STRATEGIE WDRAŻANIA ZACHĘT DO UDZIAŁU W PROGRAMACH BADAŃ PRZESIEWOWYCH PRZECIWKO CHOROBOM NOWOTWOROWYM

Karolina Karwowska
Emilia Niedźwiecka
Aleksandra Mroczek
Adrianna Kubat
Julia Pisanko
Michał Radzikowski
Karolina Żylińska
Alicja Karwowska
Adam Kurianiuk

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Strategie wdrażania zachęt do udziału w programach badań przesiewowych przeciwko chorobom nowotworowym

Karolina Karwowska

Emilia Niedźwiecka

Aleksandra Mroczek

Adrianna Kubat

Julia Pisanko

Michał Radzikowski

Karolina Żylińska

Alicja Karwowska

Adam Kurianiuk

Białystok, 2024

Recenzenci monografii

dr Iwona Gładysz

Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

Dr n. med. Iwona Kojta

VITAMED - Polska

Autorzy monografii

Karolina Karwowska

Emilia Niedźwiecka

Aleksandra Mroczek

Adrianna Kubat

Julia Pisanko

Michał Radzikowski

Karolina Żylińska

Alicja Karwowska

Adam Kurianiuk

Zakład Higieny, Epidemiologii i Zaburzeń Metabolicznych

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Nr ISBN: 978-83-68268-17-1

Wydawnictwo: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku 2024

SPIS TREŚCI

1. Wstęp……4

2. ZNACZENIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH ……9

3. METODY WPROWADZANIA ZACHĘT FINANSOWYCH ……..15

4. GRUPY DEMOGRAFICZNE A ODPOWIEDŹ NA BADANIA PRZESIEWOWE……20

5. OGRANICZENIA ZACHĘT FINANSOWYCH DO BADAŃ PRZESIEWOWYCH……..24

6. WYSOKOŚĆ ZACHĘT FINANSOWYCH A PODDAWANIE SIĘ BADANIOM PRZESIEWOWYM……..29

7. Podsumowanie……..34

WSTĘP

Nowotwory są zaliczane do chorób cywilizacyjnych. W ciągu ostatnich siedmiu dekad liczba zachorowań na nowotwory w Polsce gwałtownie wzrastała. W dużej mierze miały na to wpływ wzrost przeciętnej długości życia i zmiany cywilizacyjne. Od roku 1963 znacząco zmienił się demograficzny obraz polskiej populacji – podwojeniu uległa liczba osób w wieku 65 lat i starszych, a przeciętne trwanie życia wzrosło od 1950 roku o około 20 lat, osiągając w 2022 roku (wg GUS) 73,4 lat u mężczyzn i 81,1 lat u kobiet [1]. Od początku lat 80 XX wieku do I dekady XXI wieku liczba nowo rozpoznanych zachorowań na nowotwory złośliwe w Polsce wzrosła z ok. 70 000 do ok. 150 000 przypadków [2].

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny w Polsce. Skalę tego problemu określa liczba nowych zachorowań - około 170 tys. oraz liczba zgonów - ponad 100 tys. rocznie (wg danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2021 roku zdiagnozowano 171558 przypadków nowotworów złośliwych, z czego 84275 zachorowań wystąpiło u mężczyzn, a 87283 u kobiet) [2]. Częstość występowania nowotworów wzrasta wraz z wiekiem 10-krotnie co dwie/trzy dekady życia. Nowotwory powodują 25% wszystkich zgonów w Polsce i stanowią drugą (po chorobach układu krążenia) ich przyczynę. W grupie wiekowej 0-19 lat nowotwory stanowią około 6-7% wszystkich zgonów (nieco częściej wśród chłopców). Natomiast w grupie 20-44 i 45-64 lat odpowiadają odpowiednio za 30 i 50% zgonów. Najwięcej zgonów będących następstwem choroby nowotworowej u obu płci przypada na siódmą i ósmą dekadę życia [1].

Obserwowany w Polsce wzrost liczby zachorowań jest wynikiem zmian demograficznych i skutkiem narażenia na czynniki ryzyka, szczególnie wynikające ze zmian cywilizacyjnych (dym tytoniowy, zanieczyszczenie powietrza i smog, nieodpowiednia dieta, otyłość, brak ruchu). Istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zachorowania na raka w Polsce, w porównaniu z innymi krajami UE, jest zanieczyszczenie powietrza. Z danych

Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) z 2021 roku dotyczących śmiertelności wynika, że na Górnym Śląsku i w miasteczkach górskich jest największy stosunek liczby zgonów z powodu nowotworów do liczby zgonów ogółem w danym czasie. Jest to spowodowane dużym zanieczyszczeniem powietrza [1]. Zakładając, że w przyszłości zmiany w zakresie liczby zachorowań na raka będą wynikały wyłącznie ze zmian demograficznych, a pozostałe czynniki pozostaną niezmienne, w 2030 roku można spodziewać się w Polsce ok. 200 000 zachorowań na raka rocznie [3].

Współczynnik zachorowalności na raka w przypadku mężczyzn jest o 40 % wyższy niż w przypadku kobiet. Umieralność z powodu chorób nowotworowych zależy również od statusu społeczno-ekonomicznego. Wyższy poziom wykształcenia i wyższa świadomość zagrożeń lepiej chroni przed umieralnością z powodu chorób nowotworowych. Dysproporcje te wiążą się z różnicami w zakresie niezdrowego stylu życia. Wyraźne są również duże nierówności w zakresie udziału w programach badań przesiewowych, które zależą od poziomu wykształcenia, dochodów i miejsca zamieszkania [4]. Rozwinięcie tego zagadnienia znajduje się w następnych rozdziałach.

Z danych GLOBOCAN wynika, że w 2020 roku na nowotwory na świecie zachorowało 19,3 mln osób, a prawie 10 mln zmarło. Dwa lata wcześniej w 2018 roku choroby nowotworowe wykryto u 17 mln ludzi, a 9,5 mln chorych zmarło [5]. W porównaniu do średniej dla państw UE zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce jest niższa zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn (odpowiednio o 10% i o 20%). Natomiast wskaźnik 5 letnich przeżyć pacjentów onkologicznych są niższe niż w większości badanych krajów, mimo że na nowotwory zapada mniej Polaków, to jednak znacznie więcej chorych umiera (10% kobiet i 20% mężczyzn więcej w porównaniu do średniej dla państw UE) [6]. W 2019 r. najwyższe wskaźniki śmiertelności z powodu nowotworów odnotowano na Węgrzech, w Chorwacji, Słowacji, Łotwie, Słowenii i Polsce - wyższe o 15 proc. niż średnia dla 27 badanych krajów Unii Europejskiej [6]. Większa umieralność wiąże się z niską wykrywalnością nowotworów we wczesnym stadium - szacuje się, że ok. 70-80% chorych Polaków trafia do onkologa zbyt późno [6]. Jak wykazują autorzy ustawy o Narodowej Strategii Onkologicznej, która została

przygotowana przez ekspertów we współpracy z Ministerstwem Zdrowia - głównych przyczyn takiego stanu należy upatrywać w:

- nieadekwatnej strukturze organizacji lecznictwa;
- braku monitorowania efektów badań przesiewowych;
- niezgodnym ze standardami czasie oczekiwania na wdrożenie specjalistycznego leczenia;
- wysokim stopniu zaawansowania nowotworów w momencie ich rozpoznania;
- stosowaniu niezgodnej ze standardami terapii przeciwnowotworowej;
- braku monitorowania stanu pacjenta po zakończonej terapii [7].

Decydującą role w walce z chorobami nowotworowymi odgrywa profilaktyka, której celem jest zmniejszenie zachorowalności, czyli zapobieganie chorobom przez utrwalanie prawidłowych wzorców stylu życia i monitorowanie czynników ryzyka występowania nowotworów oraz zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie [8]. Profilaktykę raka warto promować nie tylko wśród dorosłych, ale również wśród dzieci – w przedszkolach i szkołach. Prowadząc zdrowy tryb życia, można poprawić ogólny stan zdrowia i zapobiec wielu zgonom z powodu nowotworów złośliwych. Do tego, co roku, w ramach profilaktyki, warto też robić podstawowe badania kontrolne (krwi, moczu czy badania obrazowe). Dotyczy to zwłaszcza osób z grup podwyższonego ryzyka (m.in. obciążonych rodzinnie). Takie osoby powinny badać się częściej niż osoby ze średnim ryzykiem populacyjnym.

