

Urząd Marszałkowski
Województwa Zachodniopomorskiego



**Kierunki rozwoju onkologii
w województwie zachodniopomorskim
na lata 2010 – 2015**

Szczecin, czerwiec 2010 r.

SPIS TREŚCI

I.	WPROWADZENIE	3
1.	Przedmiot i zadania programu	3
2.	Podstawy informacyjne i metodyka opracowania	4
II.	KIERUNKI ROZWOJU ONKOLOGII DOROSŁYCH	9
1.	CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA	10
1.1.	Sytuacja demograficzna	10
1.2.	Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób nowotworowych	14
1.3.	Zasoby i działalność opieki zdrowotnej	32
1.3.1.	Programy zdrowotne w zakresie zwalczania nowotworów	32
1.3.2.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	40
1.3.3.	Lecznictwo szpitalne	46
1.3.4.	Opieka paliatywna i hospicyjna	53
1.3.5.	Zasoby kadrowe	56
1.4.	Wnioski wynikające z części diagnostycznej	57
2.	CZĘŚĆ PLANISTYCZNA	58
2.1.	Cele strategiczne	58
2.2.	Potrzeby zdrowotne w zakresie onkologii	59
2.3.	Cele operacyjne w zakresie onkologii	60
2.4.	Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii	60
2.5.	Zadania szczegółowe	62
2.5.1.	Zadania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów	62
2.5.2.	Zadania w zakresie diagnostyki	64
2.5.3.	Zadania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	64
2.5.4.	Zadania w zakresie leczenia szpitalnego	65
2.5.5.	Zadania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej	66
2.5.6.	Zadania w zakresie kadr medycznych	67
III.	KIERUNKI ROZWOJU ONKOLOGII DZIECIĘCEJ	68
1.	WPROWADZENIE	69
2.	CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA	71
2.1.	Sytuacja demograficzna	71
2.2.	Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób nowotworowych u dzieci	72
2.3.	Zasoby i działalność opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej	76
2.3.1.	Działania w ramach programów zdrowotnych dla dzieci chorych na nowotwory	76
2.3.2.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	78
2.3.3.	Lecznictwo szpitalne	78
2.3.4.	Opieka paliatywna i hospicyjna dla dzieci	79
2.4.	Wnioski wynikające z części diagnostycznej	80
3.	CZĘŚĆ PLANISTYCZNA W ZAKRESIE ONKOLOGII DZIECIĘCEJ	81
3.1.	Potrzeby zdrowotne w zakresie onkologii dziecięcej	81
3.2.	Cele operacyjne w zakresie onkologii dziecięcej	82
3.3.	Kierunki rozwoju w zakresie onkologii dziecięcej	82
3.4.	Zadania szczegółowe w zakresie onkologii dziecięcej	83
3.4.1.	Zadania w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów u dzieci	83
3.4.2.	Zadania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	83
3.4.3.	Zadania w zakresie leczenia szpitalnego	83
3.4.4.	Zadania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej	83
	Uzupełnienie	84
IV.	DOKUMENTY I PUBLIKACJE WYKORZYSTANE PRZY OPRACOWANIU	85

I. WPROWADZENIE

1. Przedmiot i zadania programu

Program „Kierunki rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015” jest kontynuacją uszczegółowienia „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” przyjętej przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego uchwałą Nr XXIV/226/2001 z dnia 28 września 2001 r.

Program uwzględnia kompleksową opiekę zdrowotną w zakresie onkologii osób dorosłych i dzieci, poczynając od profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów poprzez diagnostykę, leczenie, a kończąc na opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Choroby nowotworowe są poważnym problemem społecznym, medycznym, a także ekonomicznym. Od wielu lat obserwowane są trendy wzrostu częstości zachorowań i zgonów z powodu nowotworów. Nowotwory są drugą przyczyną zgonów i jedną z podstawowych przyczyn niepełnosprawności i długotrwałej niezdolności do pracy. Stanowią ogromne obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej. Dlatego ważnym jest dążenie do prawidłowego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz do poprawienia i ustabilizowania dostępności do profilaktyki, diagnostyki i efektywnych terapii medycznych na możliwie najwyższym poziomie.

Planowanie przyszłych działań wymaga oceny aktualnych zasobów oraz zidentyfikowania problemów i ewentualnych niedoborów w tej części opieki zdrowotnej. Niezbędne jest przeprowadzenie analizy wskaźników epidemiologicznych i działalności jednostek opieki zdrowotnej oraz oceny rozmieszczenia świadczeniodawców na terenie województwa, liczby zatrudnionego personelu medycznego, a także ilości świadczeń zdrowotnych kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Nieustanny postęp w poszczególnych dziedzinach medycznych, zmieniająca się organizacja ochrony zdrowia i sposób jej finansowania wymusza na organizatorach i koordynatorach opieki zdrowotnej potrzebę monitorowania przyjętych wcześniej zadań i kierunków. Stale istniejącym problemem są niewystarczające środki finansowe, które w pewnym stopniu ograniczają dostęp do świadczeń oraz wprowadzanie niektórych nowych metod leczenia i technologii medycznych. Wobec istniejących ograniczeń ekonomicznych w pierwszej kolejności należy planować rozwój tych świadczeń zdrowotnych, które mogą przynieść największe efekty zarówno medyczne, jak i ekonomiczne.

W przypadku opieki medycznej w zakresie onkologii na terenie województwa zachodniopomorskiego ukształtowały się ośrodki specjalizujące się w zwalczaniu chorób nowotworowych, lecz zauważa się potrzebę ich optymalnego ukształtowania, wykorzystania i rozmieszczenia. Działania w tym zakresie muszą mieć nadany kierunek i cele do osiągnięcia w przyszłości, aby wzmocnić i osiągnąć optymalny poziom i jakość zwalczania schorzeń nowotworowych w regionie.

2. Podstawy informacyjne i metodyka opracowania

Do opracowywania „Kierunków rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2010-2015” wykorzystano dostępne dane statystyczne i epidemiologiczne oraz programy, badania, opracowania i informacje wielu instytucji, m.in.:

- Głównego Urzędu Statystycznego w Warszawie
- Urzędu Statystycznego w Szczecinie
- Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
- Zachodniopomorskiego Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia w Szczecinie
- Oddziału Zdrowia Publicznego w Zachodniopomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Szczecinie
- Ministerstwa Zdrowia
- Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego
- Zachodniopomorskiego Rejestru Nowotworów
- Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Określając cele i priorytety w rozwoju onkologii uwzględniono strategię, programy i inne dokumenty Światowej Organizacji Zdrowia, Unii Europejskiej, Ministerstwa Zdrowia oraz strategię Województwa Zachodniopomorskiego, tj.:

- Zalecenia **Kodeksu Walki z Rakiem** z 2003 r. w zakresie:
 - Prowadzenia zdrowego stylu życia poprawiającego ogólny stan zdrowia i zapobiegającego wielu zgonom z powodu nowotworów złośliwych,
 - Prowadzenia programów profilaktycznych zapobiegających rozwojowi nowotworów lub zwiększających prawdopodobieństwo ich wyleczenia.
- Cele programu **„Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”**. Światowej Organizacji Zdrowia w regionie europejskim, które m.in. wskazują na dążenie do:
 - Zmniejszenia dysproporcji w stanie zdrowia pomiędzy mieszkańcami krajów Regionu Europejskiego, m.in. w zakresie wzrostu długości życia, obniżenia wartości wskaźników zachorowalności, niepełnosprawności i umieralności.
 - Ograniczenia chorobowości, niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób nowotworowych.
 - Zdrowszego trybu życia w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej, redukcji uzależnień, radzenia ze stresem.
 - Stałego zarządzania jakością opieki zdrowotnej.
 - Rozwijania kadry pracowniczej w opiece zdrowotnej z odpowiednią wiedzą i umiejętnościami.

- Finansowania świadczeń zdrowotnych i alokacji środków opartej na zasadach równego dostępu, opłacalności, solidarności i optymalnej jakości.
- Cele strategiczne „**Strategii rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013**”, którymi są:
 - Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.
 - Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
 - Dostosowanie opieki zdrowotnej do dynamiki długookresowych trendów demograficznych.
 - Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa polskiego w stopniu zmniejszającym dystans istniejący pomiędzy Polską i średnim poziomem stanu zdrowia w Unii Europejskiej.
- Cele „**Narodowego Planu Zdrowotnego na lata 2004-2013**”, a zwłaszcza mówiące o:
 - Zmniejszeniu zachorowalności i umieralności spowodowanej nowotworami złośliwymi, zwłaszcza osób młodych i w średnim wieku w zakresie nowotworów: raka płuca, raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego, raka gruczołu krokowego.
- Cele „**Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015**”:
 - Cel strategiczny nr 2 - Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych
 - Cel operacyjny nr 14 - Usprawnienie wczesnej diagnostyki i czynnej opieki nad osobami zagrożonymi chorobami układu krążenia, udarami mózgowymi, nowotworami, powikłaniami cukrzycy, chorobami układu oddechowego oraz chorobami reumatycznymi.
- Cele **Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2006-2015**:
 - Zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
 - Osiągnięcie średnich europejskich wskaźników w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów;
 - Osiągnięcie średnich europejskich wskaźników skuteczności leczenia;
 - Stworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju nowotworów złośliwych;
 - Utworzenie systemu ciągłego monitorowania skuteczności zwalczania nowotworów w skali kraju i poszczególnych regionach kraju.
- Cel kierunkowy „**Strategii rozwoju województwa zachodniopomorskiego do roku 2020**”:
 - Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego.

- Cele **„Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego”** z 2001 r.
 - Zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory złośliwe.
 - Uzyskanie poprawy w wykrywaniu i wczesnym rozpoznawaniu raka szyjki macicy, piersi, prostaty, pęcherza moczowego, żołądka, przełyku, jelita grubego, czerniaka skóry.
 - Poprawa jakości badań diagnostycznych oraz dostępności skutecznych metod leczenia nowotworów złośliwych, w tym wzmocnienie radioterapii w zakresie aparatury i bazy łożkowej oraz rozwój chemioterapii w trybie dziennym.
 - Poprawa dostępności leczenia paliatywnego
 - Rozwój i wdrażanie najnowszych zdobyczy nauki w wykrywaniu ryzyka zachorowania, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

- **Priorytety zdrowotne ustalone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych**, uwzględniające stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety zdrowotne wymienione w rozporządzeniu wynikają z przyjętych przez Polskę wieloletnich programów zdrowotnych. Wytaczając kierunki rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim należy uwzględnić

priorytet zdrowotny nr 1:

Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo-sercowych w tym zawałów serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, przewlekłych chorób układu oddechowego.

- **„Koszyk” świadczeń gwarantowanych** wprowadzony nowymi regulacjami prawnymi w ochronie zdrowia tj. rozporządzeniami Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2009 r. ustalił w poszczególnych rodzajach opieki zdrowotnej wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych. Świadczenia gwarantowane z zakresu profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych są zawarte w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i programów zdrowotnych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Realizując ustawowe zadania samorządu województwa z zakresu promocji i ochrony zdrowia, Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego w dniu 30 kwietnia 2009 r. wyraził zgodę na powołanie **Zespołu ds. opracowania programu pn. „Kierunki rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2010 – 2015”**.

Zespół został powołany przez Marszałka Województwa Zachodniopomorskiego Zarządzeniem Nr 26/09 z dnia 12 marca 2010 r.

Skład Zespołu:

- 1) **Maciej Bejnarowicz** – p.o. Z-cy Dyrektora Wydziału Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego - przewodniczący Zespołu,
- 2) **Lek. med. Tomasz Żukowski** – Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie,
- 3) **Dr hab. n. med. Tomasz Urański** – Kierownik Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie – Przedstawiciel Wojewody Zachodniopomorskiego,
- 4) **Prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński** – Konsultant Krajowy w dziedzinie Genetyki Klinicznej, Kierownik Katedry Onkologii PAM w Szczecinie,
- 5) **Prof. dr hab. n. med. Józef Kładny** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chirurgii Onkologicznej, Katedra Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie,
- 6) **Prof. dr hab. n. med. Izabella Rzepka-Górska** – Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Ginekologii Onkologicznej, Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologii i Ginekologii Dorosłych i Dziewcząt PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie,
- 7) **Prof. dr hab. n. med. Andrzej Sikorski** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Urologii, Klinika Urologii, PAM Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2 w Szczecinie,
- 8) **Prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzki** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Chirurgii Klatki Piersiowej, Specjalistyczny Szpital im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie,
- 9) **Dr hab. n. med. Jarosław Peregud-Pogorzelski** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Onkologii i Hematologii Dziecięcej, I Klinika Chorób Dzieci PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie,
- 10) **Dr n. med. Ewa Jaworowska** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Otolaryngologii, Klinika Otolaryngologii PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie,
- 11) **Prof. dr hab. n. med. Barbara Zdziarska** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Hematologii, Klinika Hematologii PAM, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Szczecinie,
- 12) **Lek. med. Małgorzata Foszczyńska-Kłoda** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Onkologii Klinicznej, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie,
- 13) **Dr Danuta Rogowska** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie,
- 14) **Dr Jadwiga Zwięńcew** - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Św. Jana Ewangelisty w Szczecinie,
- 15) **Lek. med. Małgorzata Talerczyk** – Z-ca Dyrektora ds. medycznych Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii w Szczecinie,
- 16) **Lek. med. Hanna Symonowicz** – Ordynator Oddziału Onkologii i Chemioterapii, Szpital Wojewódzki w Koszalinie,
- 17) **Irena Wawreszuk** – Główny specjalista w Wydziale Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego.

Zespołowi powierzono zadanie oceny aktualnego stanu opieki zdrowotnej i wytyczenie kierunków polityki zdrowotnej w zakresie zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie zachodniopomorskim.

Program, na każdym etapie opracowania w Wydziale Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego, był opiniowany przez członków Zespołu oraz przez **Marka Hoka**, Członka Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego odpowiedzialnego za sprawy ochrony zdrowia.

Po ostatecznym opracowaniu projektu, dokument przedłożono do akceptacji Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego i skierowano pod obrady Sejmiku Województwa Zachodniopomorskiego celem akceptacji i przyjęcia w drodze uchwały.

Strukturę dokumentu stanowią dwa rozdziały dotyczące:

- **Onkologii dorosłych**
- **Onkologii dziecięcej**

Każdy z rozdziałów zawiera:

✓ **Część diagnostyczną, która opisuje:**

- sytuację demograficzną,
- sytuację epidemiologiczną,
- zasoby i działalność opieki zdrowotnej.

✓ **Część planistyczną, która wyznacza:**

- cele strategiczne i operacyjne,
- potrzeby zdrowotne,
- kierunki rozwoju,
- zadania szczegółowe do realizacji.

Opracowany dokument, po zatwierdzeniu przez Sejmik Województwa Zachodniopomorskiego, będzie stanowić wskazanie do planowania organizacji i właściwego funkcjonowania w województwie zachodniopomorskim systemu opieki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów, diagnozowania, leczenia oraz opieki zdrowotnej w stanie terminalnym. Przyjęty program będzie stanowić pomoc w podejmowaniu decyzji przez organizatorów ochrony zdrowia i zarządzających jednostkami opieki zdrowotnej oraz płatnika świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

II. KIERUNKI ROZWOJU ONKOLOGII DOROSŁYCH

1. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

Zachodzące nieustannie procesy demograficzno-epidemiologiczne mają istotny wpływ na kształtowanie się potrzeb zdrowotnych. Przy planowaniu opieki zdrowotnej dla populacji należy uwzględnić obecny stan, trendy i prognozy w tym zakresie.

1.1. Sytuacja demograficzna

Analiza sytuacji demograficznej województwa zachodniopomorskiego na tle kraju w porównaniu do poprzednich lat daje ważne informacje o procesie zmian społecznych i postępującej równolegle transformacji epidemiologicznej.

W ostatnim dziesięcioleciu przeciętne trwanie życia wydłużyło się. Przyrost naturalny spada, ale utrzymuje się na poziomie dodatnim. Podstawowymi trendami demograficznymi obserwowanymi od kilku lat w Polsce i województwie zachodniopomorskim jest stopniowe zmniejszanie się liczby ludności oraz stopniowy wzrost liczby osób starszych. Zmieniają się proporcje ludności w grupach wiekowych. Zwiększa się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym, a zmniejsza się liczba ludności pracującej. Zjawisko starzenia demograficznego jest wynikiem nakładania się wzrostu średniej długości życia oraz spadku przyrostu naturalnego z sukcesywnym wydłużaniem długości życia.

Tab. 1. Liczba ludności województwa zachodniopomorskiego w 1999 i 2007 roku

Rok	Ogółem	w tym			
		Mężczyźni	Kobiety	Miasta	Wieś
1999	1 732 838	848 153	884 685	1 208 443	524 395
2007	1 692 271	821 952	870 319	1 165 544	526 727

Źródło: GUS

W województwie zachodniopomorskim w 2007 r. w porównaniu do 1999 r. **mimo utrzymującego się dodatniego przyrostu naturalnego**, którego wskaźnik w 2007 r. wynosił 0,8, a w 2008 r. 1,1, **liczba ludności zmniejszyła się o 40 567 osób**. Nastąpił spadek liczby mieszkańców miast o 3,5% i wzrost liczby mieszkańców wsi o 0,4%. Kobiety stanowią ponad połowę ogółu populacji. W województwie zachodniopomorskim **na 100 mężczyzn przypadało 105 kobiet** (107 w Polsce). Znaczna nadwyżka liczebna kobiet nad mężczyznami występuje w grupie wiekowej 40-44 lata i od tego wieku gwałtownie rośnie. W grupie wiekowej 65 lat na 100 mężczyzn przypada aż 160 kobiet.

Tab. 2. Ludność województwa zachodniopomorskiego w 2007 roku wg powiatów z podziałem na podregiony

Lp.	Powiaty	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Ludność w miastach w % ogółu ludności
	Województwo	1 692 271	821 952	870 319	68,9
	Podregion szczeciński	1 100 307	534 406	565 901	72,7

1	Miasto Szczecin	407 811	193 744	214 067	100,0
2	Miasto Świnoujście	40 871	19 816	21 055	100,0
3	Choszczno	49 833	24 738	25 095	47,9
4	Goleniów	79 354	38 947	40 407	53,4
5	Gryfice	60 709	29 933	30 776	50,5
6	Gryfino	83 028	41 139	41 889	45,5
7	Kamień Pom.	47 683	23 326	24 357	52,7
8	Łobez	38 206	18 763	19 443	53,2
9	Myślibórz	67 257	33 125	34 132	59,2
10	Police	66 436	32 768	33 668	53,2
11	Pyrzyce	39 927	19 841	20 086	42,2
12	Stargard	119 192	58 266	60 926	66,5
	Podregion koszaliński	591 964	287 546	304 418	61,7
1	Miasto Koszalin	107 376	51 042	56 334	100,0
2	Białogard	48 261	23 604	24 657	62,6
3	Drawsko Pom.	57 887	28 297	29 590	61,7
4	Kołobrzeg	76 547	36 736	39 811	58,6
5	Koszalin	64 366	31 948	32 418	21,7
6	Sławno	57 332	28 111	29 221	47,6
7	Szczecinek	77 234	37 473	39 761	63,4
8	Świdwin	48 555	23 873	24 682	49,5
9	Wałcz	54 406	26 462	27 944	60,7

Źródło: GUS

Powiaty województwa zachodniopomorskiego są zróżnicowane ludnościowo. Dotyczy to zarówno liczby mieszkańców, jak i gęstości zaludnienia. W podregionie koszalińskim mieszka prawie dwukrotnie mniej ludności w porównaniu do podregionu szczecińskiego.

Na 1 km² w województwie przypadało średnio 74 osoby (w kraju – 122). Najwyższy wskaźnik gęstości zaludnienia odnotowano w Szczecinie – 1356, Koszalinie – 1289 oraz Powiecie Kołobrzesckim – 106 i Powiecie Polickim – 100, natomiast najniższy wskaźnik gęstości zaludnienia był w Powiecie Drawskim – 33 osoby, Łobeskim – 36, Choszczeńskim i Wałeckim – 38 osób.

Tab. 3. Elementy ruchu naturalnego ludności województwa zachodniopomorskiego na tle kraju w 2000 i 2008 r.

	Zach 2000		Zach 2008		Polska 2008	
	Liczba	na 1000 ludności	Liczba	na 1000 ludności	Liczba	na 1000 ludności
urodzenia żywe	16 881	9,8	18 191	10,7	414 499	10,9
zgony	15 018	8,7	16 321	9,6	379 399	9,9
przyrost naturalny	1 863	1,1	1 870	1,1	35 100	0,9
umieralność niemowląt	152	9,0*	93	5,1*	2 338	5,6*

* wskaźnik na 1000 urodzeń żywych

Źródło: GUS

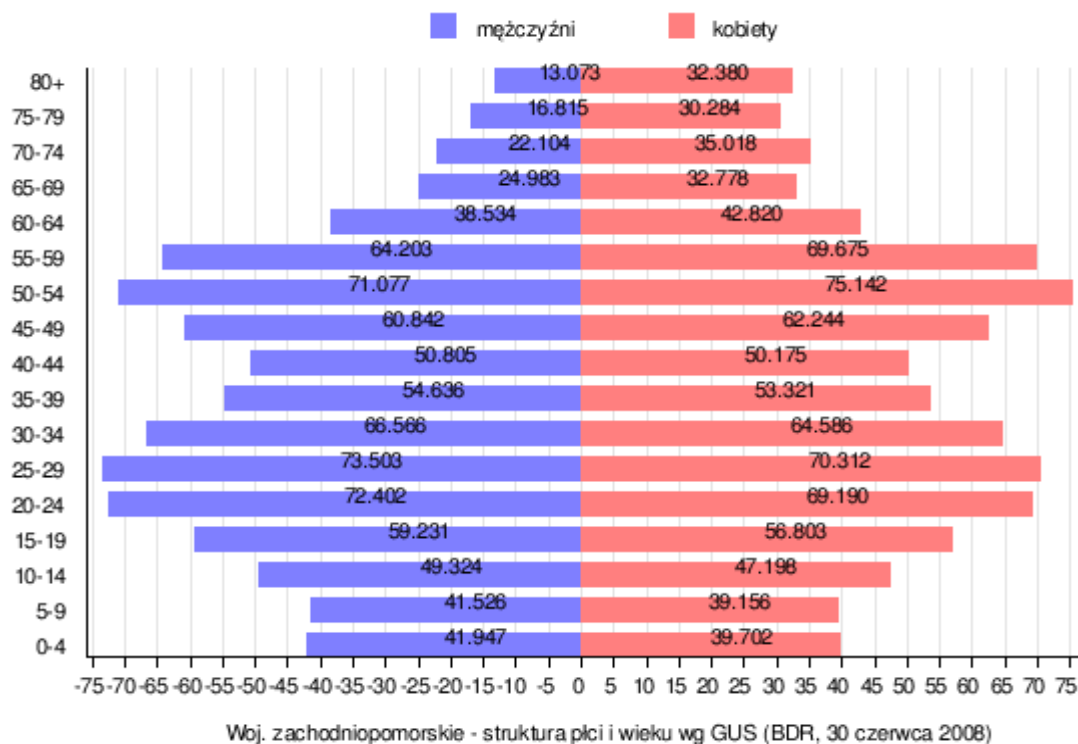
Wzrost liczby urodzeń obserwowany od 2005 roku uważa się za tymczasowy. Prognozy demograficzne przewidują ponowny spadek liczby urodzeń w kolejnych latach. Obserwuje się także jednoczesny wzrost liczby zgonów.

Tab. 4. Struktura ludności województwa zachodniopomorskiego w 2007 r. wg płci i grup wiekowych

Grupy wiekowe	mężczyźni		kobiety	
	Liczba	%	Liczba	%
00-04	41 123	5,0%	38 507	4,4%
05-09	42 421	5,2%	40 286	4,6%
10-14	51 651	6,3%	49 406	5,7%
15-19	61 457	7,5%	58 725	6,8%
20-24	74 323	9,0%	71 360	8,2%
25-29	71 627	8,7%	68 811	7,9%
30-34	65 002	7,9%	63 147	7,3%
35-39	53 033	6,5%	51 707	5,9%
40-44	52 090	6,3%	51 460	5,9%
45-49	64 746	7,9%	66 313	7,6%
50-54	71 112	8,7%	75 132	8,6%
55-59	62 501	7,6%	67 290	7,7%
60-64	33 648	4,1%	37 532	4,3%
65-69	25 387	3,1%	34 104	3,9%
70-74	22 497	2,7%	35 330	4,1%
75-79	16 577	2,0%	30 170	3,5%
80-84	8 461	1,0%	20 482	2,4%
85+	3 831	0,5%	9 810	1,1%
Razem	821 487		869 572	

*Źródło: Biuletyn „Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 r.”
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie*

Wykres 1. Struktura wieku i płci ludności województwa zachodniopomorskiego



Dotychczasowe trendy demograficzne i prognozy demograficzne wskazują wyraźnie, iż zjawiskiem postępującym jest zmniejszanie się liczby ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym z jednoczesnym wzrostem liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Przewiduje się, że w województwie zachodniopomorskim **największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić ok. 2030 r.** Zgodnie z prognozami Głównego Urzędu Statystycznego liczba ludności województwa zachodniopomorskiego będzie malała i w 2030 roku wyniesie 1580,1 tys. osób.

