowych zmian skórnych w populacji ogólnej przy zastosowaniu dermatoskopu, wideodermoskopu lub innych wspomaganych komputerowo narzędzi diagnostycznych, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

Postępowanie diagnostyczne

Zalecany schemat postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w warunkach polskich w przypadku podejrzenia czerniaka skóry został opracowany i udostępniony przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej. Do podstawowych elementów diagnostycznych w zakresie czerniaka skóry należą: wywiad chorobowy, badanie skóry pacjenta, dermoskopia lub wideodermoskopia; podstawę rozpoznania stanowi badanie histopatologiczne wyciętej chirurgicznie zmiany barwnikowej; do badań dodatkowych należą: podstawowe badania krwi, badanie RTG, badanie USG; działania terapeutyczne obejmują: biopsję wycinającą, radykalne wycięcie blizny po biopsji wycinającej, biopsję węzła wartowniczego, limfadenomektomię

Stosowanie dermatoskopii jest rekomendowane w ramach opieki specjalistycznej u tych pacjentów, którzy zostali skierowani przez lekarza POZ do konsultacji specjalistycznej ze względu na niepokojące zmiany pigmentowe na skórze lub u pacjentów pozostających pod stałą opieką specjalisty, a u których stwierdzono niepokojące zmiany na skórze podczas rutynowej wizyty kontrolnej. Dermatoskopia powinna być wykonywana wyłącznie przez lekarza przeszkolonego w tym zakresie

Biopsja lub planowane wycięcie zmiany skórnej nie powinny być wykonywane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej; pacjent z podejrzeniem nowotworu skóry powinien zostać skierowany na konsultację specjalistyczną do lekarza dermatologa lub chirurga plastycznego

Okres oczekiwania na konsultację specjalistyczną w przypadku podejrzenia nowotworu skóry nie powinien być dłuższy niż 2 tygodnie. Skierowanie powinno zostać wypełnione przez lekarza POZ w sposób wyczerpujący, podkreślający jednocześnie kryteria kierowania pacjenta do dalszego leczenia

Rekomenduje się podział opieki na dwa etapy: Local Skin Cancer Multidisciplinary Teams (LSMDTs) oraz Specialist Skin Cancer Multidisciplinary Teams (SSMDTs) (w wolnym tłumaczeniu: podstawowy oraz specjalistyczny zespół wielodyscyplinarny ds. nowotworów skóry). Wszystkie przypadki pacjentów ze zdiagnozowanym nowotworem skóry, w tym w szczególności czerniakiem skóry, powinny być przedyskutowane na specjalnym spotkaniu jednego z ww. zespołów wielodyscyplinarnych. Osoby ze zdiagnozowanym nowotworem skóry powinny mieć dostęp do pielęgniarki wyspecjalizowanej w opiece onkologicznej, pielęgniarka ta powinna wchodzić w skład zespołu wielodyscyplinarnego.

W ramach opieki specjalistycznej, u wszystkich pacjentów z rozpoznaniem czerniakiem skóry należy zmierzyć poziom witaminy D w organizmie; u tych pacjentów, u których stwierdzono niedobór witaminy D należy doradzić suplementację witaminy oraz monitorowanie jej poziomu w organizmie

Badania genetyczne w zakresie mutacji genu CDKN2A powinny być oferowane osobom, u których w najbliższej rodzinie (krewny I stopnia) wystąpił czerniak skóry lub rak trzustki lub u których wystąpił przerzutowy czerniak skóry bądź czerniak nie poddający się usunięciu chirurgicznemu.

Wszyscy pracownicy ochrony zdrowia powinni być świadomi czynników ryzyka występowania nowotworów skóry.

Edukacja zdrowotna

Rekomenduje się prowadzenie kampanii krajowych oraz lokalnych za pomocą środków masowego przekazu, mających na celu podniesienie świadomości społecznej w zakresie profilaktyki nowotworów skóry.

Szczególne znaczenie powinny mieć działania z zakresu profilaktyki nowotworów skóry, ukierunkowane na grupy wysokiego ryzyka zachorowania. Treść przekazywanych informacji powinna dotyczyć: czynników ryzyka zachorowania na nowotwór skóry, w tym szczególnie czerniaka skóry; ryzyka i korzyści związanych z ekspozycją na słońce i działaniem promieni UV; mitami nt. korzystania ze słońca, w tym opalania się; metodami ochrony przed słońcem; znaczenia kontroli swojego stanu skóry.

Identyfikacja i opieka nad pacjentami z grupy wysokiego ryzyka powinna być oparta na następujących kryteriach: wieku i płci pacjenta, historii wcześniejszego czerniaka lub nowotworu skóry nie czerniakowego, liczba znamion (zwykłych i atypowych), historia czerniaka w wywiadzie rodzinnym, koloryt skóry i włosów, reakcja skóry na ekspozycję słoneczną. Osoby będące w grupach ryzyka zachorowania na nowotwór skóry powinni być wyedukowani w kierunku konieczności wykonywania regularnego samobadania skóry (1 raz w miesiącu) oraz konsultowania swojego stanu skóry na regularnych wizytach specjalistycznych ()

Rekomenduje się, aby zachęcać ludzi do zapoznania się ze stanem swojej skóry (w tym skóry narażonej na nadmierną ekspozycję słoneczną), jak również do zwracania uwagi na występujące na niej zmiany oraz konsultowania tych zmian z lekarzem. Rekomenduje się wspieranie działań mających na celu poprawę profilaktyki nowotworów skóry przez pracodawców w ramach bezpieczeństwa i higieny pracy

Zalecanymi wskaźnikami umożliwiającymi monitorowanie i ewaluację działań z zakresu profilaktyki skóry na poziomie lokalnym są: częstość występowania raka skóry; procent rozpoznanego nowotworu skóry w określonym stadium zaawansowania; procent zmian skórnych usuniętych przez lekarza; zdarzenia związane z bezpieczeństwem pacjenta zgłoszone w związku z usunięciem zmiany; czas między otrzymaniem skierowania od lekarza POZ, a wizytą u lekarza specjalisty; czas między otrzymaniem skierowania od lekarza POZ, a rzeczywistym rozpoczęciem leczenia; pigmentowane zmiany skórne nie poddane biopsji, a które zostały następnie zdiagnozowane jako rak skóry

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.142.2017 „Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020” realizowany przez: Województwo wielkopolskie, Warszawa, lipiec 2017 oraz Aneksu „Profilaktyka nowotworów skóry– wspólne podstawy oceny” z lipca 2017. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 207/2017 z dnia 24 lipca 2017 roku o projekcie programu „Profilaktyka nowotworów skóry w Aglomeracji Kalisko-Ostrowskiej na lata 2018-2020” (woj. wielkopolskie)