Podsumowując warto przytoczyć wypowiedzi prof. Joanny Didkowskiej z Narodowego Instytutu Onkologii i prof. Marka i Michała Godlewskich prowadzących badania dla Centrum Onkologii nad leczeniem nowotworów nanocząsteczkami, opublikowanych w lutym 2019 roku:

„Rocznie z powodu nowotworów umiera 100 tysięcy Polaków, czyli 300 osób dziennie. Lekarze alarmują: 70-80 proc. zachorowań na choroby nowotworowe wynika z niezdrowego stylu życia, czyli spraw, na które każdy z nas ma wpływ. Wpływ na ryzyko zachorowania mają zarówno genetyka, jak i środowisko. Jeśli będziemy mieli odpowiednie zachowania

prozdrowotne, mamy szansę nie wykorzystać potencjału genetycznego. Polacy wiedzą, że powinni się badać, choć nie zawsze wcielają tę wiedzę w życie. Potrzebujemy więcej edukacji na ten temat. Młode kobiety - jak wszyscy młodzi ludzie – myślą, że są piękne, zdrowe, nieśmiertelne. Że nigdy nie zachorują".

„Jeżeli nic się nie zmieni, co drugi Polak i co trzecia Polka w ciągu swojego życia zachoruje na chorobę nowotworową. Połowa z nich umrze. To w dużej mierze wynika z tego, że w większości przypadków pacjenci docierają do lekarzy za późno. Dlatego olbrzymi nacisk należy położyć na wczesną diagnostykę." [9].

Należy rozwiązać problem jak skutecznie zachęcić Polaków do uczestniczenia w programach badań przesiewowych przeciwko chorobom nowotworowym. W rozwiązaniu tego zagadnienia powinni uczestniczyć specjaliści i autorytety z różnych dziedzin np.: medycyny, psychologii, public relations. Należy opracować krótkie, proste, zrozumiałe, przekonywujące i łatwe w realizacji komunikaty i materiały dostosowane pod odbiorców. Istotną rolę odgrywają tu media publiczne i społecznościowe, które w sposób rozważny, przyjazny i najbardziej atrakcyjny powinny wielokrotnie przekazywać takie informacje i materiały, aby dotrzeć do możliwie dużej liczby Polek i Polaków w celu przekonania ich i zachęcenia do takich badań [10]. Próba analizy takich zachęt jest przedmiotem niniejszej pracy.

Literatura:

1. Dane GUS za lata 1950, 2019-2023 - https://stat.gov.pl/
2. Krajowy Rejestr Nowotworów - https://onkologia.org.pl/pl
3. https://www.zwrotnikraka.pl
4. www.onkonet.pl/pdfs/Krajowe profile dotyczące nowotworów Polska 2023.pdf
5. https://gco.iarc.fr/
6. https://pulsmedycyny.pl/
7. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych 2020–2030

8. Europejski Kodeks Walki z Rakiem, 1987
9. https://www.medonet.pl/
10. M. Radzikowski, I. Iwaniak, J. Lewszuk, J. Chibowska, M. Iwaniuk, K. Żylińska, A. Karwowska. Media społecznościowe jako narzędzie komunikacji w procesie budowania świadomości zdrowotnej i profilaktyce chorób Autorzy: Wyd. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2023.

Rozdział I

ZNACZENIE BADAŃ PRZESIEWOWYCH

W raporcie WHO z 2022 roku szacuje się, że w 2050r. zapadalność na choroby nowotworowe zwiększy się o 77% w stosunku do 2022 r. i osiągnie liczbę ponad 35 milionów na świecie [1]. Badania przesiewowe będące profilaktyką wtórną II fazy wydają się jedną z głównych metod przyczyniających się do zmniejszenia śmiertelności będącej konsekwencją chorób nowotworowych poprzez ich wykrycie we wczesnej fazie zaawansowania, gdy nie dają one jeszcze objawów lub są skąpoobjawowe. Daje to szansę na krótsze, mniej inwazyjne i obarczone mniejszym ryzykiem powikłań leczenie. Im wcześniejsze stadium wykrytego nowotworu tym większe szanse na pełen powrót pacjenta do zdrowia. Profilaktyka nowotworowa przyczynia się również do mniejszych strat społeczno-ekonomicznych w związku z obniżeniem kosztów leczenia ponoszonych przez państwo, zmniejszenia ilości zwolnień zdrowotnych w miejscach pracy i wartości wypłacanych zasiłków z tytułu choroby pracownika. Natomiast wczesne wykrywanie zmian przednowotworowych zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby nowotworowe (m. in w przypadku raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego) w przyszłości. Powodując, że badania skriningowe możemy zaliczyć również do profilaktyki pierwotnej (I fazy) [2]. W Polsce, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego dostępnych jest szereg programów profilaktycznych skierowanych do określonych grup populacji, mających na celu wczesną diagnostykę zmian chorobowych [3].

NIEKTÓRE PROGRAMY BADAŃ PRZESIEWOWYCH DOSTĘPNYCH W POLSCE [3]

W Polsce od 2020r. rozpoczął się program “Narodowa Strategia Onkologiczna” (NSO) mający funkcjonować do 2030r. W ramach wspomnianego projektu pacjenci mają otrzymać zwiększony dostęp do badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania m.in raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego.

Profilaktyka raka piersi

W ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego każdej kobiecie w wieku od 45 do 74 lat przysługuje bezpłatne badanie mammograficzne - jedno na okres dwóch lat (w uzasadnionych przypadkach raz na 12 miesięcy).

Profilaktyka raka szyjki macicy

Program obejmuje bezpłatne badanie cytologiczne raz na trzy lata (w uzasadnionych przypadkach raz na 12 miesięcy) dla kobiet w wieku od 25 do 64 lat, które w przeciągu ostatnich trzech lat nie korzystały z przesiewowego badania cytologicznego. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii diagnostyka zostaje pogłębiona o badanie kolposkopowe.

Profilaktyka raka jelita grubego

Obejmuje badanie kolonoskopii finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla pacjentów w wieku od 50 do 65 lat lub pacjentów w wieku od 40 do 49 lat, którzy posiadają krewnego pierwszego stopnia, który otrzymał diagnozę nowotworu jelita grubego. Program jest skierowany również do osób w wieku 25-49 lat jeśli w ich rodzinie występuje zespół Lyncha oraz do pacjentów w wieku 20-49lat, u których w rodzinie występuje zespół polipowatości rodzinnej gruczolakowatej (FAP). Program obejmuje badanie kolonoskopii wraz z pobraniem wycinków lub usunięciem polipów wielkości do 15 mm oraz ich

późniejsze badanie histopatologiczne w celu wykluczenia zmian przednowotworowych i nowotworowych.

ZASADY PRZEPROWADZANIA SKRININGU

Badania przesiewowe stosuje się w sytuacji, gdy znamy sposób w jakim możemy wykryć objawy danej choroby lub czynniki sprzyjające jej występowaniu. Metody wykrycia patologii powinny być stosunkowo tanie, skuteczne i wystarczająco proste w realizacji, aby można było je przeprowadzić wśród populacji narażonej na wystąpienie danego schorzenia. Oprócz tego przeprowadzone procedury muszą być bezpieczne dla pacjenta i przynosić większe korzyści niż ewentualne straty. Cechami charakteryzującymi skuteczny program badań przesiewowych jest właściwa identyfikacja grupy w obrębie populacji wykazującej duże ryzyko wystąpienia danej choroby oraz możliwość zastosowania interwencji medycznej poprawiającej rokowania osób chorych. Skrining nowotworowy opiera się na zdolności do celnego określenia stadium zaawansowania choroby nowotworowej. Charakterystykę danego testu ocenia za pomocą parametrów takich jak [4]:

