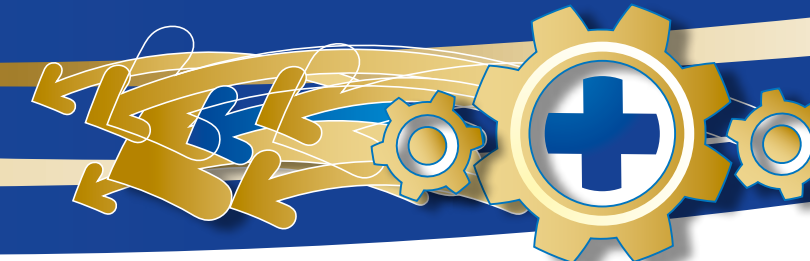




PRIORYTETY 2024 W OCHRONIE ZDROWIA



Nowotwory kobiece – jak dogonić Europę w profilaktyce i leczeniu?

Liczba zachorowań na nowotwory z roku na rok wzrasta zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Coraz więcej kobiet choruje też i umiera na raka piersi i nowotwory ginekologiczne. Na tle Europy Polska w tych statystykach wypada słabo. Co trzeba zrobić, aby tę sytuację poprawić? Czy wystarczy szerszy dostęp do nowoczesnych terapii, czy może należałoby zacząć od początku, czyli od edukacji i profilaktyki? Na konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2024 eksperci przedstawili swoje propozycje.

W Polsce mniej kobiet choruje na raka niż w Europie (w 2022 r. 458 przypadków na 100 000 kobiet, w Unii Europejskiej 488), ale umiera więcej (w Polsce 253 na 100 000 kobiet, w Unii Europejskiej średnio 207). Ponad jedna trzecia nowych przypadków raka u kobiet to tzw. nowotwory kobiece, takie jak rak piersi, rak macicy, rak jajnika i rak szyjki macicy. Wskaźniki umieralności nie byłyby tak wysokie, gdyby Polki chętniej się szczepiły, częściej badały, a organizacja opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową przebiegała sprawniej. Doktor Thomas Hofmarcher ze Swedish Institute for Health Economics, autor opublikowanego w styczniu 2024 r. raportu na temat nowotworów kobiecych w Polsce „Cancer Dashboard for Poland: Women's Cancers”, podkreśla, że nowotwory są u nas drugą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet. Jeszcze w 2006 r. statystycznie na raka częściej zapadali mężczyźni. Zachorowało ich wówczas 64 100, kobiet zaś 61 900. Z prognoz wynika, że w 2026 r. na nowotwory zachoruje 90 400 mężczyzn i 99 500 kobiet. Sytuacja kobiet wydaje się niepokojąca, bo więcej spośród nich będzie miało nowotwór.

Dlaczego tyle Polek choruje na nowotwory?

Ekspert w swoim opracowaniu wymienia kilka przyczyn obecnej sytuacji zdrowotnej kobiet w Polsce. Wskazuje na małą popularność szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), co przekłada się na słabe wyszczepienie nastolatki (w Polsce 17 proc., na Węgrzech 80 proc.). Jego zdaniem, gdyby wiedza na temat zagrożeń związanych z HPV była większa i gdyby szczepienia były prowadzone nie w poradniach POZ, ale w szkołach, tak jak w innych krajach, osiągnęlibyśmy lepsze wyniki. Warto zaznaczyć, że Polska była ostatnim krajem w Europie, który wprowadził program bezpłatnych szczepień przeciwko HPV. Program ruszył w zeszłym roku i nie przyniósł spodziewanego sukcesu. Od 1 czerwca do 29 listopada zaszczepiono

ok. 140 tys. dziewczynek i chłopców, przy uprawnionych ponad 800 tys. Według dr. Thomasa Hofmarchera dodatkowym problemem jest niska zgłaszalność Polek na badania skriningowe w kierunku raka piersi i szyjki macicy. Należałoby zatem sprawić, by dostęp do nich dla wszystkich Polek był jednakowy, niezależnie od miejsca zamieszkania, wykształcenia i pozycji społecznej. Od 1 listopada 2023 r. bez skierowania bezpłatne badania mammograficzne mogą wykonać pacjentki w wieku 45–74 lat, a bezpłatne badania cytologiczne w wieku 25–64 lat.

Również prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki, prezes Polskiego Towarzystwa

Ginekologii Onkologicznej, z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zwrócił uwagę, że z powodu zaniedbań we wczesnym rozpoznaniu, ponieważ będących następstwem pandemii w wymiarze jej skutków medycznych czy fizycznych, pacjenci z chorobą nowotworową trafiają do szpitala najczęściej już w zaawansowanym stanie.

