



# Centralny Ośrodek Koordynujący Raport z realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy

za okres 01.01.2008 do 31.12.2008

Central Coordinating Center  
Summary of the National Cervical Cancer Screening Program in Poland  
in the period from January 1<sup>st</sup> till December 31<sup>st</sup> 2008

Spaczyński Marek  
Michalska Magdalena  
Januszek-Michalecka Lucyna

## Skryning raka szyjki macicy w Polsce na tle państw Unii Europejskiej

Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy działa w Polsce od 3 lat. Etap, na jakim profilaktyka raka szyjki macicy jest dziś w Polsce, wbrew pojawiającym się opiniom krytycznym, dobrze rokuje na przyszłość. Wdrożony skryning oparty jest o najwyższe standardy europejskie. Zgodnie z rekomendacjami Rady Unii Europejskiej i Światowej Organizacji Zdrowia [1, 2], kładzie nacisk na jakość badań, a także na określenie populacji do przebadania celem uniknięcia marnotrawienia środków finansowych. Konsekwencją takiej budowy programu ma być zwiększenie dostępności badań dla większej liczby pacjentów, szczególnie z grupy ryzyka. Opracowanie rekomendacji w przypadku nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego, stałe kontrolowanie jakości pracy świadczeniodawców, rozszerzanie współpracy patomorfologów z ginekologami i onkologami oraz prowadzenie kampanii edukacyjnej wśród personelu medycznego średniego i wyższego stopnia, to tylko niektóre z integralnych elementów zaawansowanej i nowoczesnej profilaktyki, które w naszym kraju już funkcjonują.

Doświadczenia unijne wskazują, że efektywny program profilaktyczny wprowadzany i rozwijany jest stopniowo i powoli. Jego dostosowanie do realiów konkretnego obszaru składa się z kilku faz: planowania, pilotażu, wdrażania na skalę krajową, a następnie dopracowywania poszczególnych elementów składowych na różnych poziomach realizacji.

Ten złożony proces obejmuje wiele aspektów, między innymi przetransponowanie wytycznych do prowadzenia efektywnego skryningu na grunt docelowego państwa z uwzględnieniem zasobów finansowych, wielkości populacji do objęcia badaniami przesiewowymi, zapewnienia odpowiedniego zaplecza kadrowego i sprzętowego, stworzenia systemu do rejestrowania, monitorowania i oceny efektywności badań, a nawet wprowadzenia zmian legislacyjnych. Zakres regulacji organizacyjno-prawnych zależy od typu przyjętej strategii profilaktycznej. Definicje podstawowych modeli przedstawiono na rycinie 1.

W Polsce przyjęto model rozbudowany, najtrudniejszy do wprowadzenia ze względu na swą złożoność, ale po pełnym wdrożeniu - najbardziej efektywny ekonomicznie i zdrowotnie. (Rycina 2).

Niestety, samo określenie wspomnianych ram programowych jest dopiero pierwszym krokiem. Uzyskanie wyników w postaci efektywnego skryningu wymaga lat pracy, wsparcia politycznego, rozbudowy złożonej infrastruktury, stałych nakładów finansowych i rzetelnej kontroli jakości. Niezbędna jest integracja multidyscyplinarnych zespołów specjalistów odpowiedzialnych za poszczególne etapy diagnostyki i leczenia zmian wykrytych w skryningu. Konieczne jest zintegrowanie nowych procedur z istniejącym systemem opieki zdrowotnej oraz programami monitorowania skryningu i systemem ewaluacji działań. Nawet w krajach, gdzie populacja objęta skryningiem jest stosunkowo niewielka, rozmiar przedsięwzięcia jest ogromny.

## Typy programów skriningowych

- **skrining programowy** ustawowo/prawnie uregulowane zasady (rodzaj testu, interwał między badaniami, populacja do przebadania), finansowanie publiczne
- **skrining pozaprogramowy** (okazjonalny, oportunistyczny) brak 1 lub więcej elementów skriningu programowego i/lub pacjenci niekwalifikujący się do programu
- **skrining zorganizowany** programowy, który dodatkowo posiada struktury koordynujące na krajowym i regionalnym poziomie, ma system monitorowania wszystkich etapów badań przesiewowych, raportowania wyników i określa wytyczne postępowania w przypadku nieprawidłowej cytologii (dalsza diagnostyka i leczenie)
- **skrining populacyjny** określona docelowa grupa na danym obszarze w każdej rundzie skriningu jest identyfikowana i imiennie zapraszana na badania

Oprac. na podst. Raportu IARC 2008

Rycina 1. Typy programów skriningowych.