- **czułość** - Odsetek dodatnich wyników badania przesiewowego wśród wszystkich osób z daną chorobą (w populacji objętej oceną przesiewową)
- **swoistość** - Odsetek ujemnych wyników badania przesiewowego wśród wszystkich osób bez danej choroby (w populacji objętej oceną przesiewową)
- **dodatnia wartość predykcyjna (PPV** Positive Predictive Value**)** - Odsetek osób z potwierdzoną diagnozą wśród osób z dodatnim wynikiem badania przesiewowego
- **ujemna wartość predykcyjna (NPV** Negative Predictive Value**)** - Odsetek osób bez danej choroby wśród osób z ujemnym wynikiem badania przesiewowego
- **wskaźnik wiarygodności dodatniego wyniku testu (positive likelihood ratio, LR+)**
- **wskaźnik wiarygodności ujemnego wyniku testu (negative likelihood ratio, LR-)**

Zdolność testu do wykrywania stanu chorobowego i odróżniania go od stanu zdrowia zależy do czułości i swoistości. Dodatkowo oblicza się dodatnią wartość predykcyjną (PPV), która określa prawdopodobieństwo występowania choroby u osoby z dodatnim wynikiem badania przesiewowego. Przy wykorzystaniu PPV w większym stopniu można określić skuteczność testu niż w przypadku użycia jedynie parametrów czułości i swoistości. Jakość testu można również zilustrować za pomocą krzywej ROC (krzywa operacyjno-charakterystyczna). Idealny test przesiewowy to taki, gdy pozytywny wynik zawsze występuje u pacjenta chorego, a negatywny zawsze u pacjenta nie cierpiącego na daną chorobę. Jednak nie wszystkie testy przesiewowe spełniają to kryterium. W związku z tym dodatni wynik badania przesiewowego nie zawsze musi oznaczać występowanie u pacjenta choroby nowotworowej. Diagnoza musi zostać potwierdzona lub wykluczona w wyniku pogłębionej diagnostyki zleconej przez lekarza.

POTENCJALNE ZAGROŻENIA WYNIKAJĄCE Z BADAŃ SKRININGOWYCH

Korzyści wynikające z badań przesiewowych znacznie dominują nad ich negatywnymi skutkami, natomiast nie oznacza to, że one nie występują. W wyniku przeprowadzanych procedur medycznych może dojść do różnego rodzaju powikłań. Po zabiegu kolonoskopii jednym z częściej występujących niepożądanych objawów są krwawienia z okolic dolnych dróg pokarmowych. Według badań ze Stanów Zjednoczonych opublikowanych w 2014r. w 340 przypadkach na 53,220 przeprowadzonych badań kolonoskopii stwierdzono pojawienie się krwawień po wykonanej procedurze, czyli zaledwie 0,639% pacjentów po zabiegu doświadczyło tego powikłania. Perforacja jelit wystąpiła podczas 46 na 54,039 przeprowadzonych zabiegów, więc ryzyko tego negatywnego skutku wyniosło jedynie 0,085%. Na przykładzie kolonoskopii można zaobserwować, że powikłania wynikające bezpośrednio z zabiegów przeprowadzanych w ramach badań przesiewowych są wyjątkowo rzadkie [5]. Większym problemem związanym ze skriningiem jest fałszywie dodatnie rozpoznanie choroby i związane z tym niekomfortowe dla pacjenta nadmiarowe interwencje medyczne. Ponadto, nie każdej

wykrytej podczas badania skriningowego zmiany przednowotworowej rozwinie się złośliwy nowotwór zagrażający zdrowiu i życiu pacjenta. Wdrażanie inwazyjnego leczenia w takim przypadku bez jednoznacznych podstaw może przyczynić się do wystąpienia powikłań, które w negatywny sposób wpływałyby na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Zachowanie równowagi pomiędzy wdrożeniem leczenia, gdy jest ono wskazane, a nadmiernym leczeniem "overtreatment" jest niezwykle trudne [6]. W związku z tym powstały wytyczne zaproponowane przez Wilsona i Jungnera z 1968r. ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), które powinny spełniać wszystkie badania przesiewowe [7]. Warunkiem przeprowadzania skriningu powinna być przewaga korzyści nad ewentualnymi szkodami. Badanie powinno się odbyć w momencie, gdy zagrożenie wystąpieniem nowotworu będzie na tyle wysokie, że przewyższy możliwe powikłania wynikające z fałszywie dodatniego rozpoznania i związanego z nim zastosowanego nadmiernego leczenia. Oprócz tego badania przesiewowe stosuje się w chwili, gdy ryzyko wystąpienia nowotworu w populacji zaczyna wzrastać i powstające zmiany rozwijają się stosunkowo wolno. Powolny rozwój guzów nowotworowych lub zmian przednowotworowych umożliwia określenie stopnia ich złośliwości. Wymienione działania umożliwiają zminimalizowanie częstości występowania zjawisk "overdiagnosis" i "overtreatment" [8].

Literatura:

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, Published online 4 April 2024; https://doi.org/10.3322/caac.21834].
2. Marchwińska-Wyrwał Ewa, Piekut Agata: (red.) Nierówności w zdrowiu. Cz. I. Środowiskowe uwarunkowania chorób nowotworowych, 2015, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ISBN 978-83-7509-316-2, 190 s.
3. https://pacjent.gov.pl/programy-profilaktyczne

4. "Diagnostyka laboratoryjna" Mirosław Kwaśniewski, Andrzej Kędzierski, Wiesław H. Mądrzak. PZWL, 2014.
5. Kim SY, Kim HS, Park HJ. Adverse events related to colonoscopy: Global trends and future challenges. World J Gastroenterol. 2019 Jan 14;25(2):190-204. doi: 10.3748/wjg.v25.i2.190. PMID: 30670909; PMCID: PMC6337013.
6. Sroczynski G, Esteban E, Widschwendter A, Oberaigner W, Borena W, von Laer D, Hackl M, Endel G, Siebert U. Reducing overtreatment associated with overdiagnosis in cervical cancer screening-A model-based benefit-harm analysis for Austria. Int J Cancer. 2020 Aug 15;147(4):1131-1142. doi: 10.1002/ijc.32849. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31872420.
7. James M. G. Wilson, Gunnar Jungner: "Principles and Practice of Screening for Disease". WHO. 1968. Public Health Papers, No. 34.
8. Loud JT, Murphy J. Cancer Screening and Early Detection in the 21st Century. Semin Oncol Nurs. 2017 May;33(2):121-128. doi: 10.1016/j.soncn.2017.02.002. Epub 2017 Mar 23. PMID: 28343835; PMCID: PMC5467686.

Rozdział II

METODY WPROWADZANIA ZACHĘT FINANSOWYCH

Wprowadzanie zachęt finansowych jako środka zachęcającego do wykonywania badań przesiewowych leży u podstaw szeroko poznanej w psychologii reguły zaangażowania i konsekwencji [1]. Jest to jedna z reguł, wypracowanych przez Roberta B. Cialdiniego, profesora psychologii Uniwersytetu Stanowego w Arizonie zajmującego się psychologią społeczną. Mówi ona, jakoby człowiek dążył do bycia konsekwentnym wobec swoich opinii i decyzji, które podjął w przeszłości. Jest to zjawisko wykorzystywane chociażby w biznesie czy marketingu. Posługując się przykładem: konsument, który wcześniej otrzymuje próbkę produktu jest bardziej skłonny do kupna jego pełnowymiarowej wersji. Analogicznie- osoba, która na początku otrzyma zachętę finansową, jest podświadomie zobligowana do przystąpienia do badania lub uczestnictwa w jego dalszych etapach. Jest to psychologiczna walka, w której dyskomfort, spowodowany niekonsekwencją wobec własnych decyzji i początkowych założeń, wygrywa z chęcią ,,odpuszczenia".

Opierając się na danych z badania ankietowego, przeprowadzonego przez Fundację My Pacjenci we współpracy z Rzecznikiem Praw Pacjenta wynika, że aż 23,5 procent respondentów uważa ustanowienie premii finansowej lub ulgi podatkowej za regularne wykonywanie badań profilaktycznych, do których należą przesiewowe, za działanie, mogące zwiększyć liczbę chętnych do poddawania się badaniom przesiewowym [2]. Wobec tego, zachęty finansowe plasują się na 4. miejscu zestawienia, tuż za używaniem zaproszeń na badania w formie listu, maila, SMS, doręczonego osobiście w placówce POZ oraz włączaniu badań profilaktycznych, jako badań wymaganych do pracy. W Wielkiej Brytanii

również zostały przeprowadzone badania, mające na celu poznanie opinii respondentów na temat stosowania zachęt finansowych, z czego aż 86.8% z nich uznało tę metodę za dobry sposób angażu większej ilości osób w badania przesiewowe w kierunku nowotworów jelit [3].