Tab. 5. Zmiany w strukturze ludności województwa zachodniopomorskiego w 1999 i 2007 r. oraz prognozowane w 2015 r.

Wiek:	1999	2007	2015
przedprodukcyjny	24,8%	19,5%	16,4%
produkcyjny	62,2%	65,9%	63,9%
poprodukcyjny	12,9%	14,6%	19,6%

Źródło: GUS

Przeciętna liczba lat dalszego trwania życia dla urodzonych w 2007 r. wynosi:

- 70,6 lat dla mężczyzn
- 79,2 lat dla kobiet

W Polsce przeciętna długość życia mężczyzny po ukończeniu 45 lat wynosi 29 lat, czyli o 5 lat krócej w porównaniu z mężczyzną tzw. „starej” Unii Europejskiej. Długość życia Polki po ukończeniu 45 lat wynosi 36 lat i jest krótsza o 3 lata od długości życia kobiety ze „starej” Unii Europejskiej. Społeczeństwo Zachodniopomorskiego należy do tzw. **starzejących się społeczeństw**.

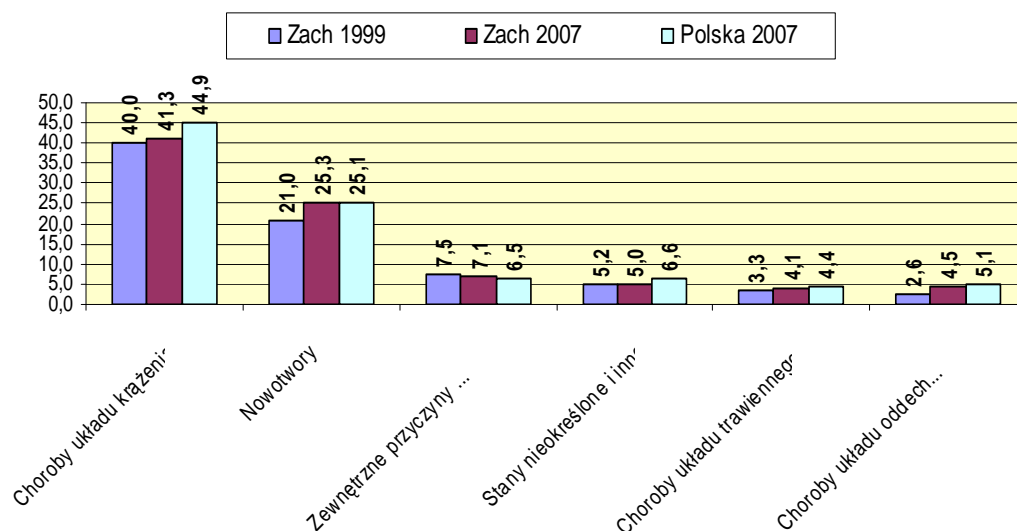
1.2. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób nowotworowych

Stan zdrowia społeczeństwa jest jednym z kluczowych wskaźników, na podstawie którego należy planować organizację opieki zdrowotnej, w tym rodzaje, wielkość i rozmieszczenie podmiotów udzielających świadczeń medycznych.

Stan zdrowia ludności Polski po 1991 r. ulega systematycznej poprawie, lecz wg analiz Biura Regionalnego WHO w Kopenhadze, nadal jest gorszy niż stan zdrowia mieszkańców Unii Europejskiej. Prawie 39% ludności Polski ocenia swoje zdrowie poniżej stanu dobrego. Co trzeci mieszkaniec Polski uskarża się na **długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe**. Częstość występowania chorób przewlekłych rośnie wraz z wiekiem.

Głównymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa zachodniopomorskiego są **choroby układu krążenia, nowotwory i przyczyny zewnętrzne**.

Wykres 2. Główne przyczyny zgonów w województwie zachodniopomorskim na tle kraju – wskaźnik na 10 tys. ludności.



Nowotwory są drugą przyczyną zgonów. Bezwzględna liczba nowotworów stale rośnie.

W 2007 r. w porównaniu do 1999 roku **nastąpił wzrost ogólnej liczby zgonów**, w tym **największy wzrost zgonów nastąpił z powodu nowotworów** o 4,3 zgony/10 tys. mieszkańców.

Dla porównania w Polsce w 1963 roku z powodu nowotworów złośliwych umarło 34 500 osób, a w 2007 roku aż 92 936 osób. W 1990 r. w Polsce nowotwory złośliwe były przyczyną 18,7% zgonów, a w 2006 r. stanowiły już 25,4% wszystkich zgonów. W województwie zachodniopomorskim współczynnik zgonów z powodu nowotworów wzrósł od 1999 r. z 21,0 do 25,3 w 2007 r. i był nieco wyższy od krajowego (25,1).

Co roku u 3,2 mln Europejczyków diagnozuje się nowotwór – najczęściej jest to rak piersi, jelita grubego lub płuc. Pomimo znacznych postępów w badaniach i leczeniu raka, nowotwory nadal stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych.

Największe zagrożenie dla zdrowia i życia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego wśród nowotworów stanowi **rak oskrzela i płuc** – 27,4% zgonów z powodu wszystkich nowotworów. U mężczyzn rak oskrzela i płuc występował częściej (32,2% wszystkich zgonów) niż u kobiet (16,3%). W następnej kolejności występowania były: **nowotwory narządów trawiennych** – 26,1 %, nowotwory niedokładnie określone – 11,5%, pozostałe nowotwory złośliwe – 9%, **nowotwory żeńskich narządów płciowych** – 6,3 %, **nowotwór układu moczowego** – 6% i **nowotwór sutka** – 5,2%.

**Choroby nowotworowe to jeden z podstawowych powodów występowania w populacji
tzw. zgonów przedwczesnych.**

Ocenę epidemiologiczną w zakresie chorób nowotworowych przeprowadzono w oparciu o dane gromadzone i analizowane przez Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów funkcjonujący w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie oraz Krajowy Rejestr Nowotworów prowadzony przez Centrum Onkologii - Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Do Zachodniopomorskiego Rejestru Nowotworów w 2007 roku wpłynęła następująca liczba zgłoszeń chorób nowotworowych :

- **5 107 nowych zachorowaniach na nowotwory**
- **4 198 zgonów z powodu nowotworów**

Liczby te prawdopodobnie nie odzwierciedlają rzeczywistej sytuacji. Warunkiem prawidłowej oceny stanu zagrożenia nowotworami złośliwymi jest wysoka kompletność rejestracji nowotworów w badanej populacji. Na przestrzeni lat obserwuje się znaczną poprawę kompletności rejestracji nowotworów złośliwych. Na początku lat 80-tych niedorejestrowanie w Polsce wynosiło ok. 30%, w 1996 r. obniżyło się do 5%, natomiast w 2005 r. wzrosło do 8%.

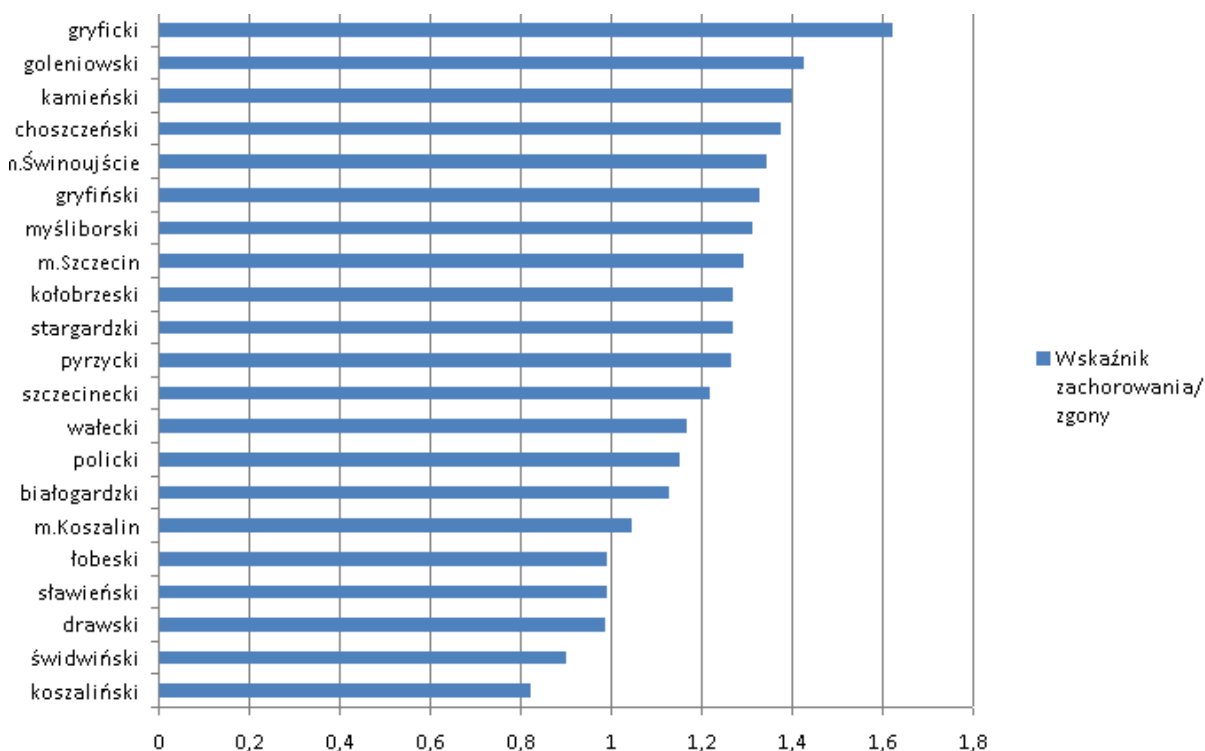
Tab. 6. Kompletność rejestracji nowotworów złośliwych w województwie zachodniopomorskim w 2007 roku - wg powiatów.

Powiat	Liczba zachorowań	Liczba zgonów	Wskaźnik zachorowania/zgony
białogardzki	135	120	1,13
choszczeński	147	107	1,37
drawski	126	128	0,98
goleniowski	252	177	1,42
gryficki	196	121	1,62
gryfiński	228	172	1,33
kamieński	120	86	1,40
kołobrzeski	246	194	1,27
koszaliński	140	171	0,82
myśliborski	182	139	1,31
policki	138	120	1,15
pyrzycki	111	88	1,26
ślawieński	149	151	0,99
stargardzki	357	282	1,27
szczecinecki	192	158	1,22
świdwiński	114	127	0,90
wałeckie	156	134	1,16
łobeski	92	93	0,99
m. Koszalin	348	333	1,05
m. Szczecin	1528	1185	1,29
m. Świnoujście	150	112	1,34
razem	5 107	4 198	1,22

Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Najwięcej zgłoszeń zachorowań na nowotwory w 2007 r. było w mieście Szczecinie, Koszalinie, Powiecie Stargardzkim i Goleniowskim. Najniższą ilość nowych zachorowań zgłoszono w Powiecie Łobeskim, Pirzyckim i Świdwińskim.

Wykres 3. Wskaźnik zachorowania/zgony zarejestrowanych nowotworów złośliwych w województwie zachodniopomorskim wg powiatów w 2007 roku.



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

W województwie zachodniopomorskim w 2007 r. wskaźnik zachorowań do zgonów na nowotwory złośliwe wynosił 1,22, przy czym dla mężczyzn był niższy (1,08), a dla kobiet wyższy (1,39). Wskaźnik wykazuje duże zróżnicowanie w poszczególnych powiatach. Najwyższe wskaźniki były powiatach: gryfickim (1,62), goleniowskim (1,42) i kamieńskim (1,40), a najniższe w powiatach: koszalińskim (0,82), świdwińskim (0,90) i drawskim (0,98).

Zachorowania na nowotwory

W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim na nowotwory **zachorowało 5 107 osób**, w tym **2 493 mężczyzn i 2 614 kobiet**.

Coroczne rejestry nowych zachorowań na nowotwory wskazują na **stały wzrost liczby zachorowań**.

Tab. 7. Liczba i współczynnik surowy* zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim – ogółem

	1999		2007	
	Liczba	Współczynnik	Liczba	Współczynnik
Mężczyźni	2 478	292,8	2 493	303,5
Kobiety	2 458	278,6	2 614	300,6
Razem	4 936	286,2	5 107	302,1

* **Współczynnik surowy** zachorowalności/umieralności określa liczbę zachorowań/zgonów na 100 000 badanej populacji.

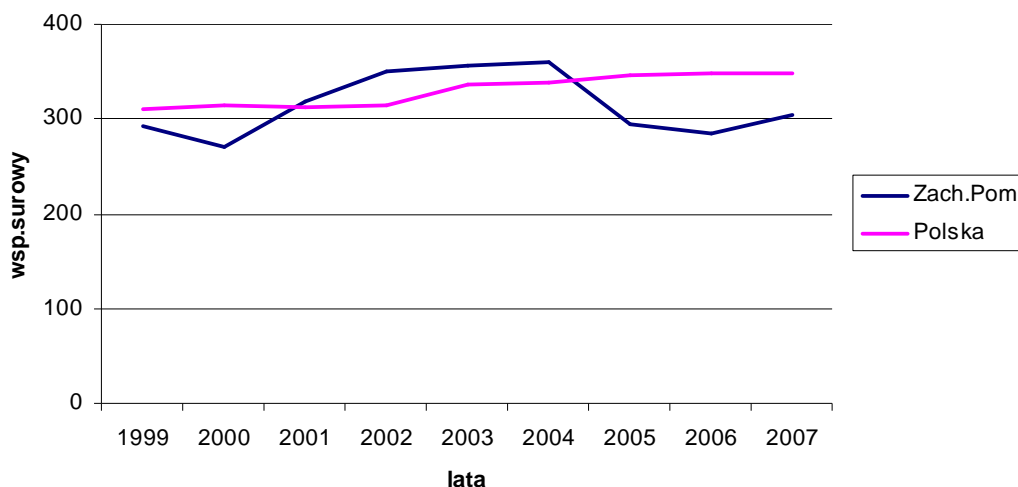
Tab. 8. Liczba i współczynnik surowy* zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce – ogółem

	1999		2007	
	Liczba	Współczynnik	Liczba	Współczynnik
Mężczyźni	58 157	309,5	64 288	349,1
Kobiety	53 622	269,9	64 595	327,6
Razem	111 779	289,7	128 883	338,5

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim liczba zachorowań na nowotwory była wyższa o 171 zachorowań w porównaniu do 1999 r. Współczynnik zachorowań na nowotwory wzrósł, z 292,8 do 303,5 u mężczyzn i z 278,6 do 300,6 u kobiet. Współczynniki zachorowań wśród mężczyzn i kobiet województwa zachodniopomorskiego były niższe od współczynników krajowych. Zarówno w Polsce, jak i w województwie zachodniopomorskim większy wzrost zachorowań na nowotwory nastąpił wśród kobiet.

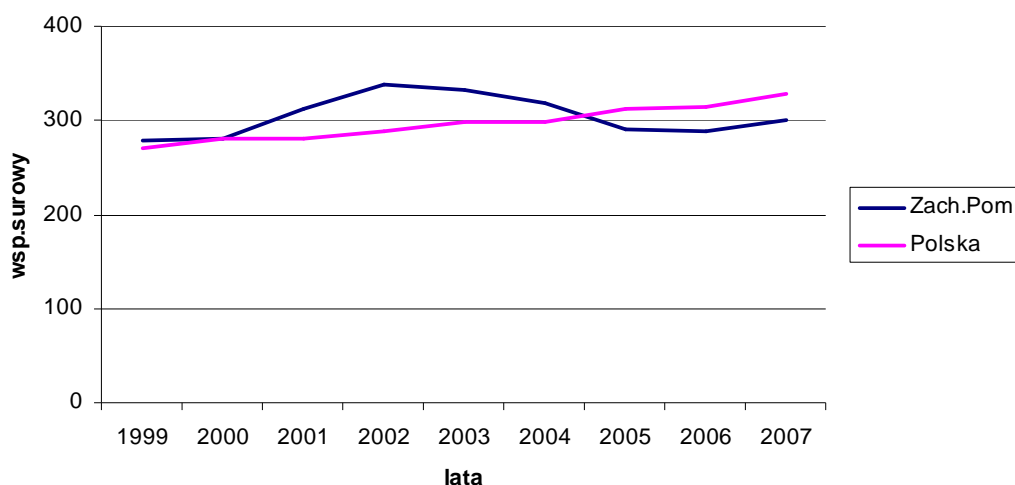
Wykres 4. Zachorowania na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie zachodniopomorskim i Polsce w latach 1999-2007 – współczynnik na 100 tys. mężczyzn



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

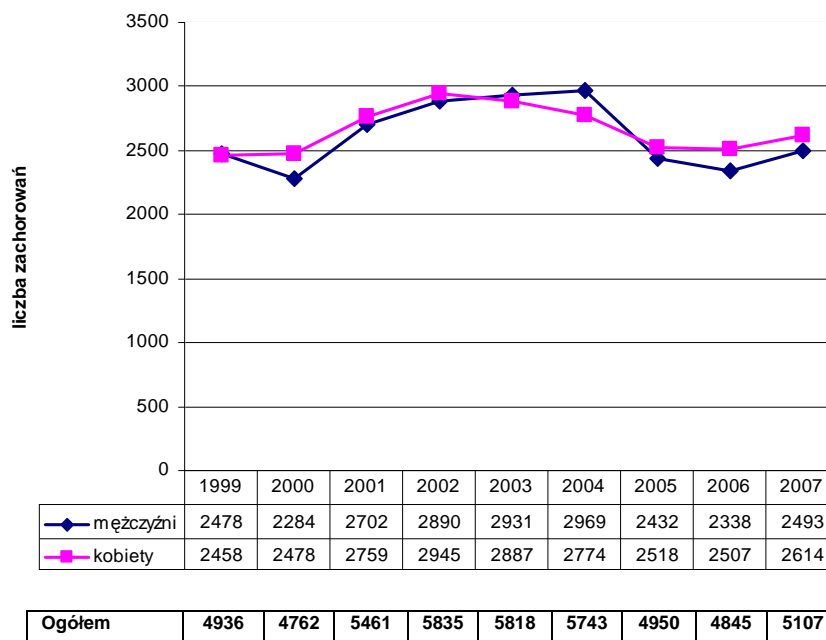
Współczynniki zachorowań na nowotwory wśród mężczyzn w województwie zachodniopomorskim w latach 1999-2007 były niższe od współczynników krajowych w latach 1999-2000 oraz w latach 2005-2007, natomiast były wyższe od tych w latach 2001-2004.

Wykres 5. Zachorowania na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie zachodniopomorskim i Polsce w latach 1999-2007 – współczynnik na 100 tys. ludności



Współczynnik zachorowań na nowotwory wśród kobiet w województwie zachodniopomorskim był wyższy od krajowego w latach 2001-2004, natomiast od 2005 roku jest niższy od krajowego.

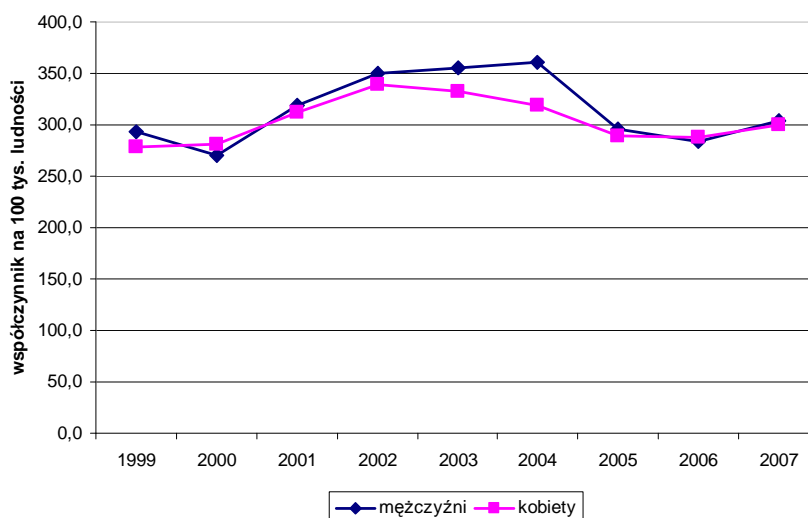
Wykres 6. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim ogółem w latach 1999-2007



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Największy wzrost zachorowań w województwie zachodniopomorskim w okresie od 1999 r do 2007 r. nastąpił w latach 2002-2004 z kulminacją w 2002 r. Liczba zachorowań wśród kobiet prawie zawsze była wyższa od liczby zachorowań wśród mężczyzn, z wyjątkiem 2004 r. gdy liczba zachorowań wśród mężczyzn przewyższyła liczbę zachorowań wśród kobiet.

Wykres 7. Współczynniki zachorowań na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności w województwie zachodniopomorskim w latach 1999-2007



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

W latach 1999-2007 obserwuje się wahania w nasileniu zachorowań na nowotwory. Stan zachorowań w 2007 r. jest nieco wyższy w porównaniu do 1999 r. Przy czym latach 2001-2004 wystąpiła znacząca zwyżka współczynnika zachorowań, zwłaszcza wśród mężczyzn.

Tab. 9. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie zachodniopomorskim w podziale na powiaty w latach 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
białogardzki	154	84	87	91	80	99	66	61	73
choszczeński	67	89	85	91	89	103	77	69	80
drawski	122	69	74	86	99	117	69	57	70
goleniowski	180	181	137	150	146	125	103	118	115
gryficki	74	53	86	101	150	107	88	83	93
gryfiński	73	118	133	153	127	152	150	119	116
kamieński	86	67	70	82	97	95	61	59	58
kołobrzeski	81	30	79	68	76	137	129	98	112
koszaliński	122	65	82	92	93	102	67	54	80
myśliborski	83	98	127	137	107	106	73	71	94
policki	63	64	76	66	92	64	47	76	78
pyrzycki	44	40	64	61	73	78	69	48	54
sławieński	23	15	92	93	92	78	78	72	80
stargardzki	118	155	174	207	213	164	150	151	182
szczecinecki	296	139	106	107	108	107	83	75	96
świdwiński	24	23	62	72	65	90	73	63	51
wąlecki	46	74	89	72	90	90	70	76	77
łobeski	0	0	0	0	0	77	62	55	49
m. Koszalin	16	44	144	181	185	169	155	129	153
m. Szczecin	731	763	826	880	881	837	687	724	700
m. Świnoujście	75	113	109	100	68	72	75	80	82
Ogółem	2 478	2 284	2 702	2 890	2 931	2 969	2 432	2 338	2 493

Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Największą dynamikę przyrostu liczby zachorowań u mężczyzn w porównaniu do 1999 r. obserwuje się w mieście Koszalinie, a największy spadek zachorowań w powiatach: Szczecineckim, Białogardzkim i Drawskim.

Tab. 10. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie zachodniopomorskim w podziale na powiaty w latach 1999-2007

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
białogardzki	131	91	83	77	73	80	63	65	62
choszczeński	50	67	84	102	87	75	70	79	67
drawski	111	64	83	83	94	89	62	49	56
goleniowski	171	159	125	145	163	124	103	111	137
gryficki	53	78	90	97	132	79	101	107	103
gryfiński	89	98	134	133	142	112	86	123	112
kamieński	55	48	51	78	82	85	64	58	62
kołobrzeski	90	56	86	108	85	110	104	112	134
koszaliński	83	69	79	68	75	86	73	56	60
myśliborski	73	103	104	112	105	103	88	65	88
policki	67	88	61	77	79	59	71	69	60
pyrzycki	32	48	62	52	51	52	55	49	57
sławieński	23	22	67	87	72	89	69	73	69
stargardzki	125	161	176	215	237	161	156	183	175
szczecinecki	297	158	107	97	102	109	86	81	96
świdwiński	13	19	69	61	44	82	66	50	63
walecki	20	68	90	93	92	90	87	80	79
łobeski	0	0	0	0	0	63	52	54	43
m. Koszalin	40	67	215	197	209	201	182	145	195
m. Szczecin	855	924	894	966	879	847	804	822	828
m. Świnoujście	80	90	99	97	84	78	76	76	68
Ogółem	2 458	2 478	2 759	2 945	2 887	2 774	2 518	2 507	2 614

Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Podobnie kształtuje się dynamika zachorowań na nowotwory wśród kobiet. Największy wzrost zachorowań nastąpił w mieście Koszalinie, Powiecie Kołobrzeskim i Gryfickim, a do zauważalnego obniżenia liczby zachorowań u kobiet doszło w Powiecie Białogardzkim i Drawskim.