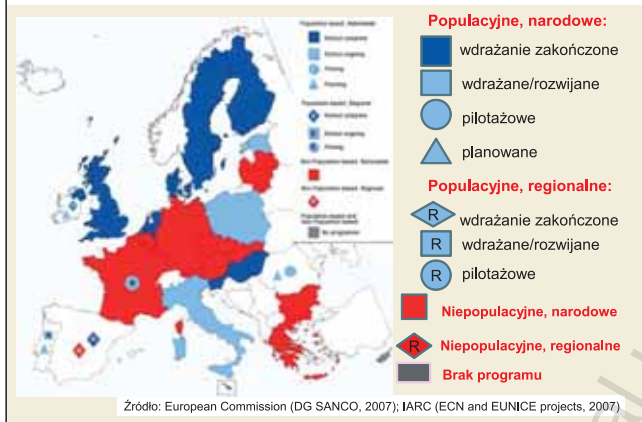
## Skrining w Polsce:

- programowy
- zorganizowany
- populacyjny

a więc posiada wszystkie cechy, które według Międzynarodowej Agencji ds. Badań nad Rakim i WHO (po zakończeniu procesu wdrażania) winny gwarantować efektywność zdrowotną i finansową

Rycina 2. Skrining w Polsce.

## Programy skriningowe w Europie 2007



Rycina 3. Programy skriningowe w Europie.

## Populacja objęta skriningiem: 2007

- **109 milionów** kobiet w wieku **30-60 lat** mieszka w **27 państwach** Unii Europejskiej
- w 2007 roku na badania cytologiczne w ramach programów zgłosiły się **ok. 32 miliony kobiet** (programy te obejmują w sumie **146 mln kobiet** w różnym wieku)
- **55 milionów kobiet (51%)** w **17 krajach** UE obejmują populacyjne programy skriningowe
  - **22% kobiet w 7 krajach** obejmuje program narodowy
- **51 milionów kobiet (47%)** w **12 krajach** UE obejmują programy niepopulacyjne (4 państwa równolegle prowadzą program populacyjny i niepopulacyjny)
- tylko **2 kraje** UE nie prowadzą skriningu

Źródło: Raport IARC 2008

Rycina 4. Populacja objęta skriningiem.

Dlatego według ekspertów przygotowanie i efektywne ukończenie wdrażania programu skriningowego na skalę narodową musi być procesem długotrwałym i może trwać 10 lat lub dłużej, zależnie od możliwości organizacyjnych i zaplecza kadrowego [1, 3, 4]. Zasadniczym błędem jest oczekiwanie natychmiastowych efektów. Postępowanie winny cechować metodyczne i merytoryczne przygotowanie oraz konsekwencja.

Tak jak dyskutować można nad kształtem pewnych składowych programu skriningowego, sama zasadność jego prowadzenia w ramach ochrony zdrowia na skalę krajową jest zatem bezdyskusyjna. Obecny w Unii Europejskiej skrining cytologiczny na różnych etapach wdrażania funkcjonuje w 25 z 27 państw członkowskich, a tylko 2 spośród nich nie wprowadziły dotychczas żadnej formy profilaktycznych badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. (Rycina 3).

Raport WHO i Międzynarodowej Agencji ds. Badań nad Rakim [1], dotyczący postępów we wdrażaniu rekomendacji Rady UE w sprawie badań przesiewowych podkreśla, jak wiele jest jeszcze do zrobienia w tej dziedzinie, niemniej jednak

każe docenić postęp, jakiego państwa Unii Europejskiej już dokonały.