Warto dokładniej przyjrzeć się metodom, które zostały użyte w analizowanych badaniach.

Drobne wartości jednorazowe 5-20$

Mimo że ilość proponowanej zachęty finansowej różni się w zależności od literatury naukowej, autorzy jednej z prac, na podstawie przeprowadzonych badań doszli do wniosku, że kwotą, którą respondenci określali najczęściej, jako najbardziej odpowiednią było 10 funtów brytyjskich [3]. Okazuje się jednak, że nie zawsze sama kwota ma znaczenie [4]. Autorzy badania z 2021 roku wskazują na to, że w niektórych przypadkach czynnikiem decydującym o wykonaniu badań przesiewowych jest czas trwania samego procesu, niżeli kwota oferowana jako zachęta. Dodatkowo, podkreślają, iż mimo sama zachęta finansowa nie jest istotna statystycznie w kwestiach wzrostu ilości przeprowadzanych badań, to jednak jej korelacja z informacją mailową już może przyczynić się do tego wzrostu. Inna praca naukowa, skupiająca się na testach immunochemicznych wykorzystywanych w badaniach przesiewowych raka jelita grubego, gdzie zachęty finansowe również nie wykazywały dodatniego działania na ilość przeprowadzanych testów, niezależnie od proponowanej kwoty [5].

Kwota zachęty zależna od zaangażowania

Wartymi uwagi są wyniki, opublikowane w pracy z 2021 roku, w której została opisana inna metoda, używana do zachęcenia wykonywania kolonoskopii jako badania przesiewowego nowotworu jelita grubego[6]. Zachęta była podzielona na części: pacjent otrzymywał początkowo 10$ w formie bonu, jeśli wziął udział w ankiecie oceny ryzyka oraz dodatkowe 25$, czego warunkiem było poddanie się zabiegowi kolonoskopii. Samo informowanie o możliwych korzyściach finansowych odbywało się za pośrednictwem mail. Co ciekawe, w pracy zostało użyte sformułowanie, że osoby, które przeszły pierwszy etap otrzymywały

numer telefonu VIP, który miał pomóc im w szybkim i bezproblemowym umówieniu się na zabieg. Istotnie, wykazano, iż osoby, które otrzymały zachętę finansową w postaci 10$ liczniej wypełniły ankiety oceny ryzyka, jednak nie przekłada się to na dalsze etapy badania. Mimo korzystania z kilku metod zachęt(nie tylko finansowych) i korzystaniu z mediów wyniki nie pokazały znaczącej różnicy między grupą, która była odbiorcą danych zachęt, a grupą ich pozbawioną, zarówno jeśli chodzi o zapisy na zabieg kolonoskopii, jak i poddanie się mu.

Zachęty finansowe dla lekarzy

Ciekawym rozwiązaniem, mającym podnieść ilość wykonywanych badań przesiewowych jest również oferowanie dodatkowych premii lekarzom za każde wykonanie takiego badania. W 2016 roku pojawiła się praca przeglądowa badająca zależność między różnymi modelami opieki zdrowotnej w Ontario w Kanadzie, a ilością badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy [7]. Badano modele FFS (free-for-service) oraz dość innowacyjne modele FHG (Family Health Group) i FHO (Family Health Organisation). Modele FHG i FHO różniły się od tradycyjnego modelu FFS m.in. procesem leczniczym, w którym centralne miejsce zajmuje pacjent oraz omawiane przez nas zachęty finansowe dla lekarzy za każde zlecone badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy. Wykazano, że modele, w których były wykorzystywane dodatkowe bonusy pieniężne dla lekarzy cechowały się zwiększoną ilością przeprowadzanych badań przesiewowych. Nie zawsze jednak uciekanie się do takiej metody dawało zakładane efekty, gdyż w wielu przypadkach ich wprowadzenie przyniosło nieznaczny wzrost lub żaden, jeśli chodzi o ilość przeprowadzonych badań przesiewowych w kierunku nowotworów piersi i szyjki macicy [8].

Według raportu stworzonego przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, dotyczącego badań przesiewowych raka jelita grubego wykazano, że zachęty finansowe same w sobie nie mają istotnego znaczenia statystycznego w kwestii ukończenia takiego badania. Jednocześnie w raporcie została umieszczona informacja, że drobna zachęta finansowa w wysokości 5$ lub bon na loterię istotnie statystycznie zwiększają prawdopodobieństwo jego ukończenia [9]. Wobec danych z raportu, wartym wymienienia

jest fakt, iż w większości przypadków badań, które zostały przeanalizowane, zachęta finansowa nie była jedyną metodą zachęcającą osoby do badań. Zazwyczaj przeprowadzający badania wysyłali również przypomnienia drogą mailową[5], telefoniczną lub aranżowali spotkania. Dodatkowo, wyniki przedstawione przez Fundację My Pacjenci rzucają szersze światło na metodologię wprowadzania zachęt finansowych w badaniach przesiewowych, jako nie odrębną i jedyną formę, ale jako komponentę całości działań, które ostatecznie mogą przynieść znaczące efekty.

Literatura:

1. Cialdini RB, Goldstein NJ. Social influence: compliance and conformity. Annu Rev Psychol. 2004;55:591-621. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.142015. PMID: 14744228.
2. https://mypacjenci.org/zrob-to-badaj-nie-gadaj-polacy-deklaruja-pozytywny-stosunek-do-badan-profilaktycznych-ale-nie-znajduje-to-potwierdzenia-w-wykonanych-badaniach/
3. Wilding S, O'Connor DB, Conner M. Financial incentives for bowel cancer screening: Results from a mixed methods study in the United Kingdom. Br J Health Psychol. 2022 Sep;27(3):741-755. doi: 10.1111/bjhp.12570. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34747113.
4. Facciorusso A, Demb J, Mohan BP, Gupta S, Singh S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2122581. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.22581. PMID: 34432010; PMCID: PMC8387849.
5. Lieberman A, Gneezy A, Berry E, Miller S, Koch M, Ahn C, Balasubramanian BA, Argenbright KE, Gupta S. Financial Incentives to Promote Colorectal Cancer Screening: A Longitudinal Randomized Control Trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2019 Nov;28(11):1902-1908. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0039. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31387970; PMCID: PMC7008465.

6. Mehta SJ, Reitz C, Niewood T, Volpp KG, Asch DA. Effect of Behavioral Economic Incentives for Colorectal Cancer Screening in a Randomized Trial. Clin Gastroenterol Hepatol. 2021 Aug;19(8):1635-1641.e1. doi: 10.1016/j.cgh.2020.06.047. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32623005; PMCID: PMC7775888.
7. Pendrith C, Thind A, Zaric GS, Sarma S. Financial Incentives and Cervical Cancer Screening Participation in Ontario's Primary Care Practice Models. Healthc Policy. 2016 Aug;12(1):116-28. PMID: 27585031; PMCID: PMC5008136.
8. Mauro M, Rotundo G, Giancotti M. Effect of financial incentives on breast, cervical and colorectal cancer screening delivery rates: Results from a systematic literature review. Health Policy. 2019 Dec;123(12):1210-1220. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.09.012. Epub 2019 Sep 27. PMID: 31587819.
9.https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2022/046/RPT/WS.420.1.2022_Raport_Profilaktyka_RJG_BIP.pdf

Rozdział III

GRUPY DEMOGRAFICZNE A ODPOWIEDŹ NA BADANIA PRZESIEWOWE

Obecnie nowotwory stanowią jeden z najpoważniejszych problemów zdrowia publicznego na całym świecie, a badania przesiewowe niewątpliwie stanowią niezwykle istotną rolę we wczesnym ich wykrywaniu i jednocześnie zmniejszaniu śmiertelności z ich powodu. Niestety, wciąż odsetek osób poddających się badaniom przesiewowym pozostaje niezadowalający. Zgodnie z wieloma publikacjami naukowymi odsetek badań przesiewowych jest najniższy w przypadku mniejszości rasowych/etnicznych oraz osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym [1]. Do grupy osób o jednym z niższych wskaźników udziału w badaniach przesiewowych zaliczani są również pacjenci nieubezpieczeni [2], osoby o niedostatecznym wsparciu oraz osoby o niskim statusie wykształcenia. Według literatury to właśnie w tych grupach wskaźnik wykonywania badań przesiewowych pozostaje niski, a stopień zaawansowania w momencie rozpoznania wyższy [6]. Skuteczniejsze prowadzenie badań przesiewowych mogłoby ograniczyć problem śmiertelności z powodu chorób nowotworowych.