Badania histopatologiczne materiału tkankowego ma duże znaczenie w rozpoznawaniu chorób nowotworowych, umożliwia ocenę przestrzenną zmian chorobowych w tkance, stąd rozpoznania histopatologiczne są na ogół wiarygodniejsze i dokładniejsze niż cytologiczne.

Tab. 11. Odsetek rozpoznań histopatologicznych nowotworów złośliwych w latach 2004-2007 w województwie zachodniopomorskim

	2004	2005	2006	2007
Mężczyźni	51,4%	74,3%	76%	76%
Kobiety	55,7%	76,6%	78%	82%

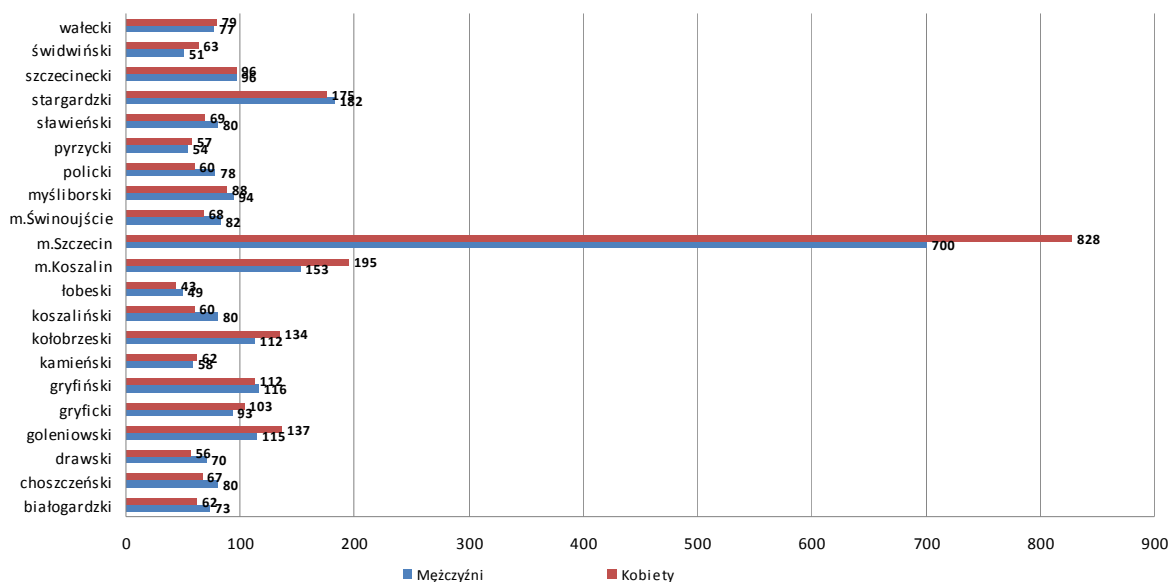
Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

W rozpoznawaniu choroby nowotworowej wzrasta stopniowo odsetek potwierdzeń histopatologicznych. W 2007 roku wynosił 76% u mężczyzn i 82% u kobiet. Nadal zbyt niski odsetek potwierdzeń histopatologicznych spowodowany jest m.in. przekazywaniem zgłoszeń o schorzeniach nowotworowych w chwili wypisywania pacjenta ze szpitala, najczęściej po ok. 4-7 dni pobytu w szpitalu, a oczekiwanie na wyniki badań histopatologicznych trwa średnio 14 dni. Taka sytuacja sprawia, że w części zgłoszeń nowotworów przekazanych do Rejestru Nowotworów brakuje wpisu wyniku badania histopatologicznego.

Zachorowania na nowotwory w 2007 r.

W 2007 roku wśród **5 197 zgłoszeń zachorowań** na nowotwory złośliwe, było **2 493 mężczyzn i 2 614 kobiet**. W 2007 roku w województwie zachodniopomorskim odnotowano wzrost odsetka zachorowań z powodu nowotworów złośliwych bez określenia jego umiejscowienia. W porównaniu do 2006 roku odsetek ten wzrósł z 1,9% do 4,1% wśród mężczyzn i z 2,0% do 2,8% wśród kobiet.

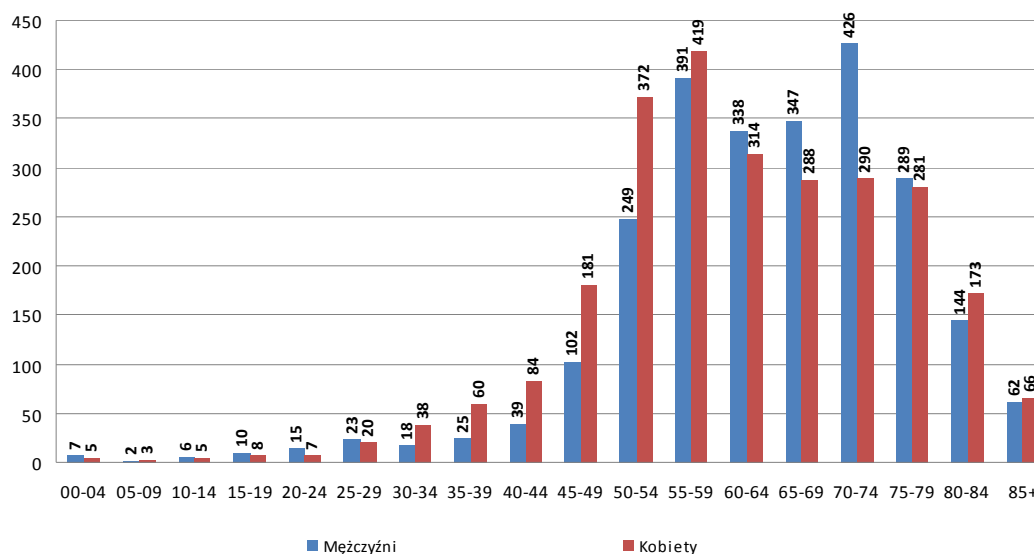
Wykres 8. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w 2007 r. wg płci i powiatów



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

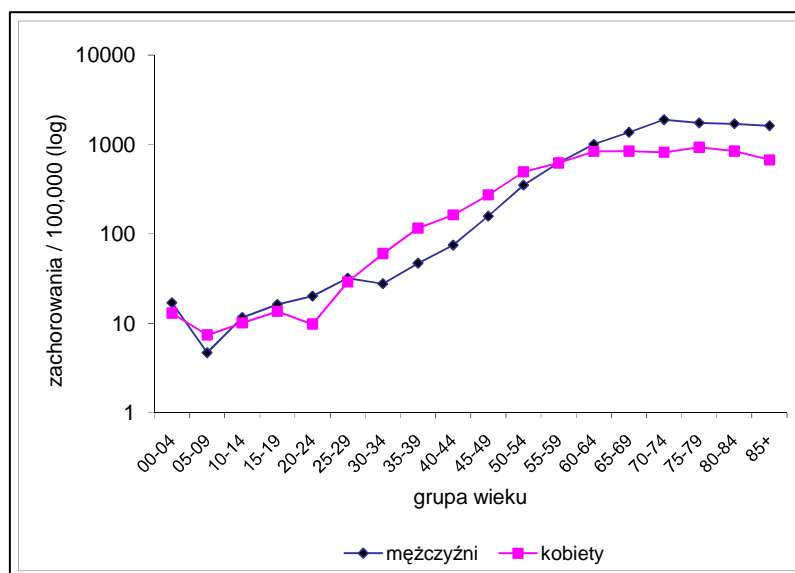
W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim najwięcej zachorowań na nowotwory złośliwe występowało w mieście Szczecinie i Koszalinie oraz w Powiecie Stargardzkim. Najmniej zachorowań było w Powiecie Łobeskim, Pyrzyckim i Świdwińskim.

Wykres 9. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 r. wg wieku i płci



W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim najwięcej zachorowań łącznie (810) było w grupie wiekowej 55-59 lat. Wśród mężczyzn najwięcej zachorowało w wieku 70-74 lat (426), a wśród kobiet w wieku 55-59 lat (419).

Wykres 10. Surowe współczynniki* zachorowalności na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 roku w grupach wiekowych



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

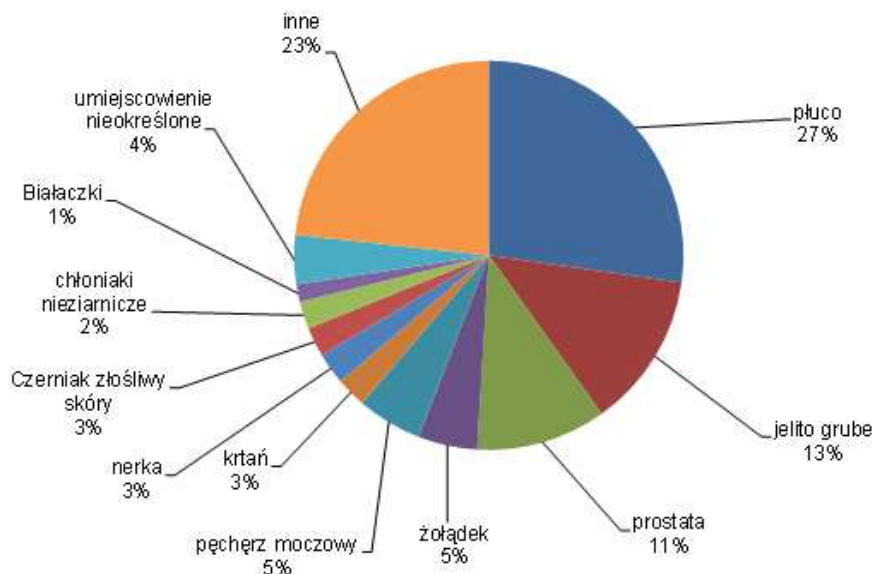
* **Współczynnik surowy zachorowalności/umieralności** określa liczbę zachorowań/zgonów na 100 000 badanej populacji.

Gwałtowny wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe występuje od 50 roku życia osiągając kulminację w przedziale wiekowym 70-74, z przewagą u mężczyzn.

Struktura zachorowań na nowotwory w 2007 r. u mężczyzn

Najwięcej zachorowań na chorobę nowotworową u mężczyzn w 2007 r. w województwie zachodniopomorskim odnotowano w przedziale wiekowym 70-74 lat, a najmniej zachorowań wystąpiło w przedziale 00-09 lat. Nowotwory złośliwe płuc są dominującym nowotworem złośliwym u mężczyzn, stanowiąc około jedną trzecią zachorowań i zgonów.

Wykres 11. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie zachodniopomorskim w 2007 r.



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

U mężczyzn najczęściej występowały nowotwory złośliwe:

- Płuca – 27%
- Jelita grubego – 13%
- Gruczołu krokowego – 11%
- Pęcherza moczowego – 5%
- Żołądka – 5%

Liczba i odsetek zachorowań na **nowotwór płuc** u mężczyzn obniżyły się z 807 zachorowań (33%) w 1999 r. do 679 (27%) w 2007 r. Największy odsetek zachorowań na nowotwór złośliwy płuca występuje w grupach wiekowych mężczyzn 45-64 lat, a w następnej kolejności w wieku 65 lat i więcej.

Liczba zachorowań i udział procentowy zachorowań na **nowotwory jelita grubego** zwiększa się z 253 (10%) w 1999 r. do 322 (13%) w 2007 r. Wzrost zachorowań na nowotwory jelita grubego następuje po 45 roku życia, a najczęściej zachorowań występuje w wieku 65 lat i więcej.

Liczba zachorowań na **nowotwór gruczołu krokowego** wzrasta systematycznie. W 1999 r. było 144 zachorowań (5,8%), a w 2007 r. liczba zachorowań wzrosła do 269 (10,8%). Zwyżka zachorowań rozpoczyna się po 45 roku życia, ale najczęściej zachorowań występuje w wieku po 65 roku życia.

Zachorowania na **nowotwory pęcherza moczowego** mają tendencję wzrostową. Od 1999 r. nastąpił wzrost zachorowań z 118 (4,8%) do 135 (5,4%) w 2007 roku. Zachorowania dotyczą zwłaszcza mężczyzn po 45 roku życia. Zachorowalność onkologiczna w zakresie **układu moczowo - płciowego** rośnie. Z epidemiologicznego punktu widzenia najważniejszymi nowotworami, które leczy urolog są raki prostaty, pęcherza moczowego i nerki. Pod względem zachorowalności u mężczyzn nowotwory te stanowią łącznie aż 19% spośród wszystkich nowotworów na terenie tutejszego województwa (prostate 11%, pęcherz moczowy 5%, nerka 3%). Na podstawie danych Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Urologii, liczba tych nowotworów jest niedoszacowana, np. w 2007 roku liczba wyciętych nerek była wyższa od liczby nowych zachorowań na raka nerki w 2007 roku. Tzw. „nowotwory urologiczne” u mężczyzn stanowią co najmniej 20% wszystkich nowotworów.

Zachorowania na **nowotwory żołądka** utrzymują się na podobnym poziomie. W 1999 r. było 126 (5,1%) zachorowań, a w 2007 r. 123 (4,9%) zachorowania. Wzrost zachorowań następuje po 45 roku życia.

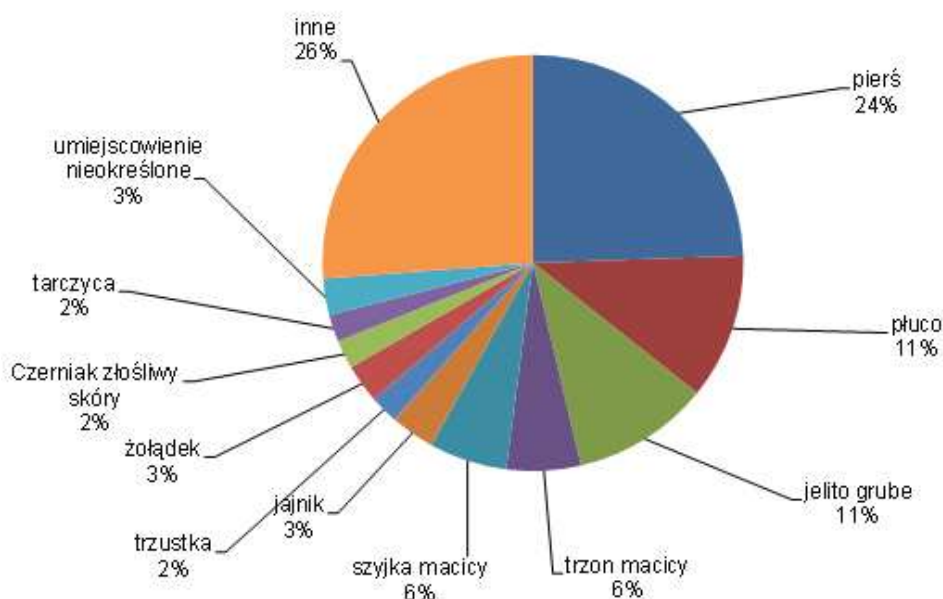
Natomiast zasadniczym problemem w **onkologii laryngologicznej jest rak krtani** (najczęściej występujący nowotwór w rejonie głowy i szyi). Rak krtani stanowi ok. 3% zachorowań na nowotwory wśród mężczyzn w województwie zachodniopomorskim (podobny odsetek w całej Polsce).

Struktura zachorowań na nowotwory w 2007 r. u kobiet

W 2007 roku na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim zachorowało **2 614 kobiet, tj. o 156** więcej w porównaniu do 1999 roku. Współczynnik zachorowań na 100 tys. ludności także wzrósł z 278,6 do 300,6.

Najwięcej zachorowań na chorobę nowotworową u kobiet w 2007 r. odnotowano w przedziale wiekowym 55-59, a najmniej zachorowań wystąpiło w przedziale 05-14 lat.

Wykres 12. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie zachodniopomorskim w 2007 r.



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

U kobiet najczęściej występowały zachorowania na nowotwory złośliwe:

- Piersi – 24%
- Płuc – 11%
- Jelita grubego – 11%
- Trzonu macicy – 6%
- Szyjki macicy – 6%

Rak piersi należy do najczęstszych nowotworów złośliwych u kobiet w Polsce. Roczna zachorowalność wynosi ponad 10 tys. przypadków. Zagrożenie rośnie wraz z wiekiem, szczególnie po menopauzie. Odsetek zachorowań na nowotwór piersi w 2007 r. w województwie zachodniopomorskim wzrósł o 3,7% w porównaniu do 1999 r. W 2007 r. zachorowało **639** kobiet. Rak piersi wykazuje utrzymujący się dość wysoki poziom zachorowań, przy czym odnotowuje się niewielki spadek umieralności, co może świadczyć o skuteczności wczesnego wykrywania nowotworu.

Rak płuc jest drugą przyczyną zachorowań na nowotwory u kobiet. Od 1999 r. nastąpił wzrost zachorowań z 258 (10,5%) do **296** (11,3%) w 2007 roku.

Rak jelita grubego należy do trzeciej przyczyny zachorowań na nowotwory złośliwe wśród kobiet o tendencji rosnącej. Liczba zachorowań w 2007 r. wynosiła **276** (10,6%) i była wyższa w porównaniu do 1999 r. – 222 zachorowań (9,0%).

Rak szyjki macicy charakteryzuje się spadkową tendencją zachorowań. W latach 1999-2007 liczba zachorowań stopniowo zmniejszała się, z liczby 220 zachorowań (9,0%) w 1999 r. do **157** zachorowań (6,0%). W 2007 r. Największa liczba zachorowań wystąpiła w 2002 r. osiągając liczbę 246 zachorowań.

Rak trzonu macicy wykazuje tendencję wzrostową. W latach 1999-2007 najwięcej zachorowań zgłoszono w 2005 r., ich liczba wynosiła 192 (7,6%). Natomiast w 2007 r. liczba zachorowań wyniosła **149** (5,7%) i była wyższa od liczby zachorowań w 1999 r., która wówczas wynosiła 123 (5,0%).

Zgony na nowotwory

W latach 1999-2007 zarówno w województwie zachodniopomorskim, jak i w Polsce liczba zgonów spowodowanych nowotworami wzrosła. W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim współczynnik surowy - 249,2 (*liczba zgonów na 100 tys. populacji*) był wyższy o 41,8 od współczynnika z 1999 r. oraz nieco wyższy od krajowego (245,2).

Tab. 12. Liczba i współczynnik surowy zgonów z powodu nowotworów w województwie Zachodniopomorskim – ogółem

	1999		2007	
	Liczba	Współczynnik	Liczba	Współczynnik
Mężczyźni	2 083	246,1	2 318	282,2
Kobiety	1 488	168,7	1 880	216,2
Razem	3 571	207,4	4 198	249,2

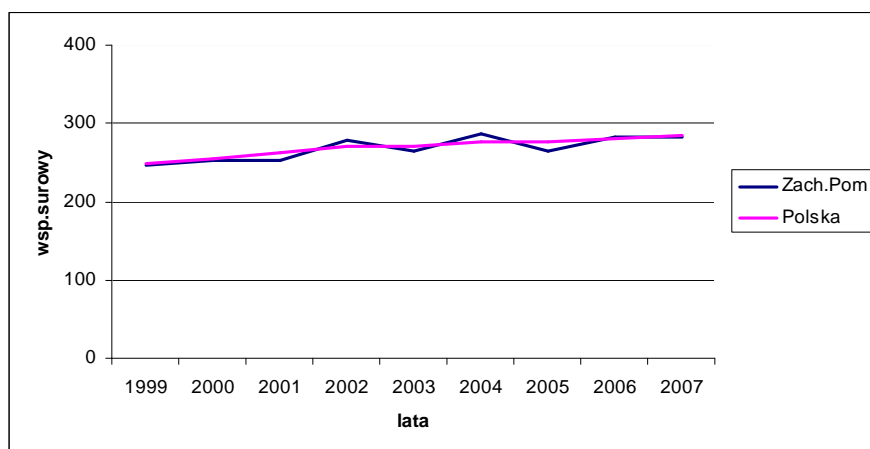
Tab. 13. Liczba i współczynnik surowy zgonów z powodu nowotworów w Polsce – ogółem

	1999		2007	
	Liczba	Współczynnik	Liczba	Współczynnik
Mężczyźni	46 920	249,7	52 324	284,1
Kobiety	34 691	174,6	40 612	206,2
Razem	81 611	212,2	92 936	245,2

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Współczynnik surowy zgonów mężczyzn z powodu nowotworów złośliwych w województwie zachodniopomorskim jest nieco niższy (282,2) od krajowego (284,1), natomiast współczynnik surowy zgonów kobiet jest znacznie wyższy (216,2) od krajowego (206,2).

Wykres 13. Zgony na nowotwory złośliwe u mężczyzn w województwie zachodniopomorskim i Polsce w latach 1999-2007

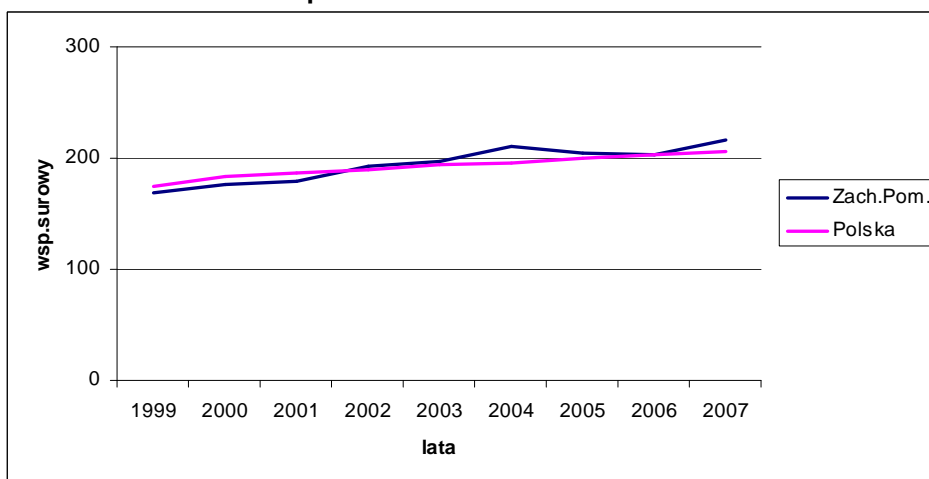


Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Współczynnik surowy zachorowalności/umieralności określa liczbę zachorowań/zgonów na 100 000 badanej populacji.

Na przestrzeni lat od 1999 r. współczynniki zgonów na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w województwie zachodniopomorskim miały wartości wahające się. W roku 2002, 2004 i 2006 współczynniki były wyższe od krajowego, a w pozostałych latach osiągały wartości niższe od krajowych.

Wykres 14. Zgony na nowotwory złośliwe u kobiet w województwie zachodniopomorskim i Polsce w latach 1999-2007



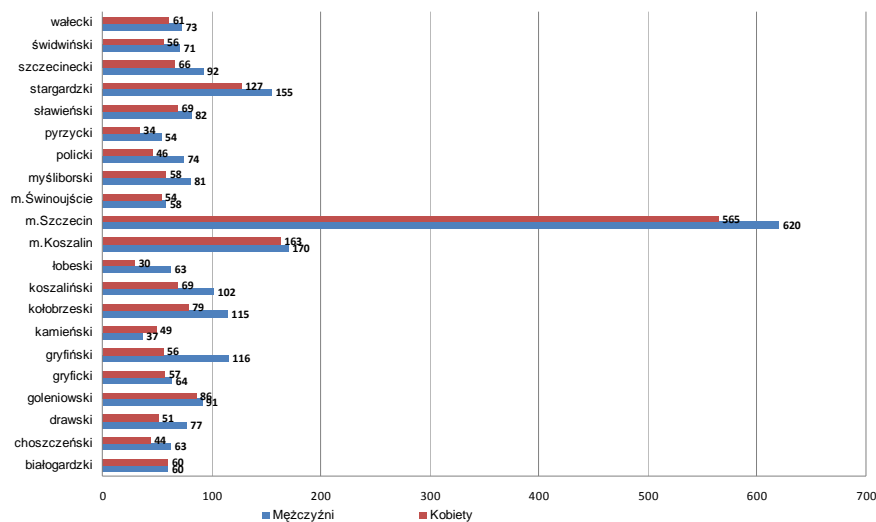
Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Współczynniki surowe zgonów na nowotwory złośliwe kobiet od 1999 r. były wyższe od krajowych począwszy od 2002 roku ze szczególnym wzrostem w 2004 r.

Zgony z powodu nowotworów w 2007 r.