Działania podjęte i wykonane do tej pory w Polsce raport WHO ocenia pozytywnie. Obecnie podstawy profilaktyki zostały w naszym kraju ugruntowane, a przez następnych kilka lat głównym celem realizatorów Programu będzie dbałość o utrzymanie wysokich standardów jakości badań cytologicznych, poprawa efektywności leczenia związanego z wykrywanymi zmianami, jak również podnoszenie poziomu zgłaszalności.

Osiągnięty w Polsce w roku 2008 poziom 800 tys. pobranych cytologii (24% populacji/dany rok), jest wyższy o 100tys. badań w stosunku do roku ubiegłego. Wynik ten nadal nie jest zadawalający, należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że średnia europejska w 2007 roku wg danych szacunkowych wynosiła ok. 22%. W krajach UE wykonano wówczas 32 mln badań cytologicznych (z czego 24 mln w ramach programów niepopulacyjnych – a więc nie wiadomo, czy wszystkie były zasadne), podczas gdy populacja objęta w tym czasie różnego typu

programami skriningu cytologicznego wynosiła 146 mln kobiet [1]. (Rycina 4). Trudno jednak określić ile z nich miało zostać przebadanych w danym roku ze względu na różne interwały między badaniami w poszczególnych państwach UE.

Oceniając efektywność profilaktyki w naszym kraju pamiętać należy również o istnieniu skriningu pozaprogramowego (okazjonalnego), a więc badań finansowanych przez NFZ, ale niewpisanych do programu SIMP (np. w ramach Ambulatoryjnej czy Podstawowej Opieki Specjalistycznej) oraz cytologiach pobieranych w gabinetach prywatnych. Mogą być one wynikiem prowadzonej kampanii społecznej i mieć wpływ na stan epidemiologiczny, ale są trudne do monitorowania. WHO szacuje, że ich liczba może wynosić nawet ponad 100% badań wykonanych w ramach skriningu zorganizowanego [4].

Kampania edukacyjna wśród personelu medycznego oraz wprowadzanie coraz wyższych standardów diagnostyki i leczenia niewątpliwie wpływają na poprawę jakości badań profilaktycznych wykonywanych również poza programem. W praktyce oznacza to zwiększenie wykrywalności zmian przednowotworowych, a tym samym zmniejszenie zachorowalności na raka szyjki macicy w całym kraju.

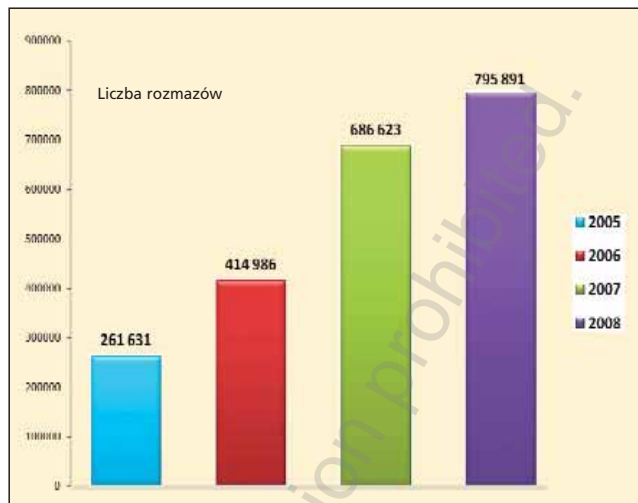
## Raport z realizacji Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy w Polsce

za okres 1.01.2008 do 31.12.2008

Wdrożony w 2006 roku System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki jest narzędziem umożliwiającym weryfikację, która pacjentka została objęta Programem Profilaktyki. Pozwala na kontrolę *on line* daty ostatniego badania cytologicznego i wyniku każdej pacjentki oraz na monitorowanie jej losu w przypadku nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego. Z uwagi na fakt, że począwszy od 2007 r. wszyscy świadczeniodawcy Programu zobowiązani są do sprawozdawczości, aktualizowania i współtworzenia bazy danych SIMP, możliwe jest tworzenie statystyk obrazujących realizację Programu na każdym jego etapie.