Wydawać by się mogło, że dodanie zachęt finansowych do przeprowadzanych badań przesiewowych będzie atrakcyjną ofertą szczególnie dla osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Taką też hipotezę w swoich badaniach naukowych postawili amerykańscy naukowcy, którzy mieli na celu promowanie badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w populacji nieubezpieczonych osób o niskich dochodach [2]. Wyniki ich badań były jednak odmienne. Badanie pokazało, że wielkość korzyści wynikających z dodania zachęt finansowych zmniejszyła się wraz ze wzrostem odsetka osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, pochodzących z mniejszości

rasowych/etnicznych (badanie miało na celu poprawę badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego) [1]. Co więcej, to te populacje są nieproporcjonalnie dotknięte nowotworami jelita grubego, więc właśnie wśród nich istnieje największa potrzeba poprawy badań przesiewowych w kierunku tego nowotworu [1].

Podobne wyniki badań, wbrew swoim oczekiwaniom, uzyskali naukowcy, którzy badali wpływ dodania zachęt finansowych do działań pocztowych promujących badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego [3]. W tym badaniu naukowcy również stwierdzili mniejszą korzyść związaną z dodaniem zachęt finansowych wśród uczestników z grup mniejszości i populacji o niskich dochodach [3]. Jednocześnie sugerowano, że w przypadku osób o wyższych dochodach i korzystnych uwarunkowaniach społecznych zachęty finansowe mogą sprzyjać ukończeniu przez pacjentów badań przesiewowych [3]. W przypadku tej publikacji porównano otrzymane wyniki badań do pracy innego naukowca, którego obserwacje z badania wykazały, że dodatki finansowe stanowią zachętę, która może zmniejszyć dysproporcje w stanie zdrowia, ale tylko marginalnie [3]. Świadczy to o niejednoznaczności wyników przeprowadzanych badań.

Badanie przeprowadzone w 2016 roku, którego celem było ustalenie czy oferowanie niewielkich zachęt finansowych zwiększy liczbę przeprowadzanych badań przesiewowych w kierunku raka jelita grubego w populacji nieubezpieczonej o niskich dochodach, również nie ustaliło skuteczności takich praktyk [4]. Ukończenie badań przesiewowych nie różniło się statystycznie w grupach bez żadnej zachęty finansowej vs grupach osób, które otrzymały zachęty w wysokości 5 lub 10 dolarów [4].

Niewątpliwie istotny problem stanowi nierówność społeczna pacjentów w dostępie do badań przesiewowych. W 2016 roku przeprowadzono badania w celu identyfikacji, scharakteryzowania i analizy skuteczności interwencji opieki zdrowotnej w celu promowania programów badań przesiewowych w kierunku raka w mniejszościach etnicznych [6]. Efektem badań było wyciągnięcie wniosku, iż interwencje dostosowane kulturowo w zakresie opieki zdrowotnej ukierunkowane na pacjenta mogą pomóc w zmniejszeniu nierówności rasowych lub etnicznych w dostępie do badań przesiewowych [6]. Podobne badanie, którego celem było zbadanie wpływu programów badań

przesiewowych w kierunku raka piersi i/lub szyjki macicy dla kobiet należących do mniejszości etnicznych na ich wiedzę i przekonania na temat raka piersi lub szyjki macicy oraz badań przesiewowych, a także na ich zamiary w zakresie badań przesiewowych i wskaźniki ich wykorzystania również przyniosło zadowalające wnioski [7]. Udowodniono, iż programy badań przesiewowych w krajach zachodnich wykazały poprawę wiedzy na temat nowotworów piersi i szyjki macicy, zamiarów badań przesiewowych i zwiększenia liczby badań cytologicznych. Badania te jednoznacznie pokazują jak wiele korzyści może przynieść zwiększenie edukacji w grupach o niższym wskaźniku badań przesiewowych. Być może to nie tylko brak dostępności do badań przesiewowych, ale w szczególności brak wiedzy na temat tego, jak wiele korzyści może przynieść regularne wykonywanie badań przesiewowych może być powodem niskiego odsetka badań przesiewowych w wyżej wymienionych grupach.

Interesującą pozostaje odpowiedź na pytanie czy płeć ma wpływ na odpowiedź na badania przesiewowe. Wielokrotnie w opinii publicznej można usłyszeć, że kobiety badają się częściej. Wobec tego niezwykle interesujące pozostają wnioski z pracy naukowej opublikowanej w 2020 roku, pt. „Badanie różnic między płciami w badaniach przesiewowych w kierunku raka płuc" [5]. Początkowo postawiono hipotezę, że nie będzie różnicy w udziale ani wynikach mężczyzn i kobiet poddawanych badaniom przesiewowym w kierunku raka płuc [5]. Uzasadniono słuszność tej hipotezy. W badaniu brała udział porównywalna grupa kobiet i mężczyzn. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy kobietami i mężczyznami pod względem wieku i poziomu wykształcenia uczestników [5]. Istotne statystycznie wyniki obejmowały jedynie rodzaj rozpoznanego nowotworu [5].

Warto więc zastanowić się nad sposobami zmniejszenia dysproporcji pomiędzy różnymi grupami w odpowiedzi na badania przesiewowe. Literatura naukowa sugeruje, iż osoby o niedostatecznym wsparciu mogą mieć niską świadomość, a także napotykać ograniczony dostęp i bariery systemowe w promocji zdrowia, że niewielkie kwoty zachęt mogą nie wystarczyć do przezwyciężenia wyzwań systemowych [3].

Literatura:

1. Issaka RB, Dominitz JA. Financial Incentives to Improve Colorectal Cancer Screening-Time to Cut Our Losses. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2122661. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.22661. PMID: 34432014; PMCID: PMC8815362.
2. Lieberman A, Gneezy A, Berry E, Miller S, Koch M, Ahn C, Balasubramanian BA, Argenbright KE, Gupta S. Financial Incentives to Promote Colorectal Cancer Screening: A Longitudinal Randomized Control Trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2019 Nov;28(11):1902-1908. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0039. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31387970; PMCID: PMC7008465.
3. Facciorusso A, Demb J, Mohan BP, Gupta S, Singh S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2122581. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.22581. PMID: 34432010; PMCID: PMC8387849.
4. Gupta S, Miller S, Koch M, Berry E, Anderson P, Pruitt SL, Borton E, Hughes AE, Carter E, Hernandez S, Pozos H, Halm EA, Gneezy A, Lieberman AJ, Sugg Skinner C, Argenbright K, Balasubramanian B. Financial Incentives for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Randomized, Comparative Effectiveness Trial. Am J Gastroenterol. 2016 Nov;111(11):1630-1636. doi: 10.1038/ajg.2016.286. Epub 2016 Aug 2. PMID: 27481306.
5. Randhawa S, Sferra SR, Das C, Kaiser LR, Ma GX, Erkmen CP. Examining Gender Differences in Lung Cancer Screening. J Community Health. 2020 Oct;45(5):1038-1042. doi: 10.1007/s10900-020-00826-8. PMID: 32323173; PMCID: PMC7725370.
6. Escribà-Agüir V, Rodríguez-Gómez M, Ruiz-Pérez I. Effectiveness of patient-targeted interventions to promote cancer screening among ethnic minorities: A systematic review. Cancer Epidemiol. 2016 Oct;44:22-39. doi: 10.1016/j.canep.2016.07.009. Epub 2016 Jul 25. PMID: 27459464.
7. Chan DN, So WK. A systematic review of randomised controlled trials examining the effectiveness of breast and cervical cancer screening interventions for ethnic minority women. Eur J Oncol Nurs. 2015 Oct;19(5):536-53. doi: 10.1016/j.ejon.2015.02.015. Epub 2015 Apr 1. PMID: 25840817.