W 2007 roku w województwie zachodniopomorskim z powodu nowotworów złośliwych umarło 4 198 osób, w tym 2 318 u mężczyzn i 1 880 u kobiet.

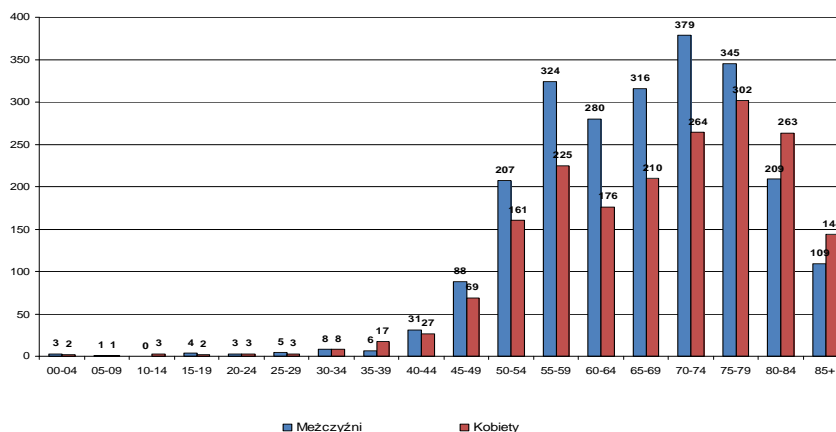
Wykres 15. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 roku wg płci i powiatów



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

W 2007 roku w województwie zachodniopomorskim najwięcej zgonów z powodu nowotworów złośliwych było w Szczecinie, a w następnej kolejności w Koszalinie i Powiecie Stargardzkim.

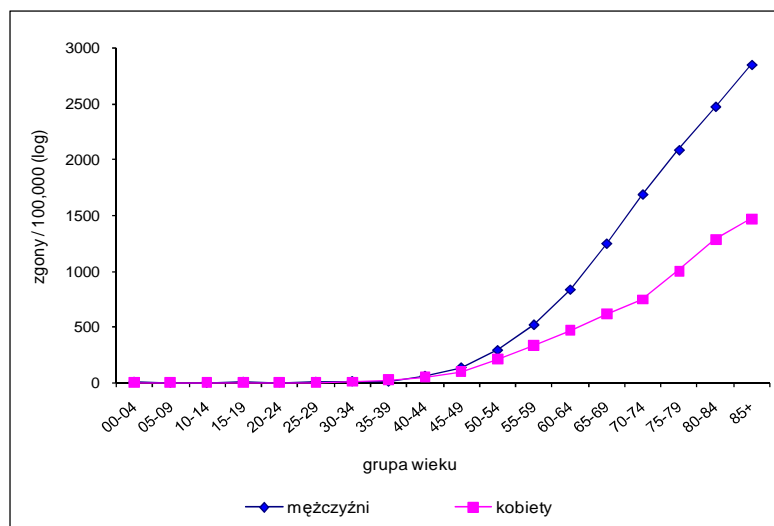
Wykres 16. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 roku wg wieku i płci



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim najwięcej zgonów z powodu chorób nowotworowych u mężczyzn odnotowano w przedziale wiekowym 70-74 lat, a u kobiet w wieku 75-79 lat.

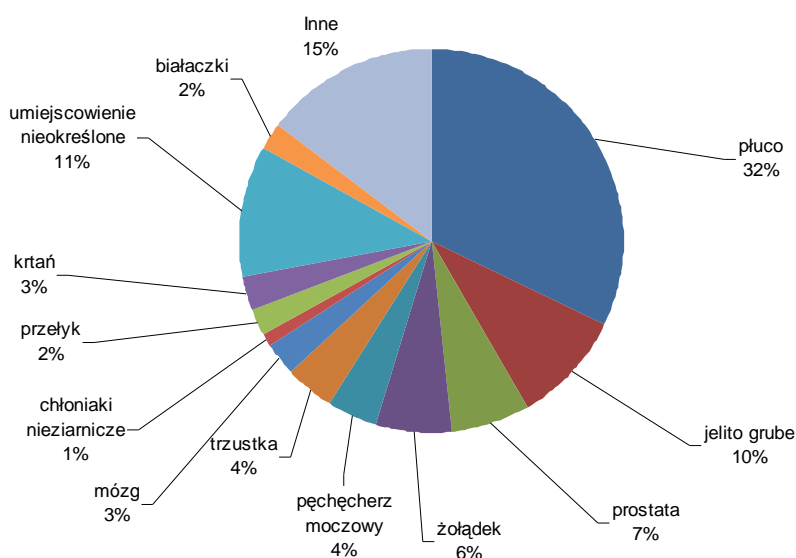
Wykres. 17. Surowe współczynniki umieralności na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 r. wg wieku i płci



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Współczynniki zgonów na nowotwory wskazują, iż umieralność z powodu nowotworów złośliwych rośnie wraz z wiekiem, w tym u mężczyzn zdecydowanie bardziej niż u kobiet.

Wykres 18. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u mężczyzn w 2007 r.



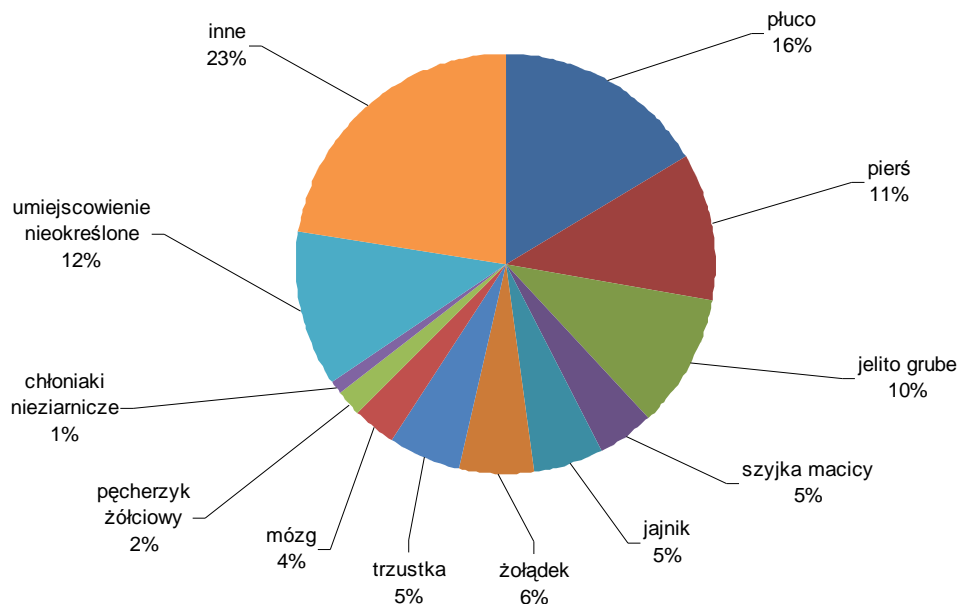
Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów, Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

U mężczyzn najwięcej zgonów było spowodowanych nowotworami złośliwymi:

- Płuc – 32% - 747 zgonów
- Jelita grubego – 10% - 221 zgonów
- Prostaty – 7% - 152 zgonów
- Żołądka – 6% - 147 zgonów
- Pęcherza moczowego – 4% - 98 zgonów

W 2007 r. odnotowano spadek odsetka zgonów na nowotwór płuc o 6% w porównaniu do roku poprzedniego, ale w stosunku do 1999 roku stwierdzono wzrost o 4%.

Wykres 19. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe u kobiet w 2007 r.



Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów,
Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

U kobiet najwięcej zgonów było spowodowanych nowotworami złośliwymi:

- Płuc – 16 % - 307 zgonów
- Piersi – 11% - 214 zgonów
- Jelita grubego – 10% - 192 zgonów
- Żołądka – 6% - 109 zgonów
- Jajnika – 5,3% - 99 zgonów
- Szyjki macicy – 4,7% - 88 zgonów

W 2007 r. odnotowano wzrost odsetka zgonów na nowotwory o 23% w porównaniu do poprzedniego roku, ale spadek o 58% w stosunku do 1999 roku.

Niepokojąco wysoki odsetek, ponad 10%, stanowiły zgony z powodu nowotworów bez określenia jego umiejscowienia, co nie wpływa korzystnie na jakość danych. U kobiet w 2007 roku stanowiły one 12%, tak jak rok wcześniej, a u mężczyzn 11%, czyli o 1,3% więcej niż w roku poprzednim.

1.3. Zasoby i działalność opieki zdrowotnej

W niniejszym rozdziale przedstawiono działania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów oraz działalność i rozmieszczenie jednostek opieki zdrowotnej realizujących świadczenia diagnostyczno-lecznicze w zakresie chorób nowotworowych, a także opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie zachodniopomorskim.

1.3.1. Programy zdrowotne w zakresie zwalczania nowotworów

Skuteczne obniżenie zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych wymaga zarówno stosowania profilaktyki oraz wczesnego wykrywania nowotworów, jak i wprowadzania skutecznych metod leczenia oraz udoskonalania bazy leczniczej. W województwie zachodniopomorskim programy profilaktyki nowotworowej są realizowane z inicjatywy samorządów terytorialnych, Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (ZOW NFZ) oraz Ministerstwa Zdrowia.

Zadania realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych przez Ministerstwo Zdrowia w 2009 roku na terenie całego kraju:

- 1) Prewencja pierwotna nowotworów.
- 2) Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy.
- 3) Populacyjny program wczesnego wykrywania raka piersi.
- 4) Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego.
- 5) Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe I i II Moduł.
- 6) Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów.
- 7) Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej - Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii.
- 8) Tomografia Pozytonowa (PET) - budowa sieci ośrodków PET.
- 9) Program szkolenia lekarzy rodzinnych i podstawowej opieki zdrowotnej - jednodniowe minimum onkologiczne.

- 10) Szkolenie lekarzy rodzinnych z zakresu diagnostyki nowotworów i opieki nad chorymi po leczeniu onkologicznym.
- 11) Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych.
- 12) Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii.
- 13) Programy poprawy jakości diagnostyki i leczenia nowotworów u dzieci w tym:
 - a) Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci.
 - b) Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości.
 - c) Modyfikacja i wdrażanie ujednoliconego programu diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego u dzieci.
 - d) Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci.
 - e) Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce niezziarnicznych chłoniaków złośliwych u dzieci.
 - f) Wdrożenie programu monitorowania odległych skutków leczenia i jakości życia dzieci po zakończonym leczeniu z powodu nowotworów.
- 14) Program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych w Polsce, z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z „European Leukemia Net”.
- 15) Program wykrywania i rozpoznawania chłoniaków złośliwych.
- 16) Program rozwoju opieki paliatywnej w onkologii.
- 17) Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach.

Na realizację Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w 2009 r. wydatkowano środki finansowe w wysokości 250 mln. zł. Wybór realizatorów poszczególnych zadań nastąpił w trybie konkursu ofert.

Tab. 14. Programy polityki zdrowotnej realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych w województwie zachodniopomorskim w 2009 r.

Nazwa programu	Jednostka realizująca
Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe - Moduł I - wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie
Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe - Moduł II - wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony trzonu macicy	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie

Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego	- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie, - Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpitala Zespolony w Szczecinie, - Specjalistyczny Szpital im Prof.. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie
Zakup aparatury diagnostycznej dla wczesnego wykrywania nowotworów	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
Utworzenie w Polsce systemu radioterapii onkologicznej - Doposażenie i modernizacja zakładów radioterapii	Zachodniopomorskie Centrum Onkologiczne w Szczecinie
Modyfikacja i wdrożenie programu nauczania onkologii w polskich uczelniach medycznych	Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Poprawa standardów leczenia operacyjnego i skojarzonego raka płuca - doposażenie i modernizacja klinik i oddziałów torakochirurgii	Specjalistyczny Szpital im Prof.. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie
Program wykrywania i rozpoznawania chłoniaków złośliwych	Pomorska Akademia Medyczna w Szczecinie
Program doskonalenia diagnostyki białaczek ostrych u dorosłych w Polsce, z dostosowaniem do zaleceń Unii Europejskiej i współpracy z „European Leukemia Net”	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie,
Program rozwoju opieki paliatywnej - Szkolenie dla pielęgniarek w zakresie zapobiegania, rozpoznawania oraz redukcji zjawiska dystresu wśród chorych	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
Program rozwoju opieki paliatywnej - doposażenie w niezbędny sprzęt dla potrzeb realizacji świadczeń opieki paliatywnej	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie
Poprawa działania systemu zbierania i rejestrowania danych o nowotworach	Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie

Źródło: www.mz.gov.pl

Program opieki nad rodzinami wysokiego, genetycznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe - Moduł 1 - Wczesne wykrywanie nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika.

Celem programu jest zidentyfikowanie możliwie największej liczby rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na raka piersi i raka jajnika i objęcie ich opieką ukierunkowaną na możliwie najwcześniejsze rozpoznanie, a w szczególnych przypadkach także na aktywną prewencję zachorowań na te nowotwory. Program obejmował:

- zidentyfikowanie rodzin, w których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka piersi i/lub raka jajnika,
- rozpoznanie wśród tych rodzin występowania nosicielstwa mutacji genu *BRCA1*,

- opiekę nad kobietami z grup wysokiego ryzyka zachorowania (samobadaniu piersi i okresowe badania lekarskie oraz coroczne badania mamograficzne i/lub USG piersi, badania ginekologiczne, USG i badania CA125) celem wczesnego rozpoznania nowotworów,
- zidentyfikowanie kobiet szczególnie wysokiego ryzyka zachorowania (nosicielki mutacji genu *BRCA1*), którym należy w uzupełnieniu do standardowej opieki zapewnić coroczne badania piersi metodą rezonansu magnetycznego, a w wieku 25-60 lat, dodatkowe „interwałowe” badanie ginekologiczne z USG przezpochwowym i oznaczenie CA125 w surowicy krwi oraz przedstawić opcję profilaktycznej adneksktomii lub zapobiegawczej farmakoterapii.

Program opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe - Moduł II - wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony trzonu macicy.

Celem programu jest zidentyfikowanie i zapewnienie opieki odpowiadającej obecnym standardom - rodzinom z zespołem FAP (rodzinna polipowatość gruczolakowata) i zespołem Lynch (dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością). Opieka nad tymi rodzinami umożliwia w dłuższej perspektywie wydłużenia przeżyć nosicieli mutacji genu *APC* o 10-12 lat oraz zapewnienie długich przeżyć nosicielom mutacji genów *MLH1*, *MSH2* i *MSH6*. Program obejmował:

- zidentyfikowanie rodzin, u których występuje wysokie ryzyko zachorowania na raka jelita grubego, błony śluzowej trzonu macicy i inne towarzyszące nowotwory,
 - rozpoznanie wśród tych rodzin występowania nosicielstwa mutacji genów najsilniejszych predyspozycji - tj. genów *APC*, *MLH1*, *MSH2* i *MSH6*,
 - objęcie programami opieki, tj. okresowymi badaniami (kolonoskopia, gastroscopia, USG jamy brzusznej, badania ginekologiczne, USG ginekologiczne i oznaczanie stężeń CA125 w surowicy krwi) członków rodzin, w których występuje wysokie ryzyko zachorowania,
 - zidentyfikowanie nosicieli/nosicielek mutacji, u których istnieją wskazania do prewencyjnej kolektomii (częściowe lub całkowite usunięcie jelita grubego) i/lub histerektomii (usunięcie macicy).
- **Program badań przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego** jest realizowany przez Ministerstwo Zdrowia od roku 2000 w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych. Koordynatorem programu jest Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie.

W 2008 roku w ramach Ogólnopolskiego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Jelita Grubego w województwie zachodniopomorskim ośrodkami wykonującymi badania kolonoskopii były Pracownie Endoskopowe w:

- Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Szczecinie,
- Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie,
- Specjalistycznym Szpitalu im. prof. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie.

W 2008 r. w województwie zachodniopomorskim w ramach Programu zostało wykonanych **1 763 badań kolonoskopowych**, w wyniku których wykryto:

- 140 dużych polipów i raków (7,9%)
- 12 raków (0,7%)

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. finansował dwa programy profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów:

- 1) Program profilaktyki raka szyjki macicy
- 2) Program wczesnego wykrywania raka piersi

Program profilaktyki raka szyjki macicy obejmuje kobiety w wieku 25-59 lat, które nie wykonały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat. W 2008 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego badania cytologiczne były wykonywane przez **113 świadczeniodawców** rozmieszczonych na terenie wszystkich powiatów. Realizacja programu składała się z trzech etapów:

I. Etap podstawowy - cytologia - realizowany w poradni ginekologiczno - położniczej, w ramach porady zabiegowo-diagnostycznej.

II. Etap diagnostyczny - ocena mikroskopowa materiału cytologicznego w pracowni patomorfologii.

III. Etap pogłębionej diagnostyki - badanie kolposkopowe, w przypadku nieprawidłowego wyniku badania cytologicznego. Jeśli pojawią się wskazania do weryfikacji obrazu kolposkopowego, pobierane są celowane wycinki do badania histopatologicznego. Na tej podstawie podejmowane są decyzje dotyczące dalszego postępowania diagnostyczno – leczniczego, tj. skierowanie do leczenia lub określenie terminu kolejnego badania cytologicznego.

Tab. 15. Liczba wykonanych badań cytologicznych w 2008 r. z podziałem na wyniki
– etap podstawowy

Powiat	Ujemne	Dodatnie	Brak wyniku	Dodatnich [%]	Nie do oceny [%]	Suma
Białogardzki	2 593	40	20	1,5%	0,8%	2 653
Choszczeński	516	19	0	3,6%	0,0%	535
Drawski	1 876	36	8	1,9%	0,4%	1 920
Goleniowski	2 710	39	16	1,4%	0,6%	2 765
Gryficki	2 037	47	5	2,2%	0,2%	2 089
Gryfiński	1 424	27	1	1,9%	0,1%	1 452
Kamieński	493	9	3	1,8%	0,6%	505
Kołobrzeski	1 218	36	10	2,8%	0,8%	1 264
Koszaliński	1 431	26	6	1,8%	0,4%	1 463
Łobeski	1 603	31	6	1,9%	0,4%	1 640
M. Koszalin	2 814	70	10	2,4%	0,3%	2 894

M. Szczecin	15 037	286	46	1,9%	0,3%	15 369
M. Świnoujście	1 094	31	2	2,8%	0,2%	1 127
Myśliborski	2 159	56	12	2,5%	0,5%	2 227
Policki	1 183	27	4	2,2%	0,3%	1 214
Pyrzycki	1 322	23	17	1,7%	1,2%	1 362
Sławieński	1 498	31	3	2,0%	0,2%	1 532
Stargardzki	2 023	34	32	1,6%	1,5%	2 089
Szczecinecki	2 038	33	6	1,6%	0,3%	2 077
Świdwiński	549	9	2	1,6%	0,4%	560
Wałecki	2 476	44	33	1,7%	1,3%	2 553
Razem	48 094	954	242	1,9%	0,5%	49 290

Źródło: System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SiMP),
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2008 r. w ramach programu wczesnego wykrywania raka szyjki macicy wykonano **49 290 badań cytologicznych, tj. 11% populacji kobiet w wieku 25-59 lat (446 077), z czego było 954 (1,9%) wyników dodatnich.** Niezbędnym warunkiem efektywności skriningu cytologicznego jest jego masowość. Szacuje się, że dopiero przy objęciu badaniami przesiewowymi 75% populacji można uzyskać 25% spadek umieralności.

Największy odsetek wyników dodatnich był w Powiecie Choszczeńskim - 3,6%, Powiecie Kołobrzeskim – 2,8%, mieście Świnoujściu – 2,8% i Powiecie Myśliborskim – 2,5%.

Najniższy odsetek wyników dodatnich był w Powiecie Goleniowskim – 1,4%, Białogardzkim – 1,5% oraz Stargardzkim, Szczecineckim i Świdwińskim po 1,6%.

Ocenę mikroskopową materiału cytologicznego wykonywano w dwóch pracowniach patomorfologii: w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 1 oraz NZOZ "MEDITEST Diagnostyka Medyczna" w Szczecinie.

Tab. 16. Liczba wykonanych badań cytologicznych w 2008 r. z podziałem na wyniki
– etap diagnostyczny

Świadczeniodawca	Liczba wykonanych badań z podziałem na wyniki			Wyniki w %		Suma
	Ujemne	Dodatnie	Brak wyniku	Dodatnie	Nie do oceny	
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 PAM w Szczecinie	32 431	686	76	2,07%	0,23%	33 193
NZOZ "MEDITEST Diagnostyka Medyczna" w Szczecinie	15 663	268	166	1,66%	1,03%	16 097
Razem	48 094	954	242	1,94%	0,49%	49 290

Źródło: System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SiMP),
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Większość ocen mikroskopowych materiału cytologicznego (67%) wykonano w Zakładzie Patomorfologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Szczecinie. Tu także było więcej wyników dodatnich (2,07%) niż w NZOZ MEDITEST (1,66%).

Pogłębioną diagnostykę w kierunku wykrycia raka szyjki macicy w 2008 r. wykonywało czterech świadczeniodawców: dwa NZOZ-y w Koszalinie, Szpital w Gryficach i Szpital „Zdroje” w Szczecinie.

Program wczesnego wykrywania raka piersi obejmował w 2008 r. kobiety w wieku 50 - 69 lat, które nie korzystały z badania mammograficznego w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz te, które otrzymały pisemne wskazanie do wykonania ponownego badania mammograficznego po upływie 12 miesięcy. W 2008 r. badania mammograficzne były zakontraktowane przez **17 świadczeniodawców** na terenie 9 powiatów.

Tab. 17. Liczba wykonanych badań mammograficznych w 2008 r. z podziałem na wyniki

Powiaty	Norma	Zmiana łagodna	Zmiana prawdopodobnie łagodna	Zmiana podejrzana	Zmiana złośliwa	Wymaga dalszych badań w celu określenia kategorii	Suma badań
Choszczeński	585	83	10	0	0	37	715
Gryficki	995	1	36	80	6	0	1 118
Kołobrzeski	1 087	444	119	13	1	0	1 664
M. Koszalin	3 478	831	58	48	7	103	4 525
M. Szczecin	18 801	6 676	372	295	46	616	26 806
Policki	448	136	30	5	1	11	631
Stargardzki	1 980	81	66	13	4	4	2 148
Szczecinecki	358	593	0	4	2	54	1 011
Świdwiński	517	131	82	2	2	0	734
Razem	28 249	8 976	773	460	69	825	39 352

Źródło: System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki (SiMP),
Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2008 r. wykonano **39 352 badań mammograficznych**, tj. **17,6% populacji kobiet** do których skierowany był program (223 437 kobiet), w wyniku których zdiagnozowano **69 (0,2%) zmian złośliwych**, **460 (1,2%) zmian podejrzanых**, **825 (2,1%) zmian wymagających dalszych badań**.

Programy polityki zdrowotnej w zakresie zwalczania nowotworów realizowane przez samorządy terytorialne województwa zachodniopomorskiego w 2008 r. dotyczyły:

- Wsparcia organizacji Regionalnego Rejestru Nowotworów.
- Promocji i edukacji zdrowotnej w zakresie profilaktyki nowotworowej.
- Profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki w formie badania kolposkopowego.
- Profilaktyki raka prostaty.
- Poprawy jakości życia, rehabilitacja i wsparcie psychiczne chorych na nowotwory.
- Wsparcia opieki paliatywnej.
- Dodatkowych badań mammograficznych.
- Nauki samobadania piersi.
- Wczesnego wykrywania raka płuc.
- Wczesnego wykrywania raka jelita grubego
- Szczepień przeciw wirusowi HPV.

Na realizację programów zdrowotnych w 2008 r. w zakresie profilaktyki i leczenia nowotworów **samorządy terytorialne województwa zachodniopomorskiego przeznaczyły kwotę ponad 2 300 000 zł.**

Program wczesnego wykrywania raka płuc był największym programem zdrowotnym w zakresie zwalczania nowotworów na terenie województwa zachodniopomorskiego, finansowanym z budżetu Miasta Szczecina, które przeznaczyło na jego realizację w 2008 i 2009 r. po 1 500 000 zł. Realizacja programu polegała na wykonaniu badań tomografii komputerowej u mieszkańców Szczecina w wieku 55 - 65 lat, którzy od co najmniej 20 lat wypalają co najmniej 1 paczkę papierosów dziennie. Pacjenci, po przeprowadzeniu wstępnego wywiadu przez lekarza rodzinnego byli kierowani na badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej. Osoby, u których zostały wykryte zmiany w płucach, były następnie kierowane do dalszej diagnostyki i leczenia. Koordynację programu prowadziło Centrum Koordynacyjne utworzone w Specjalistycznym Szpitalu im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie we współpracy z pięcioma pracownikami tomografii komputerowej w następujących jednostkach:

- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Szczecinie
- Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie
- Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie
- Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej MSW i A w Szczecinie
- Specjalistyczny Szpital im. Prof. Alfreda Sokołowskiego w Szczecinie

W 2008 i 2009 r. badania **TK klatki piersiowej wykonano u 8 417 osób, tj. 14,6%** populacji Szczecina w wieku 55 - 65 lat (57 461 osób).