Poniżej przedstawiamy dane opracowane na podstawie SIMP podsumowujące ubiegły rok. W Polsce w 2008 roku populacja do przebadania w ramach profilaktyki raka szyjki macicy wynosiła **3 252 888 kobiet**. W Programie wykonano w 2008 roku **795 891 rozmazów cytologicznych**. W porównaniu do roku 2007 liczba wykonanych badań wzrosła o 13,65%. (Rycina 5).

Najwięcej badań cytologicznych wykonano w lipcu i październiku. W lipcu wysoka zgłaszalność kobiet do udziału w Programie spowodowana była realizowaną w czerwcu wysyłką zaproszeń na badania, natomiast porównywalna zgłaszalność w październiku to efekt działań o charakterze informacyjnym – przede wszystkim emisji spotu promującego bezpłatne badania w mediach ogólnopolskich, jak również wzmoczonych działań promocyjnych (kampanii telewizyjnych, prasowych, akcji plenerowych itp.) realizowanych przez Centralny oraz Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące.



Rycina 5. Liczba rozmazów cytologicznych pobranych w latach 2005-2008 (skala ogólnopolska) w ramach Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy.

Podkreślić należy również, że na wzrost liczby wykonanych rozmazów cytologicznych wpływ ma zwiększenie ich dostępności w ramach samego Programu. Liczba świadczeniodawców wzrosła z 1226 w roku 2007 do 2357 w roku 2008. W czerwcu 2008 roku NFZ wysłał ok. 2 mln 600 tys. zaproszeń w 4 tygodniowych transzach. Niestety, wysyłanie zaproszeń realizowane niesystematycznie nie przynosi pożądanych efektów. Skutkuje zbyt dużą liczbą pacjentek przypadających na jednego świadczeniodawcę, co wydłuża kolejkę oczekujących na termin wizyty. Niemniej jednak uważamy, że zaproszenia są jednym z kluczowych elementów warunkujących powodzenie Programu.

**Do dnia 31.12.2008 roku badaniami cytologicznymi w ramach Programu objęto 24,43% populacji przewidzianej do zbadania w ciągu roku, w tym na wysłane imienne zaproszenia zgłosiło się tylko 7,69% populacji kobiet.**

Szczegółowy rozkład zaplanowanych i wykonanych badań przedstawiono w tabeli I. Województwa, w których wykonano najwięcej badań to warmińsko-mazurskie, w którym w 2008 roku przebadano 33,61% populacji, zachodniopomorskie 33,43%, opolskie 30,98%, podkarpackie 30,53% i podlaskie 28,4%. Najmniej badań, bo tylko u 18% z zaplanowanej populacji, wykonano w województwie mazowieckim, choć jednocześnie jest to region o bardzo dużej ilości badań przypadających na świadczeniodawcę.

Analizując całość wyników cytologicznych w roku 2008 można z satysfakcją dostrzec mniejszą, w porównaniu z rokiem 2007, liczbę wyników cytologicznych nienadających się do oceny. Świadczy to o wyraźnej poprawie jakości pracy na etapie podstawowym Programu. Odsetek tych wyników wraz z odsetkiem wyników dodatnich z podziałem na województwa przedstawiono w tabeli II.

W programach przesiewowych nieprawidłowe wyniki badania cytologicznego stanowią od 1 do 8% wszystkich ocenionych rozmazów.

Tabela I. Objęcie skriningiem cytologicznym populacji w roku 2008.

Województwo	Roczna populacja do przebadania	Populacja przebadana	% populacji przebadanej
DOLNOŚLĄSKIE	253 650	70 235	27,69
KUJAWSKO-POMORSKIE	180 251	43 769	24,28
LUBELSKIE	180 376	45 163	25,04
LUBUSKIE	88 388	18 281	20,68
ŁÓDZKIE	220 395	41 994	19,05
MAŁOPOLSKIE	268 838	55 095	20,49
MAZOWIECKIE	444 286	80 530	18,13
OPOLSKIE	82 588	25 582	30,98
PODKARPACKIE	171 907	52 483	30,53
PODLASKIE	97 004	27 548	28,4
POMORSKIE	190 174	53 111	27,93
ŚLĄSKIE	403 620	105 661	26,18
ŚWIĘTOKRZYSKIE	106 206	28 928	27,24
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	123 187	41 397	33,61
WIELKOPOLSKIE	292 574	54 891	18,76
ZACHODNIOPOMORSKIE	149 444	49 961	33,43
<b>ŚREDNIO</b>	<b>3 252 888</b>	<b>795 891</b>	<b>24,43</b>

Tabela II. Odsetek wyników dodatnich i wyników nie do oceny w latach 2007-2008.