– W zakresie profilaktyki pierwotnej niestety mamy niekorzystne wyniki. Odnotowujemy niską zgłaszalność do skriningu. Poza tym Polki nie przychodzą do lekarza regularnie. Najczęściej mówią, że jak nic nie boli, to nic się nie dzieje. Prawda jest jednak taka, że w momencie, kiedy zaczyna boleć

i pojawiają się objawy, jest już za późno – przestrzegali prof. Włodzimierz Sawicki. W Polsce zostały uruchomione nowoczesne programy lekowe i doganiamy pod tym względem Europę. Zdaniem dr. Hofmarchera, pacjenci zbyt długo czekają na refundację nowych terapii. Średni czas od zatwierdzenia nowego wskazania przez Europejską Agencję Leków (European Medicines Agency – EMA) do objęcia refundacją w Polsce należy do trzech najdłuższych spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej i wynosi aż 30 miesięcy, przy średniej 18 miesięcy. Narodowa Strategia Onkologiczna zakłada objęcie refundacją co najmniej 90 proc.



W DEBACIE PT. „NOWOTWORY KOBIECE – CO ZROBIĆ, BY DOGONIĆ EUROPĘ W ZAKRESIE PROFILAKTYKI I LECZENIA?” UCZESTNICZYLI:

- dr Thomas Hofmarcher – Swedish Institute for Health Economics
- Magdalena Kardynał – Fundacja OmeaLife
- Maciej Miłkowski – wiceminister zdrowia
- dr n. med. Artur Prusaczyk – wiceprezes Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach
- prof. dr hab. n. med. Włodzimierz Sawicki – prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
- Alicja Stańczuk – Stowarzyszenie Niebieski Motyl



Fot. iStockphoto

profilaktyczne. Chciałbym też zwrócić uwagę, że w Danii czy Finlandii analizowane są losy poszczególnych pacjentów – dlaczego chory tak późno dotarł do szpitala. U nas się tego nie robi i wybiera się leczenie zamiast profilaktyki. Skutkuje to tym, że mamy 3–5-krotnie większą śmiertelność niż Dania czy Finlandia. Przy okazji nasuwa się pytanie, kto jest w Polsce odpowiedzialny za osiągnięcie określonych celów. Kto odpowiada za profilaktykę? Taka osoba powinna być powołana i rozliczana z realizacji określonych celów zdrowia publicznego. Jeśli jej nie ma, to nie ma woda – dodał.

Konieczna edukacja specjalistów

– Onkologia opiera się na pięciu podstawowych filarach, które muszą ze sobą współistnieć. Pierwszy to ludzie, czyli pracownicy ochrony zdrowia, lekarze, pielęgniarki, drugi – edukacja, trzeci – profilaktyka pierwotna i wtórna, czwarty – diagnostyka, i to nie tylko obrazowa czy biochemiczna, ale przede wszystkim diagnostyka molekularna, czyli badania genetyczne, piąty – terapia, która coraz częściej opiera się na nowoczesnym leczeniu celowanym, molekularnym. W niektórych filarach odnosimy sukcesy, doganiamy Europę, ale w zakresie profilaktyki pierwotnej i wtórnej niestety odnotowujemy niekorzystne wyniki. Zdarza się, że lekarze nie wiedzą o wprowadzeniu obowiązku badań genetycznych, chociażby w przypadku raka jajnika. Nie wszystkie ośrodki, które ten nowotwór leczą czy operują, zlecają takie badania. Dlatego Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej, którego jestem przedstawicielem, prowadzi szerokie akcje edukacyjne skierowane do pracowników ochrony zdrowia. Ostatnio udało nam się uruchomić koalicję diagnostyczno-kliniczną, która ma się skupić na poprawie efektywności leczenia raka endometrium. Będą do niej należeli diagnosty, patomorfologowie, genetycy, organizatorzy ochrony zdrowia i klinicyści. Problem tkwi w tym, że my wiemy, jak leczyć, jakie są dostępne nowe narzędzia diagnostyczne i terapie, ale brakuje nam czasu i koordynacji działań – mówił prof. Włodzimierz Sawicki. Magdalena Kardynał z Fundacji OmeaLife zapewniła, że organizacja, którą reprezentuje, stara się prowadzić zdroworozsądkowe kampanie edukacyjne. – Trzeba pamiętać, że osoba, która staje się pacjentem, musi zmodyfikować cały swój świat. Bardzo ważne jest, aby proces le-



Fot. Szymon Czerwiński



dr Thomas Hofmarcher: Średni czas od zatwierdzenia nowego wskazania przez EMA do objęcia refundacją w Polsce należy do trzech najdłuższych spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej i wynosi aż 30 miesięcy, przy średniej 18 miesięcy



Fot. Szymon Czerwiński



prof. Włodzimierz Sawicki: Zdarza się, że lekarze nie wiedzą o obowiązku badań genetycznych, dlatego Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej prowadzi szerokie akcje edukacyjne skierowane do pracowników ochrony zdrowia

wszystkich leków przeciwnowotworowych dostępnych w Unii Europejskiej do 2030 r. Aby osiągnąć ten cel, potrzebne będzie podwojenie obecnego wskaźnika refundacji nowych wskazań w ciągu najbliższych 7 lat.