Tab. 18. Liczba badań wykonanych w ramach Programu wczesnego wykrywania raka płuc w 2008 i 2009 r.

Rok	Liczba badań	Wynik pozytywny	% wyników pozytywnych
2008	3 645	1 359	37,3
2009	4 772	1 916	40,2
Razem	8 417	3 275	38,9

Źródło: Centrum Koordynacyjne Programu Zdrowotnego „Wczesne wykrywanie raka płuc” w Specjalistycznym Szpitalu im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie

Tab. 19. Liczba badań z wynikiem pozytywnym w 2008 i 2009 r. wg wielkości wykrytych zmian

Wykryta zmiana	2008	2009
< 5 mm bezobjawowe	438	594
< 5 mm bezobjawowe mnogie	312	514
5 - 15 mm bezobjawowe	344	444
5 - 15 mm bezobjawowe mnogie	152	207
> 15 mm bezobjawowe	100	132
> 15 mm objawowe	13	25
Wszystkie	1 359	1 916

Źródło: Centrum Koordynacyjne Programu Zdrowotnego „Wczesne wykrywanie raka płuc” w Specjalistycznym Szpitalu im. Prof. A. Sokołowskiego w Szczecinie-Zdunowie

Podczas dwuletniej realizacji Programu wyłoniono **3 275 osób ze zmianami w płucach**, wśród których stwierdzono m.in.:

- **rak płuc** **75 osób**
- **inne nowotwory płuc** **22 osób**
- **zmiany łagodne** **40 osób**
- **gruźlicę** **14 osób**

Wśród 75 wykrytych raków płuc, aż 26 zmian było nieoperacyjnych, a wśród 22 innych rozpoznanych nowotworów, nieoperacyjne okazały się zmiany w płucach u 8 osób. Natomiast wszystkie łagodne zmiany u 40 osób zostały zoperowane.

1.3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2008 r. w województwie zachodniopomorskim świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów chorych na nowotwory wg danych statystycznych realizowano w 14 poradniach onkologicznych, 8 poradniach chirurgii onkologicznej oraz w ramach 17 miejsc chemioterapii funkcjonującej w oddziałach dziennych w strukturach opieki ambulatoryjnej.

Tab. 20. Działalność poradni onkologicznych w 2008 r.

Powiaty	Liczba poradni	Liczba udzielonych porad		Liczba lekarzy udzielających świadczenia ogółem	
		liczby bezwzględne	na 1 mieszkańca	liczby bezwzględne	wskaźnik na 10 tys.
M. KOSZALIN	3	17 693	0,16	8	0,07
M. SZCZECIN	9	37 872	0,09	9	0,02
M. ŚWINOUJŚCIE	1	540	0,01	1	0,02
WAŁCZ	1	1 123	0,02	1	0,02
WOJEWÓDZTWO	14	57 228	0,03	19	0,01

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W 2008 r. w 14 poradniach onkologicznych rozmieszczonych w 4 miastach wykonano **57 228 porad**, które były udzielane przez **19 lekarzy**.

Tab. 21. Działalność poradni chirurgii onkologicznej w 2008 r.

Powiaty	Liczba poradni	Liczba udzielonych porad		Liczba lekarzy udzielających świadczenia ogółem	
		liczby bezwzględne	na 1 mieszkańca	liczby bezwzględne	wskaźnik na 10 tys.
M. KOSZALIN	1	5 095	0,05	2	0,19
M. SZCZECIN	4	20 349	0,05	3	0,07
M. ŚWINOUJŚCIE	1	360	0,01	1	0,24
GOLENIÓW	1	437	0,01	1	0,13
GRYFICE	1	947	0,02	1	0,16
WOJEWÓDZTWO	8	27 188	0,02	8	0,05

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W 8 poradniach chirurgii onkologicznej rozmieszczonych w 5 miastach zrealizowano **27 188 porad**, które były udzielane przez **8 lekarzy**.

Swoją udział w prowadzeniu leczenia chorych z nowotworami ma również podstawowa opieka zdrowotna. Według danych statystycznych w 2008 r. przez **lekarzy rodzinnych** było leczonych **18 304 osób dorosłych i 534 dzieci**.

Tab. 22. Osoby leczone z powodu choroby nowotworowej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w 2008 r.

Powiat	Dorośli	Dzieci
M.KOSZALIN	1 412	11
M.SZCZECIN	4 811	139
M.ŚWINOUJŚCIE	708	16
BIAŁOGARD	590	19
CHOSZCZNO	551	9
DRAWSKO POMORSKIE	569	19
GOLENIÓW	696	39
GRYFICE	492	34
GRYFINO	952	29
KAMIEŃ POMORSKI	445	13
KOŁOBRZEG	977	23
KOSZALIN	575	16
ŁOBEZ	434	30
MYŚLIBORZ	689	12
POLICE	565	8
PYRZYCE	501	3
SŁAWNO	344	22
STARGARD SZCZECIŃSKI	1 563	63
SZCZECINEK	801	12
ŚWIDWIN	154	8
WAŁCZ	475	9
WOJEWÓDZTWO	18 304	534

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

Według informacji Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. leczenie nowotworów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej na terenie województwa zachodniopomorskiego w 15 poradniach o profilu onkologicznym, zrealizowano łącznie **84 620 świadczeń** onkologicznych na rzecz **31 655 leczonych**.

Tab. 23. Leczenie nowotworów realizowane w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2008 r.

Poradnie	Liczba poradni	Liczba leczonych	Liczba świadczeń
Onkologiczne	7	16 557	57 677
Chirurgii onkologicznej	6	14 412	25 588
Onkologii i Hematologii Dziecięcej	2	686	1 355
Razem	15	31 655	84 620

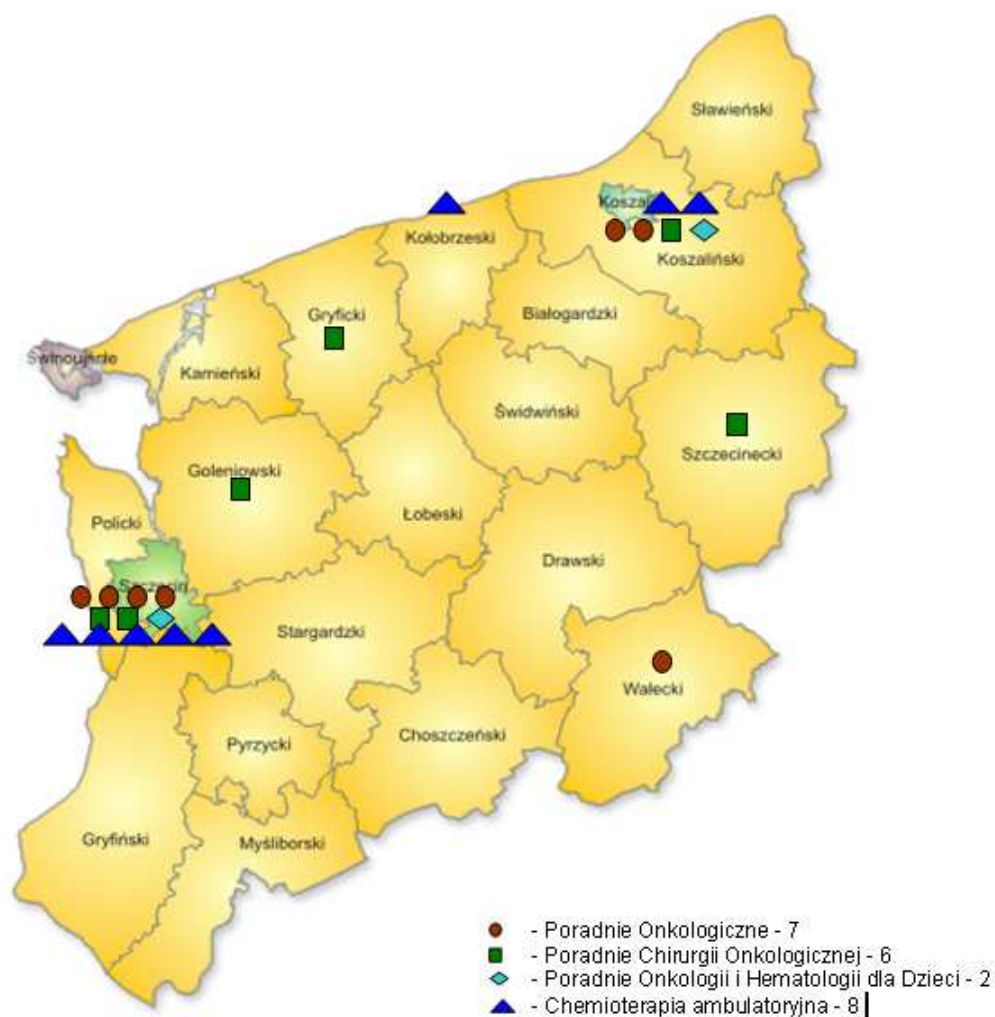
Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Leczenie ambulatoryjne nowotworów w 2008 r. było realizowane w:

- **7 poradniach onkologicznych**, zlokalizowanych w Szczecinie, Koszalinie i Wałczu.
- **6 poradniach chirurgii onkologicznej**, umiejscowionych w Szczecinie, Koszalinie, Gryficach, Goleniowie i Szczecinku.
- **2 poradniach onkologii i hematologii dziecięcej**, funkcjonujących w Szczecinie i Koszalinie.

Ponadto w warunkach ambulatoryjnych kontraktowanych w pakiecie leczenia szpitalnego w 2008 r. realizowano **chemioterapię w warunkach ambulatoryjnych** w **8** zakładach opieki zdrowotnej w Szczecinie, Koszalinie i Kołobrzegu.

Mapa 1. Rozmieszczenie poradni onkologicznych kontraktowanych przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 roku



Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Tab. 24. Struktura i liczba świadczeń w poradniach onkologicznych w 2008 r.

Świadczenie	Liczba świadczeń
porada specjalistyczna	47 347
porada kompleksowa	7 155
biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej z badaniem cytologicznym (2-4 rozmazy)	732
okresowa ocena skuteczności leczenia chemioterapeutycznego	496
uroflometria cewkowa	379
usunięcie szwów	318
porada recepturowa	224
zmiana opatrunków	165
pobranie i/lub wycięcie pojedynczych zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką, w tym badania hist-pat	151
biopsja gruboigłowa narządów/ tkanki kostnej/ przezskórna / przezpochwowa / przezodbytnicza z pełną diagnostyką (badanie hist-pat, badania immunocytochemiczne, cytometryczne, molekularne) z użyciem technik obrazowych	147
biopsja aspiracyjna cienkoigłowa z diagnostyką mikroskopową bez użycia techniki obrazowej z badaniem cytologicznym	143
punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, stawu, zatok, skóry i torbieli	129
nacięcie powłok - ewakuacja, sączkowanie krwiaka i/lub ropnia, ciało obce - usunięcie z powłok i/lub z naturalnych otworów ciała, zaopatrzenie ran powierzchniowych	77
posiew z antybiogramem w kierunku mycobacterium	72
cewnikowanie i wyplukanie skrzepów krwi z pęcherza, wykonanie wlewki leku do pęcherza moczowego	63
punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, zatok, stawów, skóry i torbieli z pełną diagnostyką (cytologia, mikrobiologia, analityka)	28
usunięcie rurki tracheostomijnej, usunięcie/wymiana cewnika, stomii, tamponady	15
endoskopia nosa z badaniem histopatologicznym	10
usunięcie zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich	8
wymiana lub usunięcie cewnika w przetoce nerkowej	4
wymiana rurki tracheostomijnej	3
endoskopia zatok obocznych nosa	2
laseroterapia p/jaskrowa (gonioplastyka, trabekuloplastyka, iridektomia, cyklofotokoagulacja), laseroterapia ogniskowa siatkówki	2
laseroterapia zmian miejscowych z badaniem hist-pat (w przypadku wskazań med. obejmuje poprzedzające badanie hist-pat)	2
oponowanie krwotoku nosa - tamponada przednia - w znieczuleniu miejscowym	1
porada specjalistyczna udzielana w domu świadczeniobiorcy	1
kompleksowe zaopatrzenie chirurgiczne rozległych i/lub głębokich ran, obejmujących co najmniej skórę, tkankę podskórną, mięśniową wymagających założenia co najmniej 5 szwów i/lub użycia różnych rodzajów nici, ze znieczuleniem	1
gradówka - leczenie operacyjne (w tym badanie hist-pat)	1
założenie szyny z pelotą lub płytą nagryzową	1
Razem	57 677

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Tab. 25. Struktura i liczba świadczeń w poradniach chirurgii onkologicznej w 2008 r.

Świadczenie	Liczba świadczeń
porada specjalistyczna	18 768
pobranie i/lub wycięcie pojedynczych zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich z niezbędną diagnostyką, w tym badania hist-pat	2 249
porada kompleksowa	2 009
biopsja cienkoigłowa jednej zmiany ogniskowej z użyciem techniki obrazowej z badaniem cytologicznym (2-4 rozmazy)	704
usunięcie szwów	546
biopsja gruboigłowa narządów/ tkanki kostnej/ przezskórna / przezpochwowa / przezodbytnicza z pełną diagnostyką (badanie hist-pat, badania immunocytochemiczne, cytometryczne, molekularne) z użyciem technik obrazowych	357
punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, stawu, zatok, skóry i torbieli	332
zmiana opatrunków	251
biopsja aspiracyjna cienkoigłowa z diagnostyką mikroskopową bez użycia techniki obrazowej z badaniem cytologicznym	140
elektrokoagulacja / krioterapia / laseroterapia zmian powierzchniowych - do 10 zabiegów	99
nacięcie powłok - ewakuacja, sączkowanie krwiaka i/lub ropnia, ciało obce - usunięcie z powłok i/lub z naturalnych otworów ciała, zaopatrzenie ran powierzchniowych	75
usunięcie zmian ze skóry, błon śluzowych i tkanek miękkich	30
punkcja diagnostyczno-terapeutyczna jam ciała, zatok, stawów, skóry i torbieli z pełną diagnostyką (cytologia, mikrobiologia, analityka)	14
porada recepturowa	5
usunięcie rurki tracheostomijnej, usunięcie/wymiana cewnika, stomii, tamponady	4
kompleksowe zaopatrzenie chirurgiczne rozległych i/lub głębokich ran, obejmujących co najmniej skórę, tkankę podskórną, mięśniową wymagających założenia co najmniej 5 szwów i/lub użycia różnych rodzajów nici, ze znieczuleniem	2
okresowa ocena skuteczności leczenia chemioterapeutycznego	1
panfotokoagulacja	1
wycięcie torbieli włosowej	1
Razem	25 588

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Zarówno w poradniach chirurgii onkologicznej, jak i w poradniach onkologicznych oprócz tzw. porad specjalistycznych i kompleksowych, które stanowiły większość wykonanych świadczeń, wykonywano inne świadczenia specjalistyczne, m.in. **2 223 biopsje, w tym:**

- biopsji cienkoigłowych – 1435
- biopsji gruboigłowych – 504
- biopsji aspiracyjnych – 283

1.3.3. Lecznictwo szpitalne

W 2008 r. w województwie zachodniopomorskim według danych statystycznych działalność leczniczą w zakresie nowotworów prowadzono w oddziałach onkologicznych, chirurgii onkologicznej, hematologii, radioterapii, chemioterapii. Wymienione oddziały posiadały łącznie **390 łóżek**. Liczba leczonych w 2008 r. wyniosła **22 115 osób, w tym 2 386 dzieci**.

Tab. 26. Działalność oddziałów onkologicznych w 2008 r.

Miasto	Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	w tym dzieci do 18 roku życia	Średnie wykorzystanie łóżek	Liczba leczonych na 1 łóżko	Średni czas pobytu w dniach
Szczecin	Chirurgia onkologiczna	96	5 212	25	58,8%	54,3	4,0
	Chirurgia onkologiczna dla dzieci	30	2 363	2 358	75,3%	78,8	3,5
	Hematologia	32	2 566	3	101,0%	80,2	4,6
	Chemioterapia	55	6 299		88,7%	114,5	2,8
	Radioterapia	139	3 294		95,5%	23,7	14,7
Koszalin	Onkologiczny	38	2 381		80,2%	66,1	4,4

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

Aktualnie w województwie zachodniopomorskim, oprócz ww. **oddziału hematologicznego** dla dorosłych w Szczecinie, przy którym działa Poradnia Chorób Krwi i Oddział Chemioterapii Diennej (6 łóżek), funkcjonuje Pododdział Hematologii w Oddziale Wewnętrznym w Regionalnym Szpitalu w Kołobrzegu z Poradnią Chorób Krwi. Natomiast dzieci z chorobą nowotworową leczone są w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej w Szczecinie.

Leczenie pacjentów z chorobą nowotworową odbywa się również w innych oddziałach specjalistycznych o profilu zabiegowym, takich jak: urologia, otolaryngologia, torakochirurgia, neurochirurgia, ginekologia.

Diagnostyka pacjentów z nowotworami krtani odbywa się w kilku oddziałach laryngologicznych na terenie zachodniopomorskiego, w: Szczecinie, Koszalinie, Kołobrzegu, Stargardzie Szczecińskim i Gryficach. Chirurgicznym leczeniem raka krtani i krtaniowej części gardła zajmuje się w województwie jedynie Klinika Otolaryngologii, która rocznie wykonuje ok. 100 operacji usunięcia częściowego lub całkowitego krtani. Większość operowanych pacjentów jest następnie napromieniana. Podstawowym problemem oddziałów zajmujących się diagnostyką nowotworów jest niedostatek nowoczesnej aparatury diagnostycznej i długi okres oczekiwania na badania (m.in. histopatologiczne, radiologiczne).

Według informacji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej w leczeniu radioterapeutycznym stosowane są:

- teleradioterapia (procedury konformalne, niekoplanarne, IMRT, IGRT, Radykalne 3D, radykalne 2D, paliatywne).
- brachyterapia (narządu rodnego, oskrzeli, przełyku, zewnątrzwartrobowych przewodów, kontaktowa skóry)
- radioterapia śródoperacyjna (gruczoł piersiowy)

W 2009 r. w **Oddziale Radioterapii** w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii **było leczonych 3712 pacjentów**. Wśród leczonych było:

- 1 811 hospitalizowanych
- 2 034 leczonych radykalnie (leczenie przyczynowe)
- 1 759 leczonych paliatywnie (leczenie objawowe)
- 1 901 leczonych ambulatoryjnie
- 6 500 pacjentów konsultowanych

Czas oczekiwania na radioterapię wynosi obecnie od 1 do - 6 tygodni.

Leczenie nowotworów odbywa się także w **oddziałach dziennych** funkcjonujących w strukturach szpitali w trybie jednodniowym i w warunkach ambulatoryjnych. Nie zawsze ich działalność jest określona liczbą miejsc.

Tab. 27. Działalność oddziałów dziennych prowadzących leczenie nowotworów w 2008 r.

Oddział	Liczba leczonych
Onkologia	11 606
Chirurgia onkologiczna	3 251
Radioterapia	2 358
Chemioterapia dzienna	9 248
Chemioterapia ambulatoryjna	780
Razem	27 243

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W trybie leczenia dziennego w 2008 r. w oddziałach onkologicznych, chirurgii onkologicznej, radioterapii i chemioterapii było leczonych **27 243 pacjentów**.

Tab. 28. Pracownie histopatologii w 2008 r.

Powiat	Liczba pracowni histopatologicznych
M. Koszalin	1
M. Szczecin	4
Gryficki	1
Województwo	6

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W województwie zachodniopomorskim w 2008 r. funkcjonowało 6 pracowni histopatologicznych wykonujących badanie materiału tkankowego, stosowane w rozpoznawaniu chorób nowotworowych.

Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. kontraktował świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia nowotworów w czterech rodzajach leczenia szpitalnego:

- oddziały szpitalne,
- programy terapeutyczne,
- chemioterapia,
- radioterapia.

Leczenie szpitalne nowotworów w 2008 r. odbywało się w **41 zakładach opieki zdrowotnej**, w tym w 8 zakładach niepublicznych, które najczęściej wykonywały świadczenia w trybie jednodniowym.

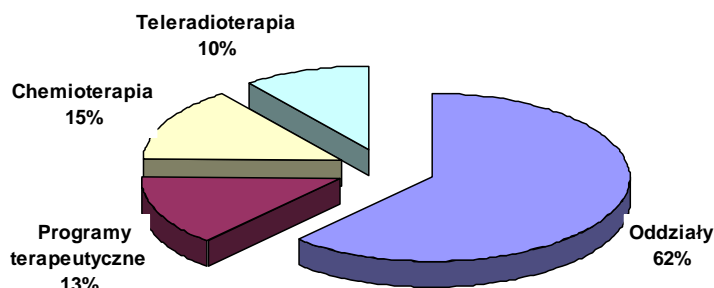
Tab. 29. Rodzaje świadczeń zdrowotnych w leczeniu nowotworów w szpitalach w 2008 r.

Rodzaj leczenia szpitalnego	Liczba hospitalizacji	Liczba wykonanych świadczeń	Wartość wykonanych świadczeń /w zł/
Oddziały	34 418	89 928	85 465 291,08
Programy terapeutyczne	3 140	22 077 998	18 608 773,29
Chemioterapia	14 930	39 364 271	20 218 467,42
Teleradioterapia	2 545	2 731	14 169 120,00
Razem	55 033	61 534 928	138 461 651,79

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

We wszystkich rodzajach leczenia szpitalnego nowotworów było hospitalizowanych **55 033 pacjentów**. Na leczenie przeznaczono prawie **138,5 mln zł**. Największą wartość osiągnęło leczenie nowotworów w oddziałach szpitalnych (62%).

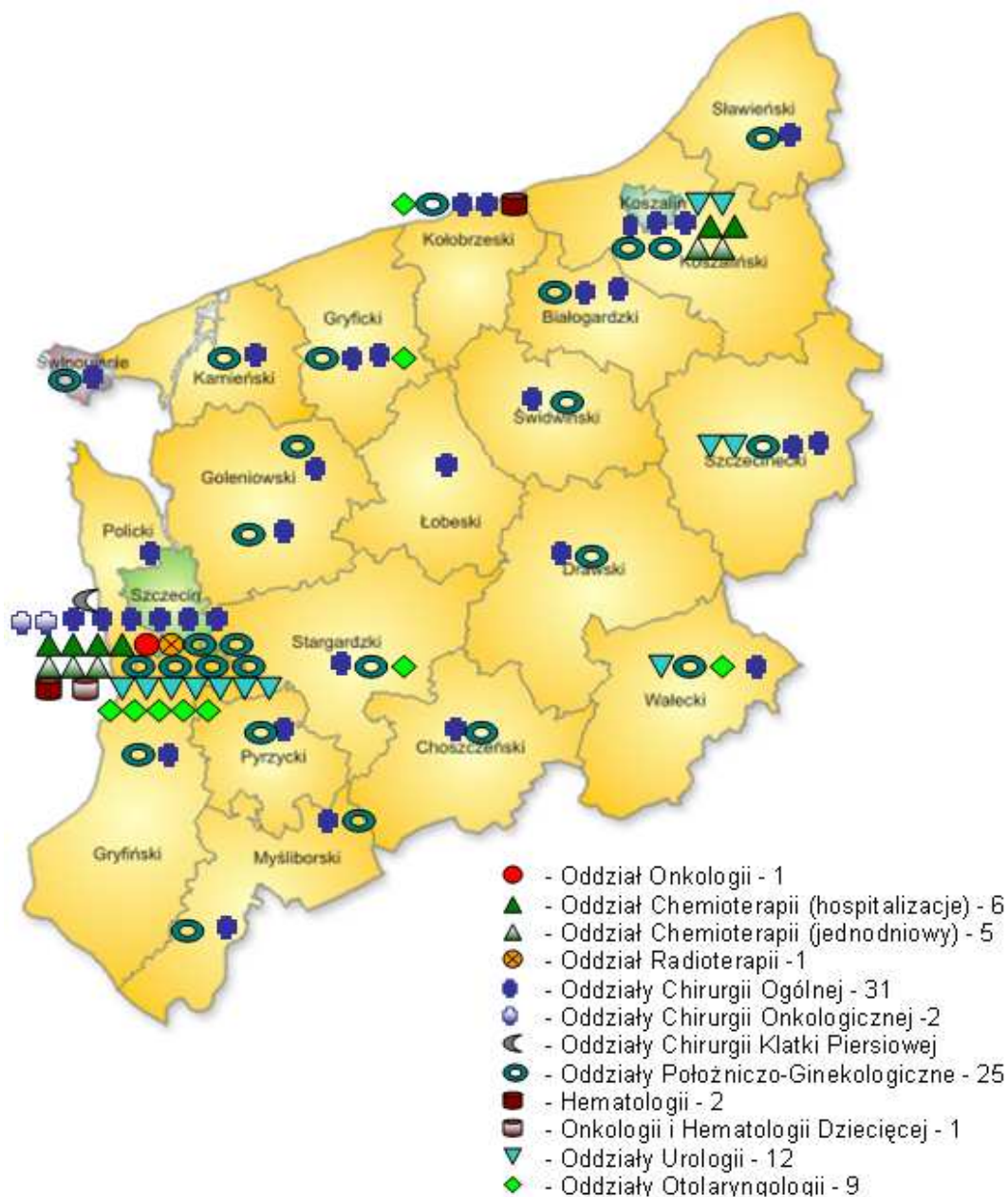
Wykres 20. Struktura wartości wykonanych świadczeń w zakresie leczenia nowotworów w szpitalach w 2008 r.



Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

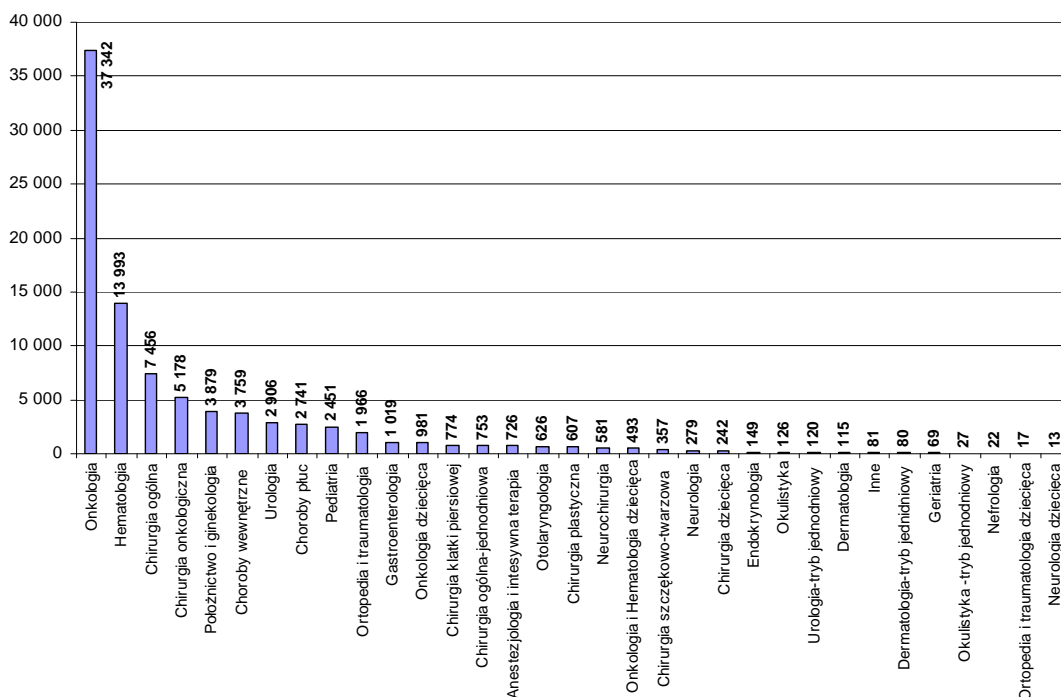
W 2008 r. leczenie szpitalne nowotworów w ramach kontraktów z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ odbywało się w **44 oddziałach szpitalnych różnych specjalności medycznych**, w których zrealizowano **34 418 hospitalizacji** wykonując **89 928 świadczeń zdrowotnych**. Rodzaje oddziałów i ilość świadczeń w poszczególnych oddziałach ilustruje poniższy wykres.

Mapa 2. Rozmieszczenie zakładów opieki zdrowotnych realizujących świadczenia
w zakresie leczenia szpitalnego nowotworów w 2008 r. w wybranych zakresach



Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Wykres 21. Liczba świadczeń realizowanych w leczeniu nowotworów w wybranych oddziałach szpitalnym w 2008 r.



Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Najwięcej świadczeń w ramach leczenia nowotworów (62,8%) zrealizowano w oddziałach onkologicznych – 37 342 świadczeń, w oddziałach hematologicznych – 13 993 świadczeń oraz w oddziałach chirurgii ogólnej – 5 178 świadczeń.

Programy terapeutyczne zakontraktowane przez ZOW NFZ w 2008 r. były stosowane w przypadku 3 140 hospitalizacji, na które przeznaczono 13% kosztów leczenia szpitalnego.

Tab. 30. Rodzaje i liczba świadczeń realizowanych w leczeniu nowotworów w ramach programów terapeutycznych w 2008 r.

Rodzaj leczenia	Liczba świadczeń
Leczenie chłoniaków złośliwych Rituxinabem	74 738
Leczenie chłoniaków złośliwych	494
Leczenie glejaków mózguTemozolomidem	45 740
Leczenie glejaków	4
Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) Imatinibem	942 800
Leczenie nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	98
Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego (plazmocytozowego)	133
Leczenie opornych postaci szpiczaka mnogiego	105

Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) Imatinibem	2 755 600
Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej	407
Leczenie raka jajnika Paklitakselem	175 407
Leczenie raka jajnika Tobotecanem	690
Leczenie raka jelita grubego Irinotekanem	1 301 212
Leczenie raka jelita grubego Kapecytabiną	3 880 900
Leczenie raka jelita grubego	559
Leczenie raka piersi Docetakselem	40 882
Leczenie raka piersi Kapecytabiną	6 642 250
Leczenie raka piersi Trastuzumabem	150 182
Leczenie raka piersi	627
Substancje czynne w leczeniu chłoniaków złośliwych	87 700
Substancje czynne w leczeniu glejaków mózgu	5 240
Substancje czynne w leczeniu nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)	902 800
Substancje czynne w leczeniu opornych postaci szpiczaka mnogiego	217
Substancje czynne w leczeniu przewlekłej białaczki szpikowej	3 779 304
Substancje czynne w leczeniu raka jelita grubego	1 133 279
Substancje czynne w leczeniu raka piersi	156 628
Razem	22 077 996

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Programy terapeutyczne wymagały wykonania 22 077 996 świadczeń, z czego najwięcej zrealizowano w zakresie: leczenia raka piersi i raka jelita grubego Kapecytabiną, leczenia przewlekłej białaczki szpikowej substancjami czynnymi i leczenia przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) Imatinibem.

Chemioterapia była kontraktowana w 2008 r. przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ w **9 szpitalach** zlokalizowanych w 3 miastach: Koszalinie, Kołobrzegu i Szczecinie. Leczenie chemioterapią było realizowane w trzech formach, w:

- trybie hospitalizacji - w 6 szpitalach
- trybie jednodniowym - w 5 szpitalach
- trybie ambulatoryjnym - w 8 szpitalach

Tab. 31. Rodzaje i liczba świadczeń realizowanych w leczeniu nowotworów w ramach chemioterapii w 2008 r.

Zakres	Liczba świadczeń
Chemioterapia-hospitalizacja	8 333 775
Chemioterapia-tryb jednodniowy	3 920 001
Chemioterapia-ambulatoryjna	3 027 679
Substancje czynne w chemioterapii-hospitalizacja z zakresem skojarzonym	8 696 985
Substancje czynne w chemioterapii-tryb jednodniowy z zakresem skojarzonym	3 361 749
Substancje czynne w chemioterapii-ambulatoryjnej z zakresem skojarzonym	12 024 082
Razem	39 364 271

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Chemioterapia była zastosowana podczas **14 930 hospitalizacji**, podczas których wykonano **39 364 271 świadczeń** zdrowotnych. Najwięcej świadczeń w zakresie chemioterapii wykonywano w warunkach hospitalizacji w ilości 17 030 760 świadczeń oraz w warunkach ambulatoryjnych – 15 051 761 świadczeń.

Teleradioterapia była zakontraktowana przez ZOW NFZ w 2008 r. w jedynym ośrodku na terenie województwa, tj. w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie, w dwóch zakresach:

- brachyterapii (bezpośrednie napromienianie zmian chorobowych przez umieszczenie źródła promieniowania w guzie lub jego sąsiedztwie),
- teleradioterapii (napromienianie zmian chorobowych wiązkami zewnętrznymi w pewnej odległości od tkanek, obejmującej guz nowotworowy z adekwatnym marginesem tkanek).

Tab. 32. Rodzaje i liczba świadczeń realizowanych w leczeniu nowotworów w ramach radioterapii w 2008 r.

Rodzaj	Liczba świadczeń
Brachyterapia	276
Teleradioterapia	2 455
Razem	2 731

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Teleradioterapię zrealizowano podczas **2 545 hospitalizacji** wykonując **2 731 świadczeń**, w tym 276 świadczeń w zakresie brachyterapii.

1.3.4. Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz bardzo starannej ocenie i leczenia bólu i innych problemów: somatycznych, psychosocjalnych i duchowych.

Opieka paliatywna i hospicyjna jest świadczona w trzech formach:

- poradni medycyny paliatywnej,
- hospicjum domowego,
- hospicjum stacjonarnego.

Dostęp do pełnej opieki paliatywnej, w opinii Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Medycyny Paliatywnej, ma zapewnionych 647 705 ludności, tj. 38% mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, tj. miasta Szczecina i Polic, miasta Koszalina i Powiatu Koszalińskiego.

Hospicja stacjonarne w 2008 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego funkcjonowały w Koszalinie i Szczecinie jako niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.

W 2008 r. posiadały **30 łóżek**, wskaźnik **1,8 łóżek na 100 tys.** mieszkańców i obejmowały opieką i leczeniem **511 pacjentów**.

Tab. 33. Działalność hospicjum stacjonarnego w 2008 r.

Powiat	Liczba leczonych	Liczba miejsc	Osobodni leczenia	Liczba zmarłych
M. KOSZALIN	229	8	2338	153
M. SZCZECIN	282	22	7837	229
WOJEWÓDZTWO	511	30	10 175	382

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

Opieka hospicyjna prowadzona jest również w formie hospicjum domowego. W 2008 r. w statystyce wykazano hospicja domowe funkcjonujące w 8 miastach. **Liczba leczonych w hospicjach domowych** wg danych statystycznych wynosiła **1 668 osób**.

Tab. 34. Działalność hospicjum domowego w 2008 r.

Powiat	Liczba leczonych	Osobodni leczenia cyklu
M. KOSZALIN	308	6 553
M. SZCZECIN	1 001	37 995
M. ŚWINOUJŚCIE	85	253
BIAŁOGARD	26	1 952
GOLENIÓW	37	2 122
GRYFICE	50	2 859
SŁAWNO	121	2 228
STARGARD SZCZECIŃSKI	40	2 434
WOJEWÓDZTWO	1 668	56 396

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W 2008 r. Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zakontaktował opiekę paliatywną i hospicyjną w **18 zakładach opieki zdrowotnej**, w tym w 4 zakładach publicznych.

Kontrakty obejmowały cztery rodzaje świadczeń realizowanych w:

- poradniach medycyny paliatywnej,
- hospicjach domowych,
- hospicjum domowym dla dzieci,
- hospicjach stacjonarnych.

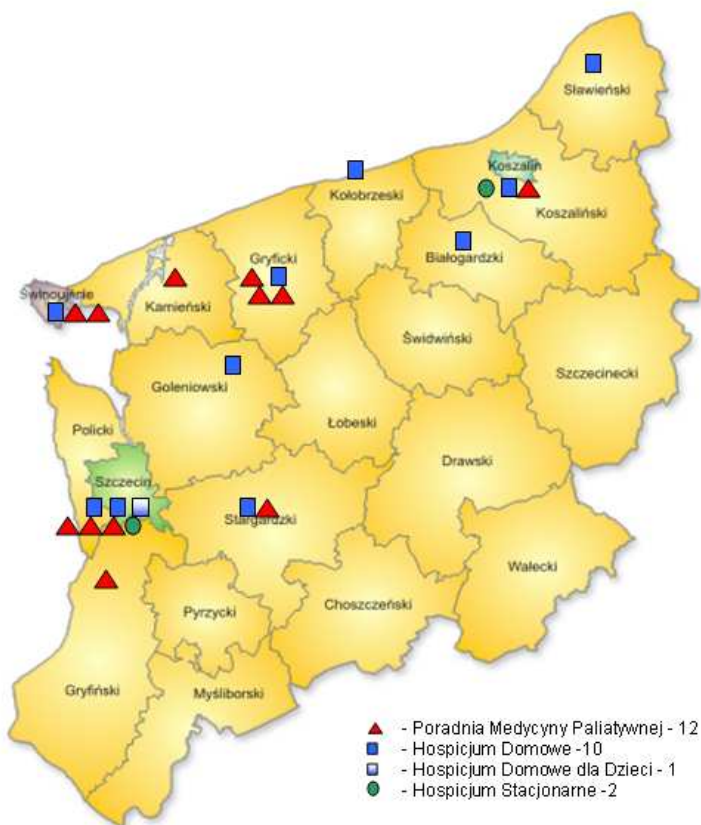
Tab. 35. Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zakontraktowane w 2008 r. przez ZOW NFZ

Nazwa świadczenia	Liczba świadczeniodawców	Liczba świadczeń
Porada w poradni medycyny paliatywnej	12	15 008
Osobodzień w hospicjum domowym	10	52 360
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	1	8 492
Osobodzień w hospicjum stacjonarnym	2	9 790

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Najwięcej świadczeń udzielono w hospicjach domowych, które były zlokalizowane w 10 miastach: Gryficach, Gryfinie, Nowogardzie, Szczecinie, Stargardzie Szczecińskim, Świnoujściu, Kołobrzegu, Sławnie, Koszalinie i Białogardzie.

Mapa 3. Rozmieszczenie jednostek realizujących świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej



Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

1.3.5. Zasoby kadrowe

Według „Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 r.” na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2008 r. w jednostkach opieki zdrowotnej byli zatrudnieni lekarze specjaliści w zakresie następujących specjalności:

- onkologii - 9 lekarzy
- radioterapii onkologicznej - 11 lekarzy
- chirurgii onkologicznej - 12 lekarzy
- ginekologii onkologicznej - 2 lekarzy
- hematologii - 4 lekarzy
- medycyny paliatywnej - 2 lekarzy
- genetyki klinicznej - 3 lekarzy
- patologii onkologicznej - 1 lekarzy

Tab. 36. Zatrudnienie lekarzy w poradniach onkologicznych i chirurgii onkologicznej w 2008 r.

Powiaty	Poradnie onkologiczne	Poradnie chirurgii onkologicznej
M. KOSZALIN	8	2
M. SZCZECIN	9	3
M. ŚWINOUJSCIE	1	1
GOLENIÓW		1
GRYFICE		1
WAŁCZ	1	
WOJEWÓDZTWO	19	8

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W poradniach onkologicznych i poradniach chirurgii onkologicznej w 6 miastach na terenie województwa zachodniopomorskiego pracuje **27 lekarzy**.

Tab. 37. Zatrudnienie w oddziałach onkologicznych w 2008 r.

Miasto	Oddział	Liczba zatrudnionych	
		Lekarzy	Pielęgniarek
SZCZECIN	Chirurgia onkologiczna	17	57
	Chirurgia onkologiczna dla dzieci	10	20
	Hematologia	8	18
	Chemioterapia	15	43
	Radioterapii	17	30
KOSZALIN	Onkologiczny	7	8
	Razem	74	176

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W województwie zachodniopomorskim w oddziałach chirurgii onkologicznej dla dorosłych i dzieci, oddziałach hematologii, onkologii, chemioterapii, radioterapii pracuje łącznie **74 lekarzy i 176 pielęgniarek**.

W **oddziałach hematologii** dla dorosłych jest zatrudnionych 4 lekarzy specjalistów w zakresie hematologii i 6 lekarzy w trakcie specjalizacji. Ponadto jeden lekarz hematolog pracuje w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Szczecinie w oddziale wewnętrznym. Jest to liczba lekarzy ze specjalizacją z hematologii zbyt mała i niewspółmierna do potrzeb.

W Oddziale Radioterapii, oprócz lekarzy i pielęgniarek wykazanych wyżej zatrudnionych jest:

- 5 lekarzy w trakcie specjalizacji,
- 10 fizyków medycznych,
- 39 techników radioterapii

Tab. 38. Zatrudnienie w hospicjum stacjonarnym w 2008 r.

Powiat	Liczba leczonych	Liczba lekarzy	Liczba pielęgniarek
M. KOSZALIN	229	8	11
M. SZCZECIN	282	11	21
WOJEWÓDZTWO	511	19	32

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

W 2008 r. w hospicjach stacjonarnych w województwie zachodniopomorskim pracowało **19 lekarzy i 32 pielęgniarki**.

1.4. Wnioski wynikające z części diagnostycznej

1. Wzrost zachorowalności na nowotwory.
2. Wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów.
3. Leczenie chirurgiczne nowotworów odbywa się we wszystkich szpitalach posiadających oddziały chirurgii ogólnej.
4. Niewystarczająca baza łóżkowa do prowadzenia chemioterapii i radioterapii.
5. Niewystarczające zabezpieczenie w zakresie hematologii w Koszalinie i południowej części województwa.
6. Niewystarczający dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej w niektórych powiatach.
7. Brak wspierających zespołów opieki paliatywnej w szpitalach ogólnych.

2. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA

Przeprowadzona analiza sytuacji epidemiologicznej w zakresie nowotworów oraz ocena aktualnie posiadanych zasobów opieki zdrowotnej wykorzystywanych w profilaktyce, diagnostyce i leczeniu nowotworów pozwala na określenie potrzeb oraz sprecyzowanie celów, kierunków rozwoju i organizacji opieki zdrowotnej w zakresie onkologii w województwie zachodniopomorskim na najbliższe lata, zgodnie z zapotrzebowaniem społecznym.

2.1. Cele strategiczne w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego - ogólne

Niniejszy dokument stanowi uzupełnienie „Strategii sektorowej w zakresie ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego” z 2001 roku.

W związku z tym, cel strategiczny i zadanie strategiczne dla rozwoju ochrony zdrowia województwa pozostają w niezmiennym sformułowaniu, tj.:

CEL STRATEGICZNY:

Stworzenie spójnego systemu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego

ZADANIE STRATEGICZNE:

Zapewnienie wysokiej jakości opieki medycznej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, specjalistycznej opieki ambulatoryjnej i opieki stacjonarnej

2.2. Potrzeby zdrowotne w zakresie onkologii

Potrzeby zdrowotne w zakresie onkologii wynikają z sytuacji epidemiologicznej i demograficznej oraz dostępności do leczenia. Należy wziąć pod uwagę najważniejsze problemy zdrowotne wskazane m.in. utrzymywaniem się schorzeń nowotworowych w czołówce głównych przyczyn zgonów, zwiększanie się liczby osób w wieku poprodukcyjnym i wydłużanie się przeciętnego dalszego trwania życia, skutkujące wzrostem chorobowości i niepełnosprawności. Ważnym czynnikiem determinującym potrzeby w onkologicznej opiece zdrowotnej jest ciągły wzrost zachorowań i zgonów z powodu nowotworów złośliwych.

W profilaktyce, diagnozowaniu i leczeniu nowotworów ważnym jest szereg elementów. Jednym z podstawowych działań prewencyjnych jest poprawa świadomości społeczeństwa, w tym lekarzy, poprzez poprawę stanu edukacji nt. przyczyn powstawania nowotworów, wpływu zdrowego stylu życia na obniżenie ryzyka zachorowania, potrzeby wykonywania badań profilaktycznych i wczesnego rozpoznawania nowotworów. Właściwe zaspakajanie potrzeb zdrowotnych zależy także od sposobu zorganizowania, rozmieszczenia i funkcjonowania jednostek udzielających świadczenia zdrowotne oraz w dużej mierze od wielkości i sposobu finansowania świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Udzielanie świadczeń zdrowotnych onkologicznych, w poszczególnych zakresach, powinno polegać na równomiernym rozmieszczeniu na terenie województwa i dalszym wzmacnianiu ośrodków już funkcjonujących, aby mogły realizować świadczenia zdrowotne na jak najwyższym poziomie, zapewniając pacjentom ciągłość leczenia i rehabilitacji oraz opiekę paliatywną, a także możliwości wykonywania niektórych procedur medycznych w trybie opieki dziennej i jednodniowej. Służyć temu będą m.in. rozpoczęte budowy Centrum Diagnostyki i Terapii Nowotworów Piersi oraz Centrum Diagnostyki i Leczenia Nowotworów Dziedzicznych w Szczecinie.

Na organizację i funkcjonalność opieki zdrowotnej ma wpływ zarówno rozwój technologii medycznych, jak i dobra współpraca między ośrodkami diagnozowania i leczenia nowotworów. Środowiska medyczne, poza działaniami wymienionymi, skupiać się także muszą na poszukiwaniu i stosowaniu skutecznych metod leczenia oraz dostępności do wysokospecjalistycznych terapii. Należy wykorzystywać i rozwijać dostępne technologie medyczne wspierające diagnozowanie, i leczenie chorób nowotworowych, a także metody zmniejszające działania uboczne leczenia onkologicznego oraz dolegliwości w okresie terminalnym, m.in. z zastosowaniem nowoczesnych technik obrazowych i medycyny nuklearnej oraz nowych osiągnięć naukowych, w tym w zakresie genetyki.

Ważnymi elementami funkcjonowania ośrodków leczenia schorzeń nowotworowych, jest systematyczne wyposażanie ich w specjalistyczną aparaturę medyczną oraz dbałość o warunki lokalowe i techniczne. Wyposażenie oddziałów prowadzących leczenie pacjentów ze schorzeniami nowotworowymi jest zróżnicowane. Zachodzi pilna konieczność wymiany istniejącego sprzętu na nowy o standardach odpowiadających nowym technologiom.

Istotnym elementem prawidłowego funkcjonowania profilaktyki i leczenia nowotworów, jest ciągła dbałość o odpowiednią liczbę wykwalifikowanego personelu medycznego o wysokich

kwalifikacjach i doświadczeniu. Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów onkologów poprawiłoby dostępność do leczenia. Pozwoliłoby to również na prowadzenie właściwej profilaktyki onkologicznej i umożliwiłoby tworzenie nowych poradni onkologicznych.

2.3. Cele operacyjne w zakresie onkologii:

1. Zmniejszenie szkód zdrowotnych i społecznych z powodu chorób nowotworowych.
2. Zmniejszenie dystansu w zakresie umieralności z powodu nowotworów pomiędzy Polską a krajami Unii Europejskiej.
3. Uzyskanie bezpiecznej dostępności do pełnoprofilowego nowoczesnego leczenia nowotworów oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnej z najwyższymi standardami i wymogami unijnymi.
4. Zapewnienie równego dostępu, wysokiej jakości oraz efektywności onkologicznej opieki medycznej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.
5. Zwiększenie liczby pacjentów z 5-letnim i dłuższym okresem przeżycia od chwili zachorowania.

2.4. Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii

W przyszłości należy zadbać o dalszy rozwój i stabilne funkcjonowanie wszelkich form opieki zdrowotnej nad chorymi ze schorzeniami nowotworowymi, zapewniających stały i równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców województwa zachodniopomorskiego.

Rozmieszczenie i rozwój ośrodków leczenia nowotworów powinien uwzględniać, oprócz potrzeb populacji, również dostęp do bazy diagnostyczno-terapeutycznej, posiadany potencjał wysokospecjalistycznych kadr medycznych, a także możliwości komunikacyjne. Należy podjąć działania, aby poprawiać jakość życia osób, które przezwyciężyły chorobę i tych, którzy potrzebują opieki paliatywnej.

W rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii należy uwzględnić następujące **kierunki rozwoju:**

1. Zwiększenie dostępności do nowoczesnych metod profilaktyki i leczenia poprzez wprowadzanie nowych programów oraz zwiększenie nakładów finansowych na ten cel.
2. Zniesienie ograniczeń w dostępie do badań diagnostycznych i poprawa jakości diagnostyki.