Rozdział IV

OGRANICZENIA ZACHĘT FINANSOWYCH DO BADAŃ PRZESIEWOWYCH

W badaniach naukowych wielokrotnie potwierdzono zasadność przeprowadzania badań przesiewowych, natomiast słuszność wprowadzania zachęt finansowych do badań przesiewowych pozostaje kwestią dyskusyjną i wciąż analizowaną. Sami badacze również nie mają jednoznacznego stanowiska w tym temacie. Amerykańscy naukowcy zalecają zachowanie ostrożności w kwestii stosowania zachęt finansowych. Problemem także pozostaje wybranie odpowiedniej kwoty zachęty. Zbyt małe zachęty mogą spowodować, że pacjenci uznają badany problem jako nieistotny, z kolei zbyt duże kwoty zachęt mogą spowodować, że badania przesiewowe będą postrzegane jako rodzaj przymusu (analiza tego tematu w innym rozdziale).

Dotychczas powstało wiele publikacji naukowych badających wpływ zachęt finansowych na zwiększenie ilości wykonywanych badań przesiewowych. Niestety, każde badanie posiada pewne ograniczenia. Tak jest również w przypadku badań dotyczących wprowadzania zachęt finansowych do badań przesiewowych. Każde z przeprowadzonych badań z reguły obejmowało określoną grupę osób. Koncentrowano się na przykład wyłącznie na nieubezpieczonej populacji o niskich dochodach, jednocześnie oferując stosunkowo skromne zachęty [1], w innym badaniu docelową grupą pacjentów, których kwalifikowano do badania byli dorośli w wieku powyżej 50 lat, kwalifikujący się do badań przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego [2], natomiast kolejny projekt badawczy posiadał konkretne wytyczne co do braku konkretnych schorzeń [4]. Badania z reguły ograniczają się do danego regionu/ kraju. Powoduje to, że wyniki badań możemy interpretować zawsze tylko i wyłącznie w kontekście grupy, która została objęta badaniem

i w kontekście określonego zakresu oferowanych zachęt. Nie można uogólniać wyników na inne populacje lub kwoty zachęt [1]. Należy też uwzględnić osoby z badanej grupy, które negatywnie odpowiedziały na zgłoszenie do badań przesiewowych i o których nie posiadamy wystarczających informacji, aby móc uwzględnić ich w statystykach. Przekonania i reakcje uczestników projektów naukowych mogą się w znaczący sposób różnić u osób, które zdecydowały się brać udział w badania z porównaniu z osobami, które odmówiły udziału w badaniach, bądź też nie udało się do nich dotrzeć [6]. Część badań skupiała się wyłącznie na działaniach informacyjnych wysyłanych tylko pocztą [1,6] co już stanowi ograniczenie badania, ponieważ wykazano że większą efektywność wykazują działania bezpośrednie- na przykład osobiste przypomnienie o wizytach w ośrodku zdrowia. Inne ograniczenie badania stanowi mała liczba badań, przez co nie można przeprowadzić wieloczynnikowej metaregresji ani szczegółowych analiz różnych behawioralnych bodźców ekonomicznych, dlatego też zalecana jest ostrożność przy interpretacji tych wyników [3]. W niektórych badaniach brakowało odpowiednich wyjściowych cech populacji objętych badaniem [3]. Częsty problem stanowił brak wystarczających danych na poziomie pacjenta, więc wnioski na temat wpływu pewnych zmiennych wyciągano z wniosków na temat danej grupy, do której należał pacjent, co zwiększało wówczas ryzyko wystąpienia błędów [3]. Z drugiej strony, należy zachować pewną ostrożność z stosunku do danych samodzielnie zgłaszanych przez pacjentów. Należy mieć na uwadze tendencyjność zgłaszanych danych, co może być związane z potrzebą społeczną, a także fakt, iż niektórzy mogą zgłaszać swoje odpowiedzi w celu wycofywania się badania [6]. Pobieranie próbek od kohorty w jednym ośrodku akademickim, również stanowi ograniczenie projektu badawczego [6].

W pracy naukowej, która ukazała się w 2022 roku, a w której badano wpływ zachęt finansowych na ukończenie domowych testów przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego wykazano inne problemy, które stanowią ograniczenie badań. Uczestnicy otrzymywali wysłany drogą pocztową zestaw do zbadania obecności krwi utajonej w kale [6]. Pacjenci zgłaszali różne bariery, które powodowały, że w efekcie nie byli w stanie ukończyć badania. Najczęściej wymieniane były czynniki osobiste, tj. zgubienie testu, zbyt dużo zajęć, czy też problemy zdrowotne [6]. Inna grupa pacjentów informowała, iż czuje się

zdrowa, więc nie będzie kończyła badania [6]. Istotny czynnik ograniczający badanie to sam sposób przeprowadzania badania. Otóż było ono przeprowadzane tylko i wyłącznie za pośrednictwem poczty, więc to co pacjenci zgłaszali jako bariery utrudniające ukończenie badania to trudności w dostępie do poczty, a także koszty z tym związane [6]. Sam sposób wykonywania badania również stanowił pewną barierę dla części z badanych. Respondenci wymieniali czynniki związane z testami, w szczególności wstręt, zawstydzenie, czy też obawy dotyczące wiarygodności [6]. Co ciekawe, poczucie wstrętu do wykonania tego badania było szczególnie powszechne wśród tych osób, które wskazywały, że zachęty finansowe będą miały wpływ na ich proces decyzyjny [6].

W społeczeństwie również możemy spotkać skrajne opinie dotyczące wprowadzania zachęt finansowych do badań przesiewowych. W badaniu z 2022 roku brytyjscy naukowcy przeprowadzili analizy odpowiedzi potencjalnie kwalifikujących się pacjentów do badań przesiewowych na temat tego, co sądzą o dodawaniu różnych zachęt do badań przesiewowych [5]. Najczęściej odnotowano pozytywne opinie, które argumentowane były faktem iż oferowanie zachęt w dłuższej perspektywie może zaoszczędzić pieniądze poprzez zmniejszenie przyszłych kosztów leczenia [5]. Kilku ankietowanych zgłosiło, iż mogłoby to być szczególnie dobrym pomysłem „w obecnych czasach" (badania prowadzono w czasie pandemii COVID-19, w której wiele osób zmagało się z problemami finansowymi) [5]. Znalazły się również odmienne opinie. Odsetek odpowiedni negatywnych był mniejszy, natomiast argumentowano ten fakt brakiem skuteczności, bądź też ankietowani traktowali badania przesiewowe jako pewien rodzaj obowiązku i niestosownym uważali, aby przekupywać ludzi, aby zrobili coś dla własnego zdrowia [5]. Wśród odpowiedzi znalazło się też kilka o neutralnych odczuciach dotyczących tego tematu i chodź niektórzy uważali, że stosowanie zachęt nie powinno być konieczne, to pewnie ich wdrożenie zwiększyło by wykorzystanie badań przesiewowych, co z kolei byłoby pozytywnym skutkiem [5]. Odpowiedzi nie różniły się w zależności od płci i wieku ankietowanych, jednakże na podstawie przeprowadzonego badania stwierdzono, iż mimo że zdecydowana większość osób opowiada się za dalszymi badaniami nad potencjalną

skutecznością takich zachęt w kontekście Wielkiej Brytanii, to poglądy na temat zachęt do badań przesiewowych są mieszane [5].

Jak dotychczas nie zbadano opłacalności dodania zachęt finansowych w celu usprawnienia interwencji w zakresie badań przesiewowych [6] (dotyczy w szczególności opłacalności badań przesiewowych w kierunku nowotworu jelita grubego).

Powyższe informacje pokazują, że należy zachować ostrożność nie tylko w stosowaniu zachęt finansowych, lecz także w analizie opublikowanych już prac naukowych dotyczących wprowadzania zachęt finansowych do badań przesiewowych. Należy pamiętać, że każde badanie posiada pewne ograniczenia, które często nie są wyraźnie zaznaczone w publikacjach. Każda praca dotyczy konkretnej grupy osób objętej badaniem, więc wyłącznie w kontekście tej grupy możemy analizować otrzymane wyniki.