Jak dogonić Europę w zakresie profilaktyki i leczenia?

Obecna sytuacja zdrowotna kobiet wymaga pilnej poprawy. – W onkologii wszystko powinno być zrobione dokładnie, rzetelnie i na czas, a u nas wszystko jest rozpięte i rozharmonizowane. Dopiero po 26 latach pokonywania trudów udało się w Polsce doprowadzić do wdrożenia opieki koordynowanej. Uważam, że aby dogonić Europę w zakresie profilaktyki i leczenia, niezbędne są trzy filary: wiedza, nakłady i alternatywa. Inaczej to nie zadziała. Potrzebna jest też organizacja, ale nie pozorna, tylko sprawcza. Tak jak podczas pandemii COVID-19, kiedy udało się nam zaszczepić 64 proc. populacji dorosłych Polaków, co zapewniło jeden z najlepszych wyników wśród krajów byłego bloku wschodniego. Warto też skorzystać z dobrych i sprawdzonych praktyk, na bazie których będzie można konstruować

wytyczne – proponował dr n. med. Artur Prusaczyk, wiceprezes Centrum Medyczno-Diagnostycznego w Siedlcach. – Także profilaktyka wymaga doprecyzowania wszystkich składowych i zarządzania pełnym łańcuchem wartości. Dla przykładu, jeśli wydajemy na położne w POZ 1,5 mld zł i tylko 1–2 proc. z nich wykonuje jakieś czynności związane z profilaktyką chorób ginekologicznych, co jest zapisane w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie zakresu ich zadań, to jest to niewłaściwe. Trzeba sprawdzić, kto pracuje rzetelnie, i wynagrodzić tę osobę, a kto nie pracuje, i wyegzekwować od niego pracę. Doprecyzowanie aktów wykonawczych w celu skutecznej realizacji już istniejącego prawa jest niezbędne, kluczowa jest też indywidualna sprawozdawczość położnych i pielęgniarek z realizowanych usług. Chodzi o to, żeby produktywność zadziałała celowo, tak jak w Szwecji, gdzie od położnych oczekuje się wykonania określonej liczby cytologii. Można też stosować tzw. catchuping, czyli przy każdej okazji, na przykład podczas wizyty u lekarza, zachęcać pacjenta do badań czy szczepień. Powinniśmy kłaść większy nacisk na edukację zdrowotną. Pacjenci świadomi sami zgłaszają się na badania



PRIORYTETY 2024

W OCHRONIE ZDROWIA



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński

”

dr Artur Prusaczyk: Powinniśmy kłaść większy nacisk na edukację zdrowotną. Pacjenci świadomi sami zgłaszają się na badania profilaktyczne

czenia został wpisany w jej dotychczasowe życie, żeby jej z niego nie wylączył. Niestety zaczyna się to nam trochę wymykać spod kontroli. Widzimy różnego rodzaju ruchy oddolne pacjentów, już wyedukowanych w pewien sposób, którzy nadal poszukują rozwiązań, zaczynają się zagłębiać w spersonalizowaną medycynę, coraz bardziej edukują się na własną rękę. Do tej pory otrzymywaliśmy sygnały od pacjentów, że nie uzyskują konkretnych informacji, że zbyt mało czasu zostało im poświęcone w gabinecie, że były różnego rodzaju problemy komunikacyjne z lekarzem dotyczące uzyskania informacji o terapii. Dziś jest odwrotnie. Pacjenci skarżą się, że lekarz nie wie, jakie narzędzia są obecnie dostępne w Polsce, jakie są programy lekowe. Chorzy są sfrustrowani, że sami muszą pilnować rzeczy systemowych. Powoduje to rozczarowanie, które przenika do organizacji pacjentek i dochodzi do spięć tam, gdzie powinna być solidarność i pomoc. Również od lekarzy otrzymujemy informacje, że zachowanie pacjentów bywa czasem agresywne i roszczeniowe – relacjonowała Magdalena Kardynał.

Jak dotrzeć do każdej Polki?

Zasadniczym problemem, który wymaga pilnego rozwiązania, jest dotarcie z kampanią edukacyjną do jak największej grupy kobiet. Najtrudniejsze wydaje się uświadomienie mieszkanki mniejszych miast i obszarów wiejskich oraz nakłonienie ich do wizyty u lekarza.