3. Równomierne rozmieszczenie podmiotów realizujących świadczenia w zakresie onkologii z uwzględnieniem dostępu do specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego oraz wykwalifikowanej kadry medycznej.
4. Systematyczne wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych, w tym stała odnowa bazy sprzętowej i aparaturowej.
5. Dążenie do stworzenia warunków do zintegrowanego leczenia onkologicznego.
6. Optymalne wykorzystanie aktualnego potencjału lecznictwa onkologicznego.
7. Zwiększenie bazy leczniczej w chemioterapii.
8. Skrócenie czasu oczekiwania na leczenie napromienianiem.
9. Podniesienie jakości leczenia w zakresie chirurgii nowotworów złośliwych.
10. Stworzenie sieci ośrodków chirurgii onkologicznej rekomendowanych na terenie województwa.
11. Dążenie do utworzenia systemu monitorującego proces i wyniki leczenia oraz wyleczalności nowotworów.
12. Zapewnienie lepszej dostępności do świadczeń urologicznych, chirurgicznych, neurochirurgicznych i torakochirurgicznych dla chorych z rozpoznaniem nowotworem.
13. Zapewnienie ciągłości leczenia poszpitalnego w poradniach specjalistycznych i zakładach rehabilitacyjnych.
14. Stworzenie bazy rehabilitacyjnej przy ośrodkach onkologii.
15. Zapewnienie równych szans dostępu dla pacjentów objętych opieką onkologiczną do dostępnych badań klinicznych produktów leczniczych, prowadzonych przez zespoły badawcze w województwie zachodniopomorskim.
16. Zwiększenie równomiernego i systematycznego naboru na specjalizacje lekarskie w dziedzinie onkologii.
17. Wnioskowanie o uruchomienie specjalizacji w zakresie onkologii dla pielęgniarek.
18. Zwiększenie zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej.
19. Zwiększenie dostępności do jednostek opieki paliatywnej i hospicyjnej.
20. Rozwijanie systemu przepływu informacji diagnostyczno-terapeutycznych poprzez rozbudowę sieci telemedycznych.

2.5. Zadania szczegółowe

Do rozwoju onkologii niezbędni są wykwalifikowani lekarze, pielęgniarki, nowoczesne oddziały i sprzęt, a dla chorych paliatywnych dostępna opieka paliatywna i hospicyjna.

Zaplanowane zadania wskazują konkretne propozycje wdrożenia działań usprawniających funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w województwie w zakresie zapobiegania nowotworom, wczesnego ich rozpoznawania, różnych metod leczenia i zapewnienia opieki chorym w okresie terminalnym. Aby realizacja zaplanowanych działań w rozwoju onkologii i opieki paliatywnej i hospicyjnej powiodła się, niezbędne są odpowiednie nakłady finansowe. Zadania w zakresie poprawy opieki onkologicznej będą realizowane nadal przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych, w tym wspieranie działalności Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii i Szpitali Klinicznych w Szczecinie. W województwie zachodniopomorskim spodziewane jest zaangażowanie, wszystkich samorządów terytorialnych, zarówno na poziomie województwa, powiatów, jak i gmin oraz organizacji pożytku publicznego, zgodnie z własnymi potrzebami i posiadanymi możliwościami.

2.5.1. Zadania w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów

Profilaktyka zdrowotna w zakresie chorób nowotworowych powinna obejmować działania zmierzające do poprawy stanu edukacji społeczeństwa na temat czynników ryzyka, zdrowego stylu życia oraz wczesnego rozpoznawania nowotworów. Działania profilaktyczne mające na celu zapobieganie nowotworom mogą być realizowane w różnych formach. Główne programy profilaktyczne, będą realizowane w ramach Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych będą realizowane przy współpracy z oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotyczy to przede wszystkim badań przesiewowych w celu wczesnego wykrycia raka szyjki macicy, piersi i jelita grubego oraz wczesnego wykrywania nowotworów w rodzinach wysokiego dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi, jajnika, jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy.

Zadania w zakresie profilaktyki nowotworów złośliwych są również określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym badań przesiewowych, oraz okresów, w których te badania są przeprowadzane (Dz. U. Nr 276 poz. 2740). Wstępne badania lekarskie ukierunkowane na wykrycie nowotworu złośliwego powinny być wykonywane podczas wizyty w gabinecie podstawowej opieki zdrowotnej. Lekarz w podstawowej opiece zdrowotnej powinien: przeprowadzić wywiad w kierunku obciążenia rodzinnym występowaniem nowotworów, instruktaż samobadania piersi u kobiet powyżej 18 roku życia, fizykalne badanie piersi w odstępach jednorocznych u kobiet powyżej 35 roku życia, badanie

skóry, warg, jamy ustnej i gardła oraz badanie per rectum kobiet i mężczyzn powyżej 45 roku życia - co roku. Rozporządzenie wyznacza także zadania lekarzowi specjalście w zakresie ginekologii, który zobowiązany jest przeprowadzać badanie ginekologiczne i badanie palpacyjne piersi u kobiet w wieku powyżej 35 lat w odstępach jednorocznych, a także wykonywać badanie cytologiczne szyjki macicy w odstępach 3-letnich.

Oprócz realizacji Narodowego Programu Zwalczenia Nowotworów i regulacji prawnych dotyczących profilaktyki onkologicznej, pożądanym jest wpieranie finansowe i wdrażanie niektórych programów profilaktycznych przez samorządy terytorialne na rzecz społeczności lokalnych.

1. Realizacja profilaktyki pierwotnej poprzez wdrażanie programów edukacji zdrowotnej dotyczących zdrowego stylu życia i ograniczania narażenia człowieka na czynniki ryzyka w zakresie: zapobiegania paleniu papierosów, przeciwdziałaniu otyłości, propagowania aktywności ruchowej i racjonalnego odżywiania, unikania nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne, ograniczania spożywania alkoholu, przestrzegania zaleceń ochrony radiologicznej.
2. Tworzenie systemowych rozwiązań profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów.
3. Realizacja profilaktyki wtórnej tj. programów badań przesiewowych poprzez wprowadzanie programów wczesnego wykrywania nowotworów w grupach dziedzicznie wysokiego ryzyka.
4. Dążenie do wprowadzenia badań przesiewowych zmierzających do wczesnego wykrycia nowotworów układu moczowego w zakresie:
 - a) wykonywania badania ogólnego moczu u mężczyzn i kobiet, raz w roku, zgłaszających się do lekarza urologa dobrowolnie,
 - b) wykonywania badania PSA (marker prostaty), raz w roku, u mężczyzn powyżej 50 roku życia u zgłaszających się do lekarza urologa dobrowolnie,
 - c) Zwiększenia dostępu do badania ultrasonograficznego układu moczowo-płciowego (nerki, pęcherz moczowy, prostata) raz w roku u mężczyzn i kobiet zgłaszających się do lekarza urologa dobrowolnie.
5. Dążenie do wprowadzenia badań przesiewowych zmierzających do wczesnego wykrycia nowotworów gardła i krtani polegających na:
 - a) obowiązkowym badaniu laryngologicznym w ramach prowadzonych badań przesiewowych w grupie nałogowych palaczy po 40 roku życia,
 - b) badaniu laryngologicznym pacjentów z chrypką trwającą ponad 3 tygodnie,
 - c) badaniu laryngologicznym rodzin z grupy podwyższonego ryzyka (drugi nowotwór krtani lub dwa inne nowotwory złośliwe wśród krewnych pierwszego stopnia pacjentów z rakiem krtani) – wdrażane przez onkologiczną poradnię genetyczną.
6. Promowanie i wdrażanie szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV.

2.5.2. Zadania w zakresie diagnostyki

Rozwój zasobów i możliwości diagnostycznych jest ważnym elementem w zapewnieniu jak najlepszej jakości i metod rozpoznawania nowotworów oraz monitorowania przebiegu ich leczenia. Doposażenie ośrodków leczących nowotwory w nowoczesny sprzęt i aparaturę diagnostyczną powinno następować nieustannie i systematycznie. Są to zadanie dla wszystkich organizatorów opieki zdrowotnej, zarówno szczebla centralnego, wojewódzkiego, jak i lokalnego.

Możliwość zapewnienia stałego dostępu do świadczeń diagnostycznych związana jest z finansowaniem ze środków publicznych przy uwzględnieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które określa m.in. wykaz i warunki realizacji badań diagnostycznych dotyczące pomieszczeń, wyposażenia i zatrudnienia personelu z odpowiednimi kwalifikacjami oraz wymienia w jakich przypadkach mogą być przeprowadzane wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne.

1. Usprawnienie diagnostyki cytologicznej i histopatologicznej (zwiększenie dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na wynik badania).
2. Zwiększenie dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na badania radiologiczne przede wszystkim USG oraz badania obrazowe Tomografii Komputerowej (KT) i Rezonansu Magnetycznego (NMR).
3. Dążenie do wyposażenia w nowoczesny sprzęt diagnostyczno-terapeutyczny, w tym w urządzenie PET-CT (Tomografia pozytonowa).
4. Rozszerzanie możliwości diagnostyki genetycznej.

2.5.3. Zadania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna może być realizowana w warunkach poradni przyszpitalnych, odrębnych zakładów opieki zdrowotnej oraz indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich. Niezależnie od formy organizacyjnej, wszystkie świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowane ze środków publicznych muszą być wykonywane przy spełnieniu wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które określa warunki realizacji

porad specjalistycznych, badań diagnostycznych, procedur zabiegowych ambulatoryjnych, chemioterapii i innych świadczeń ambulatoryjnych.

1. Zwiększenie ilości poradni onkologicznych, zwłaszcza ginekologii onkologicznej.
2. Utworzenie poradni hematologicznej w południowej części województwa.
3. Utrzymanie i umocnienie istniejących ośrodków chemioterapii, a w przypadku wzrostu zachorowań na nowotwory, utworzenie dodatkowych miejsc do chemioterapii wraz z poradnią onkologiczną w południowo-wschodniej części województwa.
4. Zwiększenie dostępności w zakresie kontroli onkologicznej opieki ambulatoryjnej, szczególne znaczenie posiada systematyczna kontrola w pierwszych dwóch latach po pierwotnym leczeniu (w tym okresie częstość wznów jest największa) w ośrodku gdzie pacjent był leczony.

2.5.4. Zadania w zakresie leczenia szpitalnego

Leczenie szpitalne jest zasadniczym etapem w leczeniu chorób nowotworowych. W znacznej większości leczenie nowotworów rozpoczyna się leczeniem chirurgicznym. Często jakość leczenia chirurgicznego wpływa na ostateczną ocenę leczenia całościowego. Aby podnieść jakość leczenia schorzeń nowotworowych, leczenie chirurgiczne na terenie województwa zachodniopomorskiego nie powinno odbywać się we wszystkich oddziałach chirurgii ogólnej. Ponadto powinien powstać system monitorowania leczenia pacjenta z chorobą nowotworową, począwszy od wykonania pierwszego zabiegu chirurgicznego. Aby usprawnić leczenie, należałoby w województwie zwiększyć dostępność do chemioterapii i radioterapii w warunkach hospitalizacji oraz trybie leczenia jednodniowego.

1. Utrzymanie liczby łóżek i miejsc dziennych na potrzeby leczenia chemioterapią z możliwością ich zwiększenia wraz z wzrostem zachorowań na nowotwory.
2. Wyposażenie wszystkich placówek, które prowadzą chemioterapię w pracownię rozpuszczania leków cytostatycznych zgodnie z wymogami Unii Europejskiej.
3. Zwiększenie bazy łóżkowej w zakresie radioterapii do osiągnięcia liczby 70 łóżek.
4. Stworzenie ośrodka radioterapii w Koszalinie.
5. Wprowadzanie nowych technik radioterapeutycznych i optymalnego wyposażenia ośrodków radioterapii w nowoczesną aparaturę oraz wymiany zużytych aparatów i doposażenie pracujących aparatów w celu bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego.
6. Utworzenie pododdziału hematologii w podregionie koszalińskim.
7. Zwiększenie dostępności pacjentom po leczeniu onkologicznym do rehabilitacji.

8. Stworzenie systemu monitorowania procesu i wyników leczenia nowotworów u pacjentów poddanych leczeniu chirurgicznemu.
9. Wyposażenie ośrodków chirurgii onkologicznej w nowoczesny sprzęt chirurgiczny.
10. Modernizacja sal operacyjnych i wyposażenia pracowni diagnostyki inwazyjnej.

2.5.5. Zadania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opieka paliatywna i hospicyjna w Polsce, a zatem i w województwie zachodniopomorskim ma określone główne kierunki rozwoju wynikające z rekomen-dacji 24. Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjętych 12 listopada 2003 r. na 860 Konferencji Zastępców Ministrów Unii Europejskiej. W województwie zachodniopomorskim należy utrzymywać trwający rozwój opieki paliatywno-hospicyjnej w szerokim zakresie opieki hospicyjnej, domowej, dziennej oraz świadczeń poradni medycyny paliatywnej. W każdym szpitalu, gdzie przebywa pacjent z chorobą nowotworową powinny funkcjonować zespoły wsparcia. Należy zadbać o zmniejszenie różnic w dostępie do opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwłaszcza w południowo-wschodniej części województwa, gdzie występują tzw. „białe plamy” w rozmieszczeniu jednostek.

1. Dążenie do zapewnienia wskaźnika 7 łóżek stacjonarnej opieki hospicyjnej na 100 tys. mieszkańców, tj. ok. 118 łóżek.
2. Równomierne rozmieszczenie Hospicjów stacjonarnych na terenie województwa w taki sposób, by każde z nich posiadało minimum 10-15 łóżek z zachowaniem ustalonej powyżej normy łóżek i uwzględnieniem ilości mieszkańców sąsiadujących powiatów, dla których dane hospicjum stacjonarne będzie służyć.
3. Zorganizowanie poradni medycyny paliatywnej we wszystkich powiatach.
4. Tworzenie hospicjów domowych we wszystkich powiatach.
5. Organizowanie zespołów wsparcia chorych na nowotwory we wszystkich szpitalach województwa. Rolę tę pełnić może pielęgniarka, której zadaniem będzie przygotowanie chorych, wymagających konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej. Lekarzem konsultującym powinien być lekarz zatrudniony w najbliższym terytorialnie ośrodku opieki paliatywnej.
6. Tworzenie dziennych ośrodków opieki paliatywnej przy istniejących hospicjach stacjonarnych.
7. Dążenie do utworzenia systemu ciągłego monitorowania skuteczności leczenia objawowego chorób nowotworowych w skali województwa zachodniopomorskiego.
8. Pozyskiwanie dofinansowania działalności jednostek opieki paliatywnej i hospicyjnej z innych źródeł publicznych i niepublicznych.

2.5.6. Zadania w zakresie kadr medycznych

Jednym z ważniejszych elementów systemu zapobiegania i leczenia nowotworów na każdym etapie jego przebiegu są odpowiednie kwalifikacje i liczba personelu medycznego. Szansa na wyleczenie chorych znacznie wzrasta, wraz ze wczesnym wykryciem raka, szybkim procesem diagnostycznym, wykonaniem sprawnego zabiegu operacyjnego i trafnym postępowaniem diagnostyczno-terapeutycznym. Na wybór i podejmowanie właściwych decyzji ma wpływ poziom wiedzy i stopień posiadanych kwalifikacji przez personel medyczny.

1. Szkolenie lekarzy rodzinnych w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, w tym hematologii, w celu uzyskania tzw. świadectwa o dodatkowych umiejętnościach.
2. Zwiększenie liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie onkologii klinicznej, hematologii i medycyny paliatywnej.
3. Dążenie do zapewnienia zatrudnienia jednego onkologa klinicznego na 65 tys. ludności.
4. Szkolenie lekarzy oddziałów chorób wewnętrznych w zakresie hematologii w kontekście wczesnego wykrywania nowotworowych chorób krwi i prawidłowej wstępnej diagnostyce przed przekazaniem do oddziału specjalistycznego. Szkolenie w celu wydania tzw. świadectwa o dodatkowych umiejętnościach.
5. Utrzymanie stałej ciągłości szkolenia dla personelu wyższego i średniego w celu efektywnego działania ośrodków onkologicznych.
6. Upowszechnienie nauczania opieki paliatywnej w kształceniu przeddyplomowym i podyplomowym lekarzy, pielęgniarek i innych zawodów medycznych.
7. Przygotowanie programów szkoleniowo – edukacyjnych w zakresie medycyny paliatywnej dla poszczególnych grup lekarzy.
8. Uzyskanie akredytacji do specjalizowania lekarzy w dziedzinie medycyny paliatywnej w Koszalinie, jako w trzecim ośrodku w województwie zachodniopomorskim, oprócz dwóch w funkcjonujących w Szczecinie.
9. Dążenie do zatrudnienia w ośrodkach onkologicznych psychologów klinicznych.

III. KIERUNKI ROZWOJU ONKOLOGII DZIECIĘCEJ

1. WPROWADZENIE

Nowotwory wieku rozwojowego stanowią ok. 0,5-2 % wszystkich nowotworów występujących u ludzi. Rodzaj i rozkład wiekowy nowotworów u dzieci jest inny niż w populacji dorosłych. Wśród przyczyn zgonów dzieci nowotwory stanowią drugie miejsce po wypadkach, zatruciach i urazach. Liczba zachorowań na nowotwory u dzieci generalnie nie zmienia się, ale wzrasta nieznacznie liczba guzów mózgu, białaczek. Leczenie przeciwnowotworowe u dzieci oparte jest o skojarzenie podstawowych metod leczenia stosowanych w onkologii: chemioterapii, chirurgii i radioterapii.

Według *Prof. dr hab. med. Jerzy R. Kowalczyk, Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej*, każdego roku rozpoznaje się nowotwory złośliwe u około 1 100-1 200 dzieci. W Polsce w trakcie intensywnej chemioterapii jest każdego roku około 2 000-2 200 dzieci, a dalszych około 6 000 dzieci wymaga monitorowania po zakończonym leczeniu. Wskaźniki zachorowalności na złośliwe nowotwory dziecięce w Polsce nie odbiegają od obserwowanych w innych krajach Europy Zachodniej oraz Ameryki i wahają się od 105 do 130 zachorowań na 1 mln dzieci. Obecnie stosowane metody leczenia w Polsce pozwalają na wyleczenie ponad 70% dzieci z chorobą nowotworową. W niektórych nowotworach, np. w ostrej białaczce limfoblastycznej wyleczenie obejmuje ponad 90% dzieci. Ośrodki onkologii dziecięcej tworzą sieć obejmującą cały kraj tak, aby odległość między ośrodkiem onkologii, a miejscem zamieszkania nie przekraczała 120 km.

Aby możliwe było uzyskanie dobrych wyników leczenia, konieczne jest spełnienie kilku warunków:

1. Odpowiednio wczesne rozpoznanie choroby.
2. Ostateczne diagnozowanie i leczenie powinno być prowadzone wyłącznie w specjalistycznych ośrodkach onkologii i hematologii dziecięcej.
3. Zapewnienie odpowiednich środków finansowych.

Dlatego też wg *Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej*, należy uwzględnić następujące zadania organizacyjne w zakresie onkologii dziecięcej:

1. Szkolenie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej we wczesnej diagnostyce chorób nowotworowych wieku dziecięcego oraz edukacja społeczeństwa, co powinno zaowocować zmniejszeniem liczby dzieci, u których rozpoznanie stawiane jest w zaawansowanym stadium klinicznym choroby. W Polsce odsetek tych dzieci jest wciąż wyższy niż w krajach Europy Zachodniej.
2. Wprowadzenie norm zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek, które powinny być zbliżone do obowiązujących w oddziałach intensywnej terapii. Oddziały onkologii dziecięcej są bowiem oddziałami intensywnej chemioterapii o bardzo dużym obciążeniu pracą zatrudnionego tam personelu.

3. Konieczność zapewnienia możliwości zatrudnienia psychologów, pedagogów, pracowników socjalnych i terapeutów zajęciowych, jako członków zespołu leczącego.
4. Konieczność stałej poprawy warunków lokalowych wszystkich ośrodków i ich modernizacja.
5. W trakcie leczenia i po zakończeniu konieczne jest zapewnienie możliwości prowadzenia pełnej rehabilitacji fizycznej, psychologicznej i socjalnej dzieci.
6. Ze względu na długotrwałość prowadzonego leczenia u dzieci z chorobą nowotworową niezwykle ważne jest stworzenie możliwości hotelowych dla matek chorych dzieci.

2. CZĘŚĆ DIAGNOSTYCZNA

Część diagnostyczna rozdziału dotyczącego onkologii dziecięcej zawiera informacje charakteryzujące sytuację demograficzno-epidemiologiczną mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w grupie wiekowej od urodzenia do 19 roku życia. Obejmuje również opis aktualnie posiadanych zasobów opieki zdrowotnej, których zadaniem jest diagnozowanie i leczenie nowotworów u dzieci i młodzieży, a także sprawowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad chorymi dziećmi.

2.1. Sytuacja demograficzna

Do niniejszego opracowania wykorzystano dane demograficzne z 2007 r. z Informatora Zachodniopomorskiego Rejestru Nowotworów i Głównego Urzędu Statystycznego.

W województwie zachodniopomorskim w 2007 r. było **383 577 dzieci i młodzieży** w wieku 0 -19 roku życia. Osoby w wieku 19 lat nie są uwzględniane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do leczenia w grupie wiekowej dzieci. W niniejszym opracowaniu są włączone do analizy ze względu na powszechnie obowiązujący system gromadzenia i analizowania danych, wg określonych grup wiekowych, prowadzony przez Krajowy i Regionalne Rejestry Nowotworów.

Tab. 39. Liczba dzieci i młodzieży w poszczególnych grupach wiekowych w 2007 r. w województwie zachodniopomorskim

Grupy wiekowe	Chłopcy		Dziewczynki	
	Liczba	%	Liczba	%
00-04	41 123	5,0%	38 507	4,4%
05-09	42 421	5,2%	40 286	4,6%
10-14	51 651	6,3%	49 406	5,7%
15-19	61 457	7,5%	58 725	6,8%
Razem	196 653		186 924	

Źródło: Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów w Szczecinie

Prognozy demograficzne przewidują, iż liczba dzieci i młodzieży będzie się zmniejszać już w najbliższych latach.

Tab. 40. Prognoza demograficzna dzieci i młodzieży wg grup wiekowych na 2015 r. i 2025 r. w województwie zachodniopomorskim

Grupy wiekowe	2008	2015	2025
00-04	83 059	88 470	71 920
05-09	79 882	86 042	82 035
10-14	94 239	77 682	87 985
15-19	114 338	85 528	85 176
Razem	371 518	337 722	327 116

Źródło: GUS

Przewiduje się, że w 2015 roku będzie mniej dzieci i młodzieży o 33 796 osób, a w 2025 roku o kolejne 10 606 osób.

2.2. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie chorób nowotworowych u dzieci

Nowotwory występujące u dzieci różnią się znacznie od nowotworów, na które chorują pacjenci dorośli. Nowotwory u dzieci odznaczają się wysoką złośliwością i większą dynamiką.

W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim było **46 nowych zachorowań na nowotwory** złośliwe u dzieci i młodzieży do 19 roku życia, w tym 25 zachorowań u chłopców i 21 u dziewczynek. Obserwuje się minimalny spadek w zakresie zachorowań na nowotwory w porównaniu do 1999 roku (49 zachorowań). Natomiast liczba zgonów, porównując 1999 i 2007 rok, utrzymuje się na tym samym poziomie po **16 zgonów** każdego roku.

Zachorowania na nowotwory złośliwe wśród dzieci

W 2007 roku w województwie zachodniopomorskim najwięcej zachorowań na nowotwory wśród dzieci było kolejno w grupach wiekowych 15-19 i 00-04 lat. Współczynnik surowy zachorowań na 100 tys. dzieci w grupie wiekowej 15-19 lat był nieco niższy od współczynnika krajowego, a w grupie dzieci 00-04 wyższy od krajowego.

Tab. 41. Współczynniki surowe zachorowań na nowotwory u dzieci - 1999 i 2007 r.
- wg grup wiekowych

Chłopcy	00-04		05-09		10-14		15-19	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
Zachodniopomorskie	6,3	17,0	6,8	4,7	2,9	11,6	24,2	16,3
Polska	15,5	14,6	11,4	10,0	9,4	9,7	18,7	16,9

Dziewczynki	00-04		05-09		10-14		15-19	
	1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
Zachodniopomorskie	4,4	13,0	14,3	7,4	4,5	10,1	10,6	13,6
Polska	12,9	12,7	8,8	8,9	7,0	7,1	14,9	13,7

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

W 2007 r. w województwie zachodniopomorskim najwyższy współczynnik zachorowań na nowotwory wśród chłopców w grupie wiekowej 00-04 lat, był znacznie wyższy od współczynnika z 1999 roku i od współczynnika krajowego. Wśród dziewczynek najwyższy współczynnik zachorowań w 2007 r. odnotowano w grupie wiekowej 15-19 lat, był on wyższy w porównaniu do 1999 r. i nieco niższy od współczynnika krajowego.