Lp.	Województwo	2007			2008		
		liczba Świadczeniodawców (etap diagnostyczny)	Procent wyników dodatnich [%]	Procent wyników nie do oceny [%]	Liczba Świadczeniodawców (etap diagnostyczny)	Procent wyników dodatnich [%]	Procent wyników nie do oceny [%]
1	DOLNOŚLĄSKIE	6	1,89	2,07	8	1,94	2,31
2	KUJAWSKO-POMORSKIE	6	2,67	1,49	6	2,66	1,16
3	LUBELSKIE	12	3,87	0,64	12	3,28	0,38
4	LUBUSKIE	2	3,57	1,87	2	4,41	2,11
5	ŁÓDZKIE	3	2,46	0,66	3	3,57	0,41
6	MAŁOPOLSKIE	4	3,2	0,9	4	4,19	0,75
7	MAZOWIECKIE	16	1,72	0,5	13	2,58	0,64
8	OPOLSKIE	2	2,25	2,8	2	1,91	3,77
9	PODKARPACKIE	3	2,37	0,22	5	2,15	0,2
10	PODLASKIE	4	3,17	1,78	6	3,32	1,42
11	POMORSKIE	9	2,11	0,51	7	1,88	0,27
12	ŚLĄSKIE	5	2,13	1,83	7	1,71	1,09
13	ŚWIĘTOKRZYSKIE	3	1,49	1,03	3	1,7	0,66
14	WARMIŃSKO-MAZURSKIE	2	1,5	1,58	2	2,56	0,37
15	WIELKOPOLSKIE	6	3,21	0,54	7	2,68	0,49
16	ZACHODNIOPOMORSKIE	2	2,05	0,35	2	1,94	0,49
	<b>OGÓŁEM</b>	<b>85</b>	<b>2,37</b>	<b>1,14</b>	<b>89</b>	<b>2,5</b>	<b>0,93</b>

W Polsce w ramach Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy w 2008 roku, wśród 795 891 wykonanych badań, nieprawidłowych wyników cytologicznych było 19 703 (2,5%). Przyczyną tego stosunkowo niskiego odsetka wyników nieprawidłowych może być, oprócz niewątpliwie niskiej zgłaszalności w całej populacji, brak objęcia badaniem grup ryzyka oraz częstsza zgłaszalność kobiet regularnie wykonujących badania. (Tabela II, III).

Spośród wszystkich nieprawidłowych wyników najczęściej, bo aż 9538 (48,4%) stanowił ASC-US oraz LSIL – 5406 (27,4%). Według założeń Populacyjnego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy kobiety z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego powinny zostać skierowane do Świadczeniodawcy Etapu Pogłębionego celem wykonania kolposkopii, testu DNA-HPV, testu mRNA – HPV, biopsji szyjki macicy oraz diagnostycznego skrobienia

kanafu szyjki i trzonu macicy z weryfikacją histopatologiczną. Z ogólnej liczby 19703 pacjentek z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego do etapu diagnostyki pogłębionej zgłosiło się tylko 2998 pacjentek. (Tabela IV).

Pozostała grupa 16705 opuściła Program i prawdopodobnie poddana została dalszej diagnostyce na oddziałach szpitalnych lub w prywatnych gabinetach. Kierowanie pacjentek na oddziały szpitalne spowodowane jest m.in. tym, że te same procedury lepiej opłacane są przez NFZ w systemie szpitalnym niż ambulatoryjnym. Analiza procedur wykonanych na tzw. etapie pogłębionym, czyli weryfikujących nieprawidłowy wynik badania cytologicznego, wskazała na dużą dowolność metod diagnostycznych wybieranych przez lekarzy. W ponad jednej trzeciej przypadków nieprawidłowych wyników cytologicznych wykonano samą kolposkopię, która w znacznej liczbie okazywała się być niesatysfakcjonująca lub też obraz jej był prawidłowy. (Tabela IV).