Literatura:

1. Lieberman A, Gneezy A, Berry E, Miller S, Koch M, Ahn C, Balasubramanian BA, Argenbright KE, Gupta S. Financial Incentives to Promote Colorectal Cancer Screening: A Longitudinal Randomized Control Trial. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2019 Nov;28(11):1902-1908. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-19-0039. Epub 2019 Aug 6. PMID: 31387970; PMCID: PMC7008465.
2. Facciorusso A, Demb J, Mohan BP, Gupta S, Singh S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2122581. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.22581. PMID: 34432010; PMCID: PMC8387849.
3. Facciorusso A, Demb J, Mohan BP, Gupta S, Singh S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2021 Aug 2;4(8):e2122581. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.22581. PMID: 34432010; PMCID: PMC8387849.
4. Green BB, Anderson ML, Cook AJ, Chubak J, Fuller S, Kimbel KJ, Kullgren JT, Meenan RT, Vernon SW. Financial Incentives to Increase Colorectal Cancer Screening Uptake and Decrease Disparities: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2019 Jul

3;2(7):e196570. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.6570. PMID: 31276178; PMCID: PMC6789432.

5. Wilding S, O'Connor DB, Conner M. Financial incentives for bowel cancer screening: Results from a mixed methods study in the United Kingdom. Br J Health Psychol. 2022 Sep;27(3):741-755. doi: 10.1111/bjhp.12570. Epub 2021 Nov 8. PMID: 34747113.
6. Clifton ABW, Mehta SJ, Wainwright JV, Ogden SN, Saia CA, Rendle KA. Exploring Why Financial Incentives Fail to Affect At-home Colorectal Cancer Screening: a Mixed Methods Study. J Gen Intern Med. 2022 Aug;37(11):2751-2758. doi: 10.1007/s11606-021-07228-z. Epub 2022 Jan 17. PMID: 35037172; PMCID: PMC9411475.

Rozdział V

WYSOKOŚĆ ZACHĘT FINANSOWYCH A PODDAWANIE SIĘ BADANIOM PRZESIEWOWYM

Jedną z podstawowych metod zapobiegania wzrostowi współczynnika zgonów spowodowanych nowotworami jest wczesna diagnoza choroby. Współcześnie dużo się mówi o konieczności regularnych badań, ale nadal wielu ludzi unika ich przeprowadzania. Wczesne zdiagnozowanie nowotowu zwiększa ryzyko wyleczenia, daje szansę szybkiego powrotu do zdrowia oraz zmniejsza koszty terapii. Z raportu NIK o profilaktyce zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia można dowiedzieć się, że zgłaszalność osób na badania przesiewowe w kierunku profilaktyki nowotworów jest bardzo niska. W 2017 roku odsetek obywateli objętych programem badań przesiewowych dla raka jelita grubego wyniósł od 16 do 18%, raka szyjki macicy - od 21 do 23% oraz raka piersi- od 42 do 44% osób uprawnionych. Izba przyznała, że efektywność dotychczas stosowanych metod zwiększania odsetka osób biorących udział w badaniach profilaktycznych była bardzo mała. Za przyczynę tak niskiego wyniku uznano niewystarczający dostęp do tych świadczeń zdrowotnych oraz niedostateczną edukację pacjentów przez lekarzy POZ. NIK postawiła sobie za cel zwiększenie odsetka pacjentów uczetsniczących w programach profilaktyki zdrowotnej, jednakże sam proces informowania pacjentów przez lekarzy pierwszego kontaktu może nie przynieść oczekiwanych rezultatów. W związku z tym, warto rozważyć inne metody zachęty do udziału w badaniach przesiewowych [1].

W 2017 roku Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła iż wysyłka imiennych zaproszeń na badania cytologiczne nie przynosi zamierzonych efektów. W artykule można przeczytać: Pomimo tego, że w kontrolowanym okresie (tj. w latach 2011-2015) wysłano 909 tys. zaproszeń i wydano na ten cel 1.192,6 tys. zł, na badania cytologiczne zgłosiło się zaledwie

59,7 tys. kobiet. co oznaczało średnią roczną zgłaszalność na poziomie zaledwie 6,6% (w stosunku do wielkości populacji kobiet w wieku 25-69 lat).” Wyniki te świadczą o tym, że samo wysyłanie listu zachęcającego do badań jest nieskuteczne i musi być wsparte innymi działaniami, jak na przykład zachętami finansowymi bądź zwiększeniem edukacji [2].

Coraz bardziej powszechne staje się badanie skuteczności zachęt finansowych w zwiększaniu udziału w badaniach przesiewowych. Temat ten jest dość kontowersyjny i spotyka się z odmiennymi opiniami społeczeństwa. W zależności od kraju, w którym przeprowadzono badanie oraz wieku ankietowanych otrzymano różne wyniki dotyczące skuteczności takiej metody.

W Wielkiej Brytanii rak jelita grubego jest czwartym najczęściej występującym nowotworem. Wykrywa się go u 42000 osób rocznie, a aż 16000 pacjentów umiera w wyniku tej choroby [3]. Co dwa lata osoby powyżej 60 roku życia są zapraszane na rutynowe badania przesiewowe, jednakże około 30-40% zaproszonych nie bierze w nich udziału, przez co zmniejszają swoje szanse na wykrycie nowotworu we wczesnym stadium. Wyniki te sprawiły, że zaczęto szukać sposobu zachęcania obywateli do diagnostyki. W 2021 opublikowano badanie na temat wprowadzania zachęt finansowych w celu wcześniejszego diagnozowania raka jelita grubego. W analizie wzięło udział 499 pacjentów w wieku 60- 74 lat. Uczestnikom ankiety zadano pytania otwarte: ,,Jakie jest Twoje zdanie na temat oferowania kuponu o wartości 6 lub 10 funtów w celu zachęcenia do udziału w badaniach przesiewowych jelit?” oraz ,,Co może sprawić, że oferowanie kuponu o wartości 5 lub 10 funtów, zachęcającego do udziału w badaniach przesiewowych jelit, będzie bardziej akceptowalne?”. Dodatkowo w dalszej części ankiety przedstawiono różne typy zaproszeń do wzięcia udziału w badaniach przesiewowych w kierunku jelita grubego, w których zostały przedstawione różne formy zachęt finansowych. Ankietowani zostali poproszeni o wskazanie najbardziej atrakcyjnego zaproszenia. Wyniki badania wskazywały na to, że większość pacjentów aprobuje zachęty finansowe i uważa, że dzięki nim zwiększy się liczba osób diagnozowanych we wczesnych stadiach nowotworu, co w dłuższej perspektywie może przynieść oszczędności budżetowe National Health Science, ponieważ koszty leczenia takich pacjentów będą znacznie niższe. Część osób zgłosiło, że w sytaucji pandemii COVID-

19 takie zachęty, nawet w formie bonów na zakupy, wypadają bardzo korzystnie, co może wiązać się z tym, że przez pandemię duża część społeczeństwa doświadczyła trudności finansowych. Bardzo ważnym spostrzeżeniem wynikającym z tego badania jest to, że jako odpowiednią kwotę zachęty finansowej najczęściej wybierano bon o wartości 10 funtów. Pomimo wielu pozytywnych głosów na temat zachęt finansowych, pojawiły się również negatywne. Aż 34,7% uczestników ankiety stwierdziło, że według nich wprowadzenie zachęt pieniężnych nie wpłynie znacznie na zwiększenie liczby osób poddających się badaniom przesiewowym. Dodatkowo część ankietowanych uważa, że regularne badania powinny być postrzegane jako obowiązek obywateli, a nie wynik działań motywowanych korzyściami finansowymi [4].

Na podstawie wyników badania przedstawionego powyżej, można zauważyć wiele istotnych aspektów, które są konieczne do omówienia w kontekście wprowadzania zachęt finansowych. Aby skupić się na tym temacie, należałoby zadać pytanie z jakimi konkretnymi badaniami wiązałyby się zachęty finansowe.