”

Magdalena Kardynał: Pacjenci skarżą się, że lekarz nie wie, jakie narzędzia są obecnie dostępne w Polsce, jakie są programy lekowe. Chorzy są sfrustrowani, że sami muszą pilnować rzeczy systemowych

Magdalena Kardynał podkreślała, że inne przekazy należy kierować do mieszkańców dużych miast, a inne do kobiet z małych miejscowości, gdzie występują trudności nawet z dotarciem do lekarza POZ.

– Jeżeli będziemy w małych miasteczkach używali tych samych treści co w dużych miastach, np. celebryckich, to będzie to nieskuteczne. Kobieta z małej wioski będzie czuła zażenowanie z powodu przekonania, że zdrowie jest dla bogaczy, i kampanie, które stworzymy, do niej nie dotrą – tłumaczyła. Podobnego zdania jest ambasadorka kampanii edukacyjnej prowadzonej na terenie Małopolski oraz organizatorka spotkań w ramach działalności w organizacji pacjentek Alicja Stańczuk ze Stowarzyszenia Niebieski Motyl.

– Po kilkudziesięciu spotkaniach z kobietami wiem, że świadomość tego, po co się badamy, dlaczego chodzimy do ginekologa, jakie to jest ważne w kontekście naszego życia i funkcjonowania, jest bardzo niska. Trzeba się zastanowić, jak uświadomić mieszkanki mniejszych miast, obszarów nazywanych białymi plamami. Te kobiety chętnie by się zgłosiły na badania profilaktyczne, ale nie mają gdzie. A jeśli się zgłoszą, dostają termin na cytologię za 4 miesiące. Dla nich prywatna wizyta jest wydatkiem nie do przeskoczenia. Dlatego jeśli chcemy dbać o całość społeczeństwa, kluczowe jest rozwiązanie tego problemu – mówiła. Alicja Stańczuk zwróciła uwagę, że programy profilaktyki nie są prowadzone ani w szpitalach, które mają podpisane umo-

”

Alicja Stańczuk: Świadomość tego, po co się badamy, dlaczego chodzimy do ginekologa, jakie to jest ważne w kontekście naszego życia, jest bardzo niska. Trzeba się zastanowić, jak uświadomić mieszkanki mniejszych miast, obszarów nazywanych białymi plamami

wy, ani w przychodniach, które powinny je realizować w ramach kontraktów z NFZ. – Poza tym badania profilaktyczne są zdecydowanie gorzej rozliczane dla instytucji, które je wykonują. Nie mówi się o tym, że położna, która potrafi wykonać badanie cytologiczne prywatnie czy w ramach praktyki lekarza, zgodnie z prawem nie może tego zrobić w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy. Do tego musi mieć ukończony specjalistyczny kurs w Narodowym Instytucie Onkologii. Jest to bariera, która utrudnia realizację programu profilaktyki – podkreśliła.

Opinia resortu zdrowia

Jak widać, problemów i propozycji ich rozwiązania jest wiele. Jak odnoszą się do nich przedstawiciele resortu zdrowia? Które zagadnienia uważają za najistotniejsze? – Zgadza się, że rola lekarza POZ jest nieoceniona. Nie tylko w mieście, lecz także na wsi, gdzie jest on pierwszą osobą, do której pacjent zwraca się po pomoc. A ta pomoc powinna być mu udzielona w sposób profesjonalny. Lekarz POZ powinien znać swoją populację, żeby wiedzieć, jak ma stratyfikować pacjentów i jakie programy profilaktyczne zaproponować – odpowiedział Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia. – Uważam też, że w programie profilaktyki HPV jest jeszcze dużo do zrobienia i wiele aspektów wymaga poprawy. Mam nadzieję, że ten rok zmieni podejście do tych szczepień i zostaną wytyczone nowe kierunki działania. Ważne jest, żeby

”

Maciej Miłkowski: W programach lekowych nie myślimy już o roku czy dwóch, tylko o 10–15 latach przeżycia, o kilku liniach leczenia, możliwościach zmiany terapii. To daje nam nadzieję i pozwala myśleć długofalowo

każdy lekarz rodzinny, w każdej praktyce lekarskiej oferował swoim pacjentom szczepienie przeciwko HPV. To powinno się stać standardem postępowania i taką ofertę powinien mieć każdy podmiot leczniczy – kontynuował.

Maciej Miłkowski odniósł się też do tematu edukacji pacjentów: – Nie wszystko powinno spoczywać na barkach lekarza. Pomocna może być współpraca pielęgniarek i położnych, a nawet rejestratorek