Kolposkopia jest metodą subiektywną i jej wynik w wielu przypadkach może być niesatysfakcjonujący, ponadto wymaga posiadania odpowiedniego sprzętu oraz wysokich kwalifikacji osoby wykonującej badanie. Jest też metodą najdroższą. Niestety, w naszym kraju dotąd nie przeprowadzono symulacji kosztów dla wykonanych poszczególnych metod diagnostycznych. Uważamy, że dla potwierdzenia lub wykluczenia wewnątrznałonkowej neoplazji lub raka inwazyjnego badanie kolposkopowe najbardziej przydatne jest przy wykonywaniu biopsji celowanej szyjki macicy.

Dążąc do ujednoczenia procedur oraz ich obiektywizacji, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne wraz z Centralnym Ośrodkiem Koordynującym Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy stworzyło rekomendacje postępowania w przypadku nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego oraz zaproponowało algorytm diagnostyczny u kobiet z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego.

Tabela III. Analiza wyników badań cytologicznych w roku 2008 na etapie diagnostycznym.

Całkowita liczba badań cytologicznych pobranych w Programie	Liczba świadczeniodawców etapu diagnostycznego	Nieprawidłowe komórki nabłonka						
		OGÓLEM	płaskiego					gruczołowego
			ASC-US	ASC-H	LSIL	HSIL	Podjęzienie raka płasko-nabłonkowego	(AGC) do dalszej diagnostyki w etapie pogłębionym
795 891	89	19703 (100%)	9538 (48,41%)	1054 (5,35%)	5406 (27,44%)	2256 (11,45%)	241 (1,22%)	1208 (6,13%)

Tabela IV. Analiza nieprawidłowych wyników badań cytologicznych w roku 2008 na etapie diagnostyki pogłębionej.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	WYŁĄCZNIE KOLPOSKOPIA				KOLPOSKOPIA Z BIOPSJĄ										Ogólna liczba badań
		NIE SATYSFAKCUJĄCA	OBRAZ PRAWIDŁOWY	OBRAZ NIEPRAWIDŁOWY	OGÓLEM (kolposkopia)	Zmiany patologiczne Ogółem 1613					Rak przedinwazyjny szyjki macicy	Rak inwazyjny szyjki macicy	Rak gruczołowy szyjki macicy	OGÓLEM (kolposkopia z biopsją)		
						PRAWIDŁOWY	ZMIANY NIEZŁOŚLIME (np. polipy)	CIN1	CIN2	CIN3						
DOLNOŚLĄSKIE	2	38	15	17	70	21	126	17	19	17	5	2	0	207	277	
KUJAWSKO-POMORSKIE	3	42	44	25	111	7	21	28	17	7	3	3	0	86	197	
LUBELSKIE	4	7	8	1	16	11	19	21	8	0	0	0	0	59	75	
LUBUSKIE	3	20	14	42	76	2	31	16	12	34	3	0	0	98	174	
ŁÓDZKIE	2	3	10	8	21	63	384	161	63	39	2	3	1	716	737	
MAŁOPOLSKIE	3	60	50	49	159	5	16	10	4	1	1	0	0	37	196	
MAZOWIECKIE	7	121	70	40	231	7	9	7	11	8	1	1	0	44	275	
OPOLSKIE	2	5	1	12	18	34	21	31	10	5	2	1	0	104	122	
PODKARPACKIE	2	1	6	2	9	0	0	0	2	0	0	0	0	2	11	
PODLASKIE	3	31	8	15	54	2	1	2	2	2	0	1	0	10	64	
POMORSKIE	12	19	18	43	80	18	28	18	16	27	5	2	0	114	194	
ŚLĄSKIE	12	15	22	20	57	40	96	42	18	31	3	1	0	231	288	
ŚWIĘTOKRZYSKIE	2	7	38	1	46	0	0	0	0	1	0	0	0	1	47	
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	3	1	0	0	1	56	3	2	13	27	3	1	0	105	106	
WIELKOPOLSKIE	5	19	10	6	35	53	43	26	26	14	4	4	1	171	206	
ZACHODNIOPOMORSKIE	2	14	13	2	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	29	
<b>OGÓLEM</b>	<b>67</b>	<b>403</b>	<b>327</b>	<b>283</b>	<b>1013</b>	<b>319</b>	<b>798</b>	<b>381</b>	<b>221</b>	<b>213</b>	<b>32</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>1985</b>	<b>2998</b>	