Wiele analiz naukowych skoncentrowanych jest na diagnostyce raka jelita grubego, która wiąże się z wysyłaniem pacjentom testów na krew utajoną w kale. W takim przypadku oferowanie niewielkiej nagrody pieniężnej jest dość skuteczne, co może wynikać z niskiej inwazyjności badania oraz z faktu, że nie wymaga ono zbyt wiele czasu. Sytuacja może wyglądać inaczej w przypadku nowotworów piersi, bądź szyjki macicy. Aby wcześnie wykryć te choroby należy poddać się konkretnym badaniom u specjalisty, co często wiąże się z koniecznością wzięcia urlopu w miejscu pracy. Dodatkowo trzeba doliczyć koszty dojazdu do poradni specjalistycznej, które mogą być dość wysokie w przypadku osób mieszkających z dala od dużych miast. Wszystkie te aspekty wpływają na to, że sama zachęta finansowa, w postaci np. bonu do wykorzystania w konkretnym sklepie o wartości 50 zł, może być niewystarczająca. Należałoby jednak rozważyć czy wprowadzenie zachęt o dużej wysokości ma sens. Koszt badania przesiewowego osoby kwalifikującej się do programu jest pokrywany przez NFZ, dlatego dodatkowe wprowadzenie wysokich zachęt mogłoby mocno naruszyć budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. Naszym zdaniem lepszym sposobem zachęcania pacjentów do badań jest przede wszystkim zwiększenie ich świadomości na

temat profilaktyki, wykrywania nowotworów oraz dalszego leczenia, poprzez lekarzy pierwszego kontaktu oraz środki masowego przekazu. Dzięki edukacji ludzie zrozumieją, dlaczego należy się regularnie badać i korzystać z programów oferowanych przez Ministerstwo Zdrowia, takich jak Prolikatyka 40 PLUS, Program wczesnego wykrywania raka piersi, Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego, czy inne.

Podsumowując, na podstawie przedstawionych wyników należałoby stwierdzić, że stosowane dotychczas metody zachęcania ludzi do badań przesiewowych były niewystarczająco skuteczne. Same wprowadzenie zachęt finansowych może przynieść korzyści, jednakże najważniejszym aspektem jest zwiększanie świadomości pacjentów przez lekarzy POZ. Kompleksowe podejście do tego problemu może realnie zwiększyć chęć obywateli do brania udziału w różnych programach profilaktycznych, co w dalszej perpektywie zmniejszy liczbę osób umierających na nowotwory.

Literatura:

1. NIK o profilaktyce zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia''. Dostępne na: https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-profilaktyce-zdrowotnej-w-systemie-ochrony-zdrowia.html
2. NIK o programach wczesnego wykrywania raka piersi i szyjki macicy''. Dostęne na: https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-programach-wczesnego-wykrywania-raka-piersi-oraz-raka-szyjki-macicy-w-wojewodztwie-lubelskim.html
3. (Cancer Research UK)ps://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/statistics-by-cancer-type/bowel-cancer/incidence), Sarah Wilding, Daryl B. O'Connor, Mark Conner; ,, Financial incentives for bowel cancer screening: Results from a mixed methods study in the United Kingdom". Dostępne na: https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjhp.12570
4. Penn Medicine. (2022). Exploring why financial incentives fail to affect at-home colorectal cancer screening: A mixed methods study. *Journal of General Internal*

Medicine. Retrieved from https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-021-07248-5

Podsumowanie

Z każdym rokiem, nie tylko w Polsce, ale również na świecie, obserwuje się tendencję wzrostową w kontekście zapadalności na choroby nowotworowe. Wcześniejsze wykrycie choroby pozwala na zwiększenie szansy na przeżycie, jak również wpływa pozytywnie na komfort życia pacjentów w remisji, co związane jest z potencjalnym uniknięciem radykalnych procedur medycznych. Rozszerzenie profilaktyki oraz świadomości społeczeństwa pozwoliłoby osiągnąć opisywany cel.

Działania obejmujące edukację społeczeństwa oraz zachęcenie do wprowadzenia zmian w stylu życia wpisują się w profilaktykę pierwszej fazy. Jest ona niezwykle istotna ze względu na liczne środowiskowe czynniki wpływające na zwiększenie częstości zapadalności na choroby nowotworowe oraz ich progresję. Obserwuje się zwiększenie ilości zachorowań wśród grup zawodowych w warunkach dużego zanieczyszczenia powietrza oraz wśród ludności zamieszkujących przemysłowe zagłębia. Obecny w XXI w. coraz większy pęd życia przenosi się również do sektora gastronomicznego, w sklepach dostępne są niebotyczne ilości wysoko przetworzonej żywności, w stosunkowo niskich cenach oraz produktów typu fast food dostępnych na każdym rogu. Stanowi to ogromną pułapkę dla ludzi, którzy ze względu na ubóstwo wybierać będą produkty tańsze, czyli grupy, wśród której problem niediagnozowania jest poważny. Zawarte w takiej żywności związki kancerogenne i substancje osłabiające funkcjonowanie układu odpornościowego mogą wpływać na częstszą zapadalność na choroby nowotworowe. Wiele tego typu zagrożeń znajdować się będzie również w przedmiotach codziennego użytku lub odzieży, a szeroko pojęty konsumpcjonizm napędzać będzie ruchy fast fashion, wpływając jednocześnie na dalsze zanieczyszczanie środowiska nie tylko poprzez proces produkcji, ale również utylizacji nadwyżek produkcyjnych.

Skuteczna profilaktyka pierwszego stopnia mogłaby znacząco obniżyć koszty ponoszone przez sektor ochrony zdrowia, jednakże efektywność wdrażanych działań nie jest obecnie wystarczająco satysfakcjonująca. Dlatego niezwykle istotna jest również

profilaktyka drugiej fazy, nakierowana na konkretne grupy podwyższonego ryzyka. Jednymi z takich grup są ludzie posiadający mutację w obrębie genu APC, która jest przyczyną zespołu wrodzonej polipowatości gruczolakowatej oraz rozwojem raka jelita grubego oraz osoby posiadające mutację genu BRCA1, która przyczynia się do rozwoju nowotworów gruczołu piersiowego oraz jajników. W obu wymienionych przypadkach zmiana stylu życia nie przyniesie oczekiwanych efektów w profilaktyce nowotworowej, a chorobę może zatrzymać szybkie wykrycie zmiany i wdrożenie leczenia. Im niższe jest stadium choroby w momencie wykrycia, tym lepsze efekty terapeutyczne przynosi leczenie i lepsze jest rokowanie. Stąd ogromne zainteresowanie problemem profilaktyki i wczesnej wykrywalności chorób poprzez badania przesiewowe.

Poprzednie rozdziały pracy skupiły się na jednym z czynników mających zachęcić potencjalnych pacjentów do badań skriningowych, mianowicie na zachętach finansowych. Badania, pozwoliły zaobserwować, iż taki rodzaj nagrody nie był wystarczająco atrakcyjny, by skłonić populację do udziału w testach przesiewowych. Nie wykazano również istotnej korelacji w odniesieniu do płci, wieku czy pochodzenia etnicznego badanych.

Badania pozwoliły wyciągnąć wniosek, że najistotniejszym czynnikiem mającym wpływ na zwiększenie chęci udziału społeczeństwa w badaniach przesiewowych jest edukacja. Osoby świadome ryzyka związanego z zapadalnością, wykazujące wyższy poziom edukacji w tym temacie, chętniej i liczniej uczęszczać będą na badania profilaktyczne. Przyznawanie „nagrody” za udział w badaniach nie powinno stanowić jedynej motywacji do udziału w testach, jednakże by poprawić efektywność opisanej metody należałoby dopasować ją do konkretnych grup wiekowych, zawodowych lub konkretnych społeczeństw. Podsumowując, nagrody finansowe nie są złym rozwiązaniem, lecz nie jest jednocześnie wystarczająco satysfakcjonująca by przeznaczyć na nią fundusze obciążonego już wystarczająco sektora ochrony zdrowia. Środki te należy wykorzystać na kampanie edukacyjne, by osiągnąć lepszy stan wiedzy pacjentów, który wpłynie na ich samoistną chęć do udziału w badaniach.

Nr ISBN: 978-83-68268-17-1