Tab. 42. Liczba zachorowań na nowotwory wśród dzieci - 1999 i 2007 rok
- wg rozpoznania, grup wiekowych i płci

ICD-10	Rozpoznanie	00-04		05-09		10-14		15-19	
		1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
C11	Część nosowa gardła				1				
C32	Krtań					1			
C34	Oskrzela i płuca								1
C38	Serce, śródpiersie i opłucna							1	
C40	Kości i chrząstki stawowe kończyn			1				1	1
C44	Inne nowotwory skóry							1	
C46	Mięsak Kaposi'ego		2			1		1	
C49	Tkanka łączna i inne tkanki miękkie								1
C62	Jądro							4	
C64	Nerka z wyjątkiem miedniczki								1
C71	Mózg		2	1			3	2	1
C72	Rdzeń kręgowy, nerwy czaszkowe							1	
C75	Gruczoły wydzielanie wewnętrzne						1		
C80	bez określenia umiejscowienia								2
C81	Choroba Hodgkina		1	1				3	
C83	Chłoniaki nieziarnicze rozlane								1
C84	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T								1
C91	Białaczka limfoblastyczna	1	4	1	1		2	1	
C92	Białaczka szpikowa		1					4	1
	Razem	3	7	4	2	2	6	19	10

Dziewczynki

ICD-10	Rozpoznanie	00-04		05-09		10-14		15-19	
		1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
C16	Żołądek							1	
C34	Oskrzela i płuca							2	2
C40	Kości i chrząstki stawowe kończyn					1			
C41	Kości i chrząstki stawowe kończyn-inne						1		
C44	Inne nowotwory skóry							1	
C45	Międzybłoniak							1	
C46	Mięsak Kaposi'ego			2					
C49	Tkanka łączna i inne tkanki miękkie						2		1
C64	Nerka z wyjątkiem miedniczki		1		1				
C67	Pęcherz moczowy			1					
C68	Narządy moczowe-inne	1							
C71	Mózg	1	1	3	1		2		1
C73	Tarczycza								2
C74	Nadnercza		1						
C81	Choroba Hodgkina					2		1	1
C84	Obwodowy i skórny chłoniak z komórek T								1
C91	Białaczka limfoblastyczna		1	1	1			1	
C92	Białaczka szpikowa		1	1				1	
	Razem	2	5	8	3	3	5	8	8

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego stanowią po białaczkach, najczęstszą grupę nowotworów złośliwych u dzieci - około 20% wszystkich schorzeń nowotworowych.

Zgony na nowotwory złośliwe wśród dzieci

W 2007 roku w województwie zachodniopomorskim z powodu nowotworów złośliwych zmarło 16 dzieci i młodzieży, w tym 8 dziewczynek i 8 chłopców. Najwyższy współczynnik zgonów dzieci z powodu nowotworów był w grupie wiekowej chłopców 00-04 lat (7,3), osiągając dwukrotnie wyższy współczynnik od krajowego (3,6). Wśród dziewczynek najwyższy współczynnik był w grupie wiekowej 10-14 (6,1), przewyższając ponad dwukrotnie współczynnik krajowy (2,3). W województwie zachodniopomorskim liczba zgonów dzieci z powodu nowotworów złośliwych utrzymuje się na tym samym poziomie, natomiast liczba ogólna zgonów w kraju uległa zmniejszeniu z **467** w 1999 r. do **293** w 2007 r.

Tab. 43. Współczynniki surowe zgonów na nowotwory złośliwe wśród dzieci - 1999 i 2007 r.
- wg grup wiekowych w województwie zachodniopomorskim i Polsce

		00-04		05-09		10-14		15-19	
		1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
Chłopcy									
Zachodniopomorskie		2,1	7,3	1,7	2,4	5,7	0,0	5,1	6,5
Polska		6,2	3,6	3,8	2,8	4,1	3,7	6,4	5,4

		00-04		05-09		10-14		15-19	
		1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
Dziewczynki									
Zachodniopomorskie		0,0	5,2	1,8	2,5	3,0	6,1	4,0	3,4
Polska		5,1	3,2	2,4	2,0	2,3	2,3	4,1	3,1

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

Dzieci chore na nowotwory najczęściej umierają z powodu:

- **białaczki limfoblastycznej:**
 - w 1999 r. - 6 dzieci
 - w 2007 r. - 3 dzieci
- **nowotworu mózgu:**
 - w 1999 r. – 2 dzieci
 - w 2007 r. – 4 dzieci

Tab. 44. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe wśród dzieci - 1999 i 2007 rok
- wg rozpoznań, grup wiekowych i płci w województwie zachodniopomorskim

Chłopcy		00-04		05-09		10-14		15-19	
		1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
ICD-10	Rozpoznanie								
C04	Dno Jamy ustnej							1	
C25	Trzustka					1			
C40	Kości i chrząstki stawowe kończyn								1
C48	Przestrzeń zaotrzewnowa i otrzewna				1				
C70	Opony								1
C71	Mózg		1			1			1
C72	Rdzeń kręgowy, nerwy czaszkowe					1			
C80	bez określenia umiejscowienia			1					
C91	Białaczka limfoblastyczna	1	1			1		3	1
C92	Białaczka szpikowa		1						
	Razem	1	3	1	1	4	0	4	4

Dziewczynki

ICD-10	Rozpoznanie	00-04		05-09		10-14		15-19	
		1999	2007	1999	2007	1999	2007	1999	2007
C16	Żołądek							1	
C49	Tkanka łączna i inne tkanki miękkie		1				1	1	
C71	Mózg				1	1			1
C75	Gruzoły wydzielania wewnętrznego						1		
C80	bez określenia umiejscowienia					1			
C91	Białaczka limfoblastyczna						1	1	
C92	Białaczka szpikowa		1	1					1
	Razem	0	2	1	1	2	3	3	2

Źródło: Krajowy Rejestr Nowotworów

2.3. Zasoby i działalność opieki zdrowotnej w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej

W województwie zachodniopomorskim leczenie dzieci i młodzieży chorych na nowotwory odbywa się w zakresie chirurgii onkologicznej, onkologii i hematologii dziecięcej w ośrodkach zlokalizowanych w Szczecinie.

2.3.1. Działania w ramach programów zdrowotnych dla dzieci chorych na nowotwory

Programy zdrowotne dla dzieci chorych na nowotwory prowadzone są i finansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. W 2009 r. realizowano w Polsce następujące programy:

- 1) Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce ostrej białaczki u dzieci.
- 2) Ograniczenie niepełnosprawności u dzieci leczonych z powodu nowotworów złośliwych kości.
- 3) Modyfikacja i wdrażanie ujednoliconego programu diagnostyki i kompleksowego leczenia nowotworów ośrodkowego układu nerwowego (OUN) u dzieci.
- 4) Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce guzów litych u dzieci.
- 5) Wdrożenie programu kontroli jakości w diagnostyce nieziarniczych chłoniaków złośliwych u dzieci.
- 6) Wdrożenie programu monitorowania odległych skutków leczenia i jakości życia dzieci po zakończonym leczeniu z powodu nowotworów.

Wdrażanie powyższych programów powierzane jest ośrodkom spełniającym standardy Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Wymagania są następujące, ośrodek:

1. Prowadzi nowoczesną, wysokodawkowaną chemioterapię wszystkich nowotworów wieku dziecięcego (białaczki, chłoniaki nieziarnicze, choroba Hodgkina, guzy lite), lub też specjalizuje się w niektórych typach nowotworów.
2. Rocznie rozpoznaje się i leczy co najmniej 30 nowych dzieci z chorobą nowotworową oraz prowadzi monitorowanie pacjentów po zakończonym leczeniu.
3. Posiada warunki lokalowe o standardzie odpowiadającym normom międzynarodowym i zalecanym przez Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej. Część stacjonarna powinna mieć:
 - ✓ sale chorych 1-2 łóżkowe,
 - ✓ każda sala z sanitariatem,
 - ✓ możliwość zapewnienia pełnego reżimu sanitarnego dla każdego chorego w okresie neutropenii,
 - ✓ pomieszczenie z komorą laminarną do przygotowywania cytostatyków.
4. Posiada wydzieloną część do leczenia w ramach dziennego pobytu (Oddział Dzienny) w postaci odrębnych pomieszczeń z oddzielną salą zabiegową i z możliwością prowadzenia chemioterapii i leczenia preparatami krwi.
5. Prowadzi przychodnię przykliniczną umożliwiającą zapewnienie ciągłości opieki nad leczonym dzieckiem.
6. Oprócz wyposażenia typowego dla oddziałów ogólnopediatrycznych musi być dodatkowo wyposażona w komory laminarne do przygotowywania cytostatyków, w odpowiednią liczbę pomp infuzyjnych strzykawkowych i objętościowych.
7. Posiada dostęp do pełnej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej przez całą dobę, oraz zabezpieczenie w preparaty krwiopochodne.
8. Ma możliwość prowadzenia pełnej diagnostyki nowotworów i chorób układu krwiotwórczego u dzieci i młodzieży.
9. Ma zapewnioną pełną współpracę w zakresie chirurgii dziecięcej i radioterapii oraz innych specjalności przez całą dobę.
10. Zatrudnia odpowiednią kadrę fachową z doświadczeniem praktycznym w hematologii/onkologii dziecięcej.

Województwo zachodniopomorskie posiada ośrodek hematologii i onkologii dziecięcej, który spełnia wszystkie ww. wymagania i uczestniczy w realizacji wszystkich wyżej wymienionych programów zdrowotnych dla dzieci chorych na nowotwory, realizowanych w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych.

2.3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W 2008 r. w ramach kontraktów Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, leczenie ambulatoryjne dzieci ze schorzeniami nowotworowymi odbywało się w dwóch poradniach onkologii i hematologii dziecięcej, w Szczecinie i Koszalinie. Poradnie zrealizowały **1355 świadczeń** zdrowotnych na rzecz **686 dzieci leczonych** w związku z chorobą nowotworową.

Tab. 45. Struktura i liczba świadczeń w poradniach onkologii i hematologii dziecięcej w 2008 r.

Świadczenie	Liczba świadczeń
Porada specjalistyczna	1 235
Porada kompleksowa	119
Porada recepturowa	1
Razem	1 355

Źródło: Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

2.3.3. Lecznictwo szpitalne

Leczenie szpitalne dzieci chorych na nowotwory w województwie zachodniopomorskim odbywa się głównie w Klinice Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, Klinice Chirurgii Dziecięcej i Onkologicznej oraz Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej w Szczecinie.

Liczba łóżek przeznaczonych dla dzieci z chorobami nowotworowymi w lecznictwie stacjonarnym jest wystarczająca. Trudno jest określić rzeczywistą liczbę łóżek wykorzystywanych w leczeniu szpitalnym dzieci chorych na nowotwory, ponieważ dzieci do 18 roku życia są również leczone w oddziałach dla dorosłych, takich jak Chirurgia onkologiczna czy Hematologia.

Tab. 46. Działalność oddziałów onkologicznych w 2008 r.

Oddział	Liczba łóżek	Liczba leczonych	w tym dzieci do 18 roku życia	Średnie wykorzystanie łóżek w %	Liczba leczonych na 1 łóżko	Średni czas pobytu w dniach
Chirurgia onkologiczna	96	5212	25	58,8%	54,3	4,0
Chirurgia onkologiczna dla dzieci	30	2363	2358	75,3%	78,8	3,5
Hematologia	32	2566	3	101,0%	80,2	4,6
Pediatrii, Hematologii i Onkologii dziecięcej	45	5001/2459*	5001/2459*	70,0%	111,1	2,3

* - liczba pacjentów onko-hematologicznych (źródło: Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej PAM w Szczecinie)

Źródło: Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie

Zasoby specjalistycznej kadry medycznej w onkologii dziecięcej na terenie województwa zachodniopomorskiego są wystarczające. Obecnie czynnych zawodowo jest 3 specjalistów z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej, 1 chirurg dziecięcy ze specjalizacją z onkologii, a 3 kolejnych lekarzy jest w trakcie realizowania programu specjalizacji. Ponadto, kolejny lekarz planuje ubieganie się o rozpoczęcie specjalizacji w sesji jesiennej 2010 roku. Należy jednak dążyć do utrzymania równomiernego i systematycznego naboru młodych lekarzy do tej subspecializacji, bowiem proces wyszkolenia specjalisty z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej trwa min. 8 lat (5 lat specjalizacji z pediatrii plus 3 lata specjalizacji z onkologii i hematologii dziecięcej). Problemem jest także nierównomierne rozmieszczenie specjalistów na terenie województwa, ponieważ aktualnie wszyscy pracują na terenie Szczecina.

2.3.4. Opieka paliatywna i hospicyjna dla dzieci

Opieka paliatywna i hospicyjna nad dziećmi i młodzieżą ze schorzeniami ograniczającymi życie jest aktywnym i całościowym podejściem obejmującym fizyczne, emocjonalne, społeczne i duchowe elementy. Skupia się na podniesieniu jakości życia dzieci i wspieraniu rodziny. Obejmuje leczenie niepożądanych objawów, niesienie ulgi i wytchnienia rodzinie oraz opiekę w czasie umierania i żałoby. Najczęściej spotykaną formą organizacyjną są obecnie hospicja stacjonarne i domowe. W odniesieniu do dzieci opieka najlepiej realizowana jest w domu.

W województwie zachodniopomorskim opiekę paliatywną i hospicyjną dla dzieci chorych na nowotwory prowadzi Fundacja „Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci” z siedzibą w Szczecinie. Organizacja realizuje opiekę paliatywną nad dziećmi nieuleczalnie i terminalnie chorymi w ich środowisku domowym.

Podstawowym celem organizacji jest wspieranie i świadczenie opieki paliatywnej nad dziećmi, młodzieżą i dorosłymi ze schorzeniami ograniczającymi życie i ich rodzinami, polegające na aktywnej działalności mającej na celu wszechstronne zaspokajanie potrzeb chorych, skupiającej się na podniesieniu jakości życia dziecka i wspieraniu rodziny oraz obejmującej leczenie niepożądanych objawów, niesienie ulgi, a także opieki w czasie umierania.

W 2008 r. opieka paliatywna i hospicyjna dla dzieci była zakontraktowana przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Zachodniopomorskim Hospicjum dla Dzieci w Szczecinie, gdzie zrealizowano świadczenia w dwóch zakresach w:

- Poradni medycyny paliatywnej dla dzieci
- Hospicjum domowym - 8 492 osobodni

W Hospicjum Domowym dla Dzieci w Szczecinie pracuje 6 lekarzy, 7 pielęgniarek, 1 rehabilitant, 2 psychologów, 1 pracownik socjalny i 2 kapelanów. W 2008 r. Hospicjum Domowe dla dzieci obejmowało opieką paliatywną 48 dzieci zamieszkałych na terenie Szczecina i województwa zachodniopomorskiego. Hospicjum dla Dzieci prowadzi wypożyczalnię sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego dla dzieci chorych leczonych w domu. Rozpoczęto działania w celu otwarcia Filii Zachodniopomorskiego Hospicjum dla Dzieci w Koszalinie i starania o nową siedzibę w Koszalinie oraz przeszkolenie nowych pracowników i wyposażenie w niezbędny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny.

2.4. Wnioski wynikające z części diagnostycznej

1. Sytuacja epidemiologiczna w zakresie zachorowań i zgonów z powodu nowotworów u dzieci utrzymuje się prawie na tym samym poziomie na przestrzeni ostatnich 10 lat.
2. Województwo zachodniopomorskie posiada wystarczającą liczbę łóżek przeznaczonych do leczenia dzieci z chorobami nowotworowymi.
3. Niewystarczające zabezpieczenie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej w Koszalinie.
4. Organizacja opieki nad dziećmi w terminalnym okresie choroby nowotworowej jest wystarczająca.

3. CZĘŚĆ PLANISTYCZNA W ZAKRESIE ONKOLOGII DZIECIĘCEJ

Przeprowadzona analiza i ocena sytuacji epidemiologicznej w zakresie występowania nowotworów u dzieci oraz ocena aktualnie posiadanych zasobów opieki zdrowotnej w województwie zachodniopomorskim jest podstawą określenia potrzeb, celów, kierunków rozwoju i organizacji opieki zdrowotnej w zakresie onkologii dziecięcej na najbliższe lata.

3.1. Potrzeby zdrowotne w zakresie onkologii dziecięcej

Potrzeby zdrowotne w zakresie onkologii dziecięcej wynikają z tendencji epidemiologicznych i demograficznych oraz obecnego stanu dostępności i zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad dziećmi z chorobami nowotworowymi.

Główną potrzebą jest prowadzenie takich działań zdrowotnych, które będą miały wpływ na zmniejszenie liczby zachorowań i zgonów z powodu nowotworów u dzieci poprzez poszukiwanie i stosowanie skutecznych metod profilaktyki, leczenia i dostępności do odpowiednich terapii.

Ważnym działaniem jest wczesne wykrycie nowotworów u dzieci, co w zasadniczy sposób wpływa na efekty leczenia. Dużą rolę we wczesnym diagnozowaniu nowotworów u dzieci odgrywa lekarz rodzinny, który obejmując dziecko podstawową opieką zdrowotną, przeprowadza u dzieci okresowe badania profilaktyczne, umożliwiające systematyczną obserwację stanu zdrowia dziecka.

Ośrodki realizujące świadczenia zdrowotne w onkologii dziecięcej powinny być rozmieszczone w Szczecinie i Koszalinie. Nie zachodzi natomiast potrzeba zwiększenia liczby łóżek, ani tworzenia nowych oddziałów onkologii dziecięcej, w tym oddziału przeszczepiania komórek hematopoetycznych. Normy europejskie przewidują, że w tej dziedzinie 1 lekarz powinien udzielać 1,5 tys. porad rocznie, a na 1 łóżko powinno przypadać 0,3 etatu lekarskiego. Według norm Międzynarodowego Towarzystwa Onkologii Dziecięcej, oddział onkologii dziecięcej powinien przyjmować rocznie minimum 50-75 dzieci ze świeżo rozpoznaną chorobą nowotworową. Zauważa się potrzebę zapewnienia pacjentom ciągłości leczenia i rehabilitacji.

Według Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, 70% dzieci z chorobami nowotworowymi, niezależnie od rozpoznania choroby podstawowej i stopnia zaawansowania, osiągnie remisję i pozostawać w niej będzie przez wiele lat, wkraczając w wiek dojrzały.

3.2. Cele operacyjne w zakresie onkologii dziecięcej:

1. Usprawnienie metod wczesnego wykrywania nowotworów u dzieci.
2. Uzyskanie bezpiecznej dostępności do pełnoprofilowego nowoczesnego leczenia nowotworów u dzieci.

3.3. Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii dziecięcej

Należy zadbać o dalszy rozwój i stabilne funkcjonowanie wszelkich form opieki zdrowotnej nad chorymi na nowotwory zapewniających stały, równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla dzieci i młodzieży województwa zachodniopomorskiego.

W rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie onkologii dziecięcej należy uwzględnić następujące **kierunki rozwoju:**

1. Prowadzenie programu wczesnego wykrywania nowotworów u dzieci w sposób systematyczny i ciągły.
2. Równomierne rozmieszczenie podmiotów realizujących diagnozowanie i ambulatoryjne leczenie nowotworów u dzieci z uwzględnieniem dostępu do specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego oraz wykwalifikowanej kadry medycznej.
3. Optymalne wykorzystanie aktualnego potencjału leczenia onkologicznego szpitalnego.
4. Zapewnienie ciągłości leczenia poszpitalnego z możliwością konsultacji lekarskich w poradniach specjalistycznych.
5. Utrzymanie równomiernego i systematycznego naboru na specjalizacje lekarskie w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej.
6. Systematyczne wprowadzanie nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych.
7. Rozwijanie systemu przepływu informacji diagnostyczno-terapeutycznych poprzez sieć telemedyczną.

3.4. Zadania szczegółowe w zakresie onkologii dziecięcej

Zadania w zakresie rozwoju onkologii dziecięcej obejmują realizację potrzeb zdrowotnych mających na celu zapewnienie wszechstronnej opieki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego oraz odpowiedniej opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3.4.1. Zadania w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów u dzieci

1. Prowadzenie ustawicznych szkoleń z zakresu wczesnego wykrywania chorób nowotworowych wieku dziecięcego dla lekarzy opieki podstawowej.
2. Dążenie do wprowadzenia programu przesiewowego wczesnego wykrywania guzów zlokalizowanych w jamie brzusznej u dzieci do 2-go roku życia.
3. Dążenie do wprowadzenia programu wczesnego rozpoznawania nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.

3.4.2. Zadania w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

1. Utworzenie placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad dziećmi z chorobami nowotworowymi w Koszalinie.
2. Dążenie do podjęcia specjalizacji w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej przez lekarzy pracujących w Koszalinie.
3. Stworzenie specjalistycznych poradni dla ozdowieńców z zapewnieniem odpowiedniego poziomu finansowania udzielanych świadczeń zdrowotnych.

3.4.3. Zadania w zakresie leczenia szpitalnego

1. Utrzymanie obecnej bazy leczenia stacjonarnego dzieci z chorobą nowotworową.
2. Zapewnienie odpowiednich szkoleń dla lekarzy w zakresie onkologii i hematologii dziecięcej.

3.4.4. Zadania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

1. Dalsze funkcjonowanie Hospicjum Domowego dla Dzieci w Szczecinie.
2. Rozwinięcie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci w podregionie koszalińskim.

UZUPEŁNIENIE

do opracowania pt. „*Kierunki rozwoju onkologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2010 – 2015*” przedstawione przez Konsultanta Wojewódzkiego z zakresu Medycyny Nuklearnej, Dr hab. n. med. Bożenę Birkenfeld, prof. nadzw. Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

Stworzenie oddziału terapii radioizotopowej w województwie zachodniopomorskim

Obserwuje się wzrastającą zapadalność na choroby nowotworowe w Polsce, co jest zgodne z tendencjami demograficznymi i epidemiologicznymi w Europie. Natomiast wyniki leczenia i przeżywalność pacjentów są znacznie gorsze w porównaniu z europejskimi. Skuteczne formy terapii niektórych nowotworów są możliwe dzięki zastosowaniu technik z zakresu medycyny nuklearnej.

Najczęstszymi wskazaniami do terapii radioizotopowej, która musi być prowadzona w specjalistycznych oddziałach terapii radioizotopowej, są:

- terapia raków zróżnicowanych tarczycy jako leczenie uzupełniające zabieg operacyjny oraz terapia przerzutów,
- terapia guzów neuroendokrynnych,
- terapia chłoniaków nieziarnicznych,
- terapia nerwiaka zarodkowego u dzieci,
- terapia guzów pierwotnych i przerzutów do wątroby.

W chwili obecnej pacjenci z województwa zachodniopomorskiego poddawani są terapiom radioizotopowym w następujących ośrodkach: Oddział Leczenia Izotopami Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, Zakład Medycyny Nuklearnej Centrum Onkologii w Warszawie, Oddział Terapii Radioizotopowej Centrum Onkologii w Gliwicach. Wielu pacjentów ze względu na stan zdrowia nie jest w stanie odbyć kilkakrotnych, dalekich podróży i tym samym pozbawieni są dostępu do ratujących życie terapii przeciwnowotworowych. W związku z tym, należałoby zaplanować i dążyć w przyszłości do stworzenia w województwie zachodniopomorskim warunków do leczenia nowotworów radioizotopami.

IV. PUBLIKACJE I DOKUMENTY WYKORZYSTANE PRZY OPRACOWANIU:

1. Zdrowie 21 - Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa; Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Kraków; 2001 r.
2. Strategia rozwoju ochrony zdrowia w Polsce 2007-2013; Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, czerwiec 2005 r.
3. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015; Uchwała Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 r.
4. Narodowy Plan Zdrowotny na lata 2004-2013; Minister Zdrowia, Warszawa, 2003 r.
5. Program „Europejski Kodeks walki z rakiem 2003”. Polskie wydanie pod red. Prof. dr hab. n. med. Witolda Zatońskiego, Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Warszawa, 2009 r.
6. Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim w 2007 roku. Zachodniopomorskie Centrum Onkologii. Szczecin, 2009 r.
7. Informator statystyczny w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 1999 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Szczecin, 2000 r.
8. Informator statystyczny w ochronie zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2008 r. Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia. Szczecin, 2009 r.
9. Informator statystyczny Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2008 r.
10. Rocznik demograficzny. GUS, Warszawa, 2008 r.
11. Podstawowe tendencje w rozwoju demograficznym województwa zachodniopomorskiego wraz z nową prognozą ludności na lata 2003-2030. Urząd Statystyczny w Szczecinie, 2004 r.
12. Stan zdrowia ludności Polski w przekroju terytorialnym w 2004 r. GUS. Warszawa, 2007 r.
13. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny. Warszawa, 2008 r.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137 poz. 1126).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140 poz. 1143).