Wśród kobiet, u których w ramach etapu pogłębionego wykonano kolposkopię i biopsję, łącznie wykryto 868 przypadków stanów przedrakowych i raka szyjki macicy. Śródnabłonkową neoplazję szyjki macicy zdiagnozowano w następującej liczbie: CIN I – u 381, CIN II – u 221 i CIN III – u 213 kobiet. U 32 kobiet wykryto raka przedinwazyjnego, natomiast u 19 raka inwazyjnego. Rak gruczołowy został zdiagnozowany tylko w 2 przypadkach. Dane te dotyczą tylko przypadków zarejestrowanych w systemie SIMP.

### Działalność szkoleniowa

Począwszy od 2007 roku Centralny Ośrodek Koordynujący prowadzi szeroką działalność szkoleniową. Cyklami wykładów zawierającymi najnowsze doniesienia z zakresu pierwotnej i wtórnej profilaktyki raka szyjki macicy oraz informacje o strukturze Programu objęte zostały środowiska lekarzy ginekologów, pediatrów, lekarzy POZ oraz położne. W ramach tej działalności odbyło się 10 spotkań dla lekarzy ginekologów i lekarzy POZ zatytułowanych „Współczesne trendy w profilaktyce i wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy”, 10 konferencji dla położnych i 5 konferencji dla przedstawicielek nie-medycznych środowisk opiniotwórczych pod tym samym tytułem. Przeszkolono łącznie 1649 uczestników.

W porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia opracowano system szkoleń położnych i położnych rodzinnych celem włączenia tej grupy zawodowej do pobierania rozmazów cytologicznych w Populacyjnym Programie Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy. W 2008 roku w wyniku odbycia centralnych i wojewódzkich kursów dokształcających certyfikaty uprawniające do pobierania cytologii w skriningu raka szyjki macicy otrzymało 460 położnych.

**W roku 2006 z inicjatywy Centralnego Ośrodka Koordynującego powstała ogólnopolska Kampania Społeczna „Wybierz Życie”.** W jej ramach uruchomiono witrynę internetową Programu, opracowano treść i formę materiałów edukacyjnych, wyprodukowano i rozpowszechniono film edukacyjny „Rak szyjki macicy, profilaktyka – diagnostyka – zagrożenia”, wyprodukowano materiały promocyjne zachęcające pacjentki do udziału w Programie. W ciągu roku do przychodni, aptek i jednostek użyteczności publicznej trafiło milion ulotek oraz 800 tys. broszur informacyjnych. Biorąc pod uwagę stosunkowo niewielkie nakłady finansowe przeznaczone na działania o charakterze *public relations*, dużym osiągnięciem jest wyprodukowanie spotu telewizyjnego zachęcającego Polki do udziału w bezpłatnych badaniach cytologicznych. Spot wyemitowany został we wszystkich stacjach TVN w okresie od 15 lipca do 15 sierpnia 2008r., w TVP w listopadzie 2008r. oraz od września do grudnia przez wszystkie telewizje regionalne w całej Polsce. W okresie emisji spotu zauważalny był wyraźny wzrost zgłaszalności (o 38%) na badania cytologiczne.

**W roku 2007 wysłano ponad 6 mln zaproszeń na badania cytologiczne. W ubiegłym roku tylko ok. 2,6 mln.** Jednakże, mimo znacznie mniejszej liczby wysłanych zaproszeń, w roku 2008 wzrosła zgłaszalność. Jest to wynik realizowanej przez Centralny i Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące kampanii społecznej „Wybierz Życie”. Efektów w postaci dużego wzrostu zgłaszalności należy spodziewać się w ciągu kilku lat,

ponieważ edukacja grup społecznych o średnim i niskim statusie socjoekonomicznym to proces wymagający wieloletniej ciągłości konsekwentnych działań o charakterze informacyjnym i promocyjnym.

### Kontrole

W roku 2008 Centralny Ośrodek Koordynujący przeprowadził kontrole w 12 ośrodkach wojewódzkich. Zakres kontroli obejmował jakość pracy świadczeniodawców etapu podstawowego i diagnostycznego, sposób monitorowania pacjentek z nieprawidłowym wynikiem badania cytologicznego oraz realizację działań na rzecz podnoszenia świadomości w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy.

### W wyniku porozumienia ekspertów w dziedzinach ginekologii i położnictwa oraz patomorfologii doprowadzono do:

- jednoznacznego określenia roli patomorfologa jako specjalisty sprawującego nadzór nad całością cytodiagnostyki,
- funkcjonowania od 2009 roku wyłącznie klasyfikacji Bethesda w opisie wyniku badania cytologicznego,
- pobierania materiału do badania cytologicznego przez lekarzy specjalistów w ginekologii i położnictwie oraz przez położne z certyfikatem.

### Podsumowanie

Mimo wielu aktywnych działań podjętych w celu usprawnienia działań Programu, efekty jego realizacji w Polsce wciąż nie są zadowalające. Podstawowe wnioski wynikające z podsumowania działalności Programu wymagają pilnej poprawy i usprawnienia, choć zdajemy sobie sprawę, że trudno oczekiwać natychmiastowych efektów, i że uzyskanie efektywnego skriningu wymaga wielu lat pracy.

### Wnioski

- Nadal niska zgłaszalność.
- Nieefektywnie realizowane przez NFZ wysyłanie zaproszeń na bezpłatne badania cytologiczne.
- Niska świadomość społeczna.
- Brak dokładnych informacji na temat badań cytologicznych wykonanych w ramach ubezpieczenia w NFZ u kobiet w grupie wiekowej 25-59 lat.
- Długie terminy oczekiwania na badanie cytologiczne w niektórych ośrodkach etapu podstawowego.
- Słaba współpraca świadczeniodawców etapu podstawowego ze świadczeniodawcami etapu pogłębionego, co powoduje kierowanie pacjentek do dalszej diagnostyki bezpośrednio do oddziałów szpitalnych lub prywatnych praktyk lekarskich.
- Związany z tym brak danych w SIMP dotyczący diagnostyki, leczenia i wyników histopatologicznych pacjentek, które wyszły z programu.

**Oprócz kontynuacji działań o charakterze informacyjno-promocyjnym na rzecz poprawy uczestnictwa kobiet w Programie, następujące elementy wymagają pilnego usprawnienia:**

- Decentralizacja logistyki zaproszeń na bezpłatne badania cytologiczne. Całoroczne dostosowanie wysyłki do możliwości świadczeniodawców i rozmieszczenia

populacji w danym województwie oraz wysyłanie za-  
prośzeń na badania przez Wojewódzkie Ośrodki Koor-  
dynujące jest jednym z najbardziej istotnych elemen-  
tów warunkujących powodzenie Programu.

- Wprowadzenie przez NFZ zmian do warunków kon-  
traktowania świadczeń tak, aby uniemożliwić świad-  
czeniodawcy pobranie cytologii pacjentce w grupie  
wiekowej 25-59 lat z uniknięciem systemu SIMP.
- Dalsze szkolenie środowisk medycznych ze szczegó-  
łym naciskiem na lekarzy POZ i średniego personelu  
medycznego. Lekarze rodzinni zdecydowanie mają  
najczęstszy kontakt z pacjentkami i związana z tym  
możliwość pokierowania na badania profilaktyczne, co  
może mieć ogromny wpływ efektywność Programu.

## Piśmiennictwo

1. Karsa L, Antilla A, Ronco G, [et al.]. Cancer Screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. First report. *IARC*, 2008.
2. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening, Official Journal of the European Union, 16.12.2003 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:EN:PDF>
3. Arbyn M, Antilla A, Jordan J, [et al.]. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. *IARC*, 2008.
4. *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, vol. 10, Cervix Cancer Screening, *IARC Press*, Lyon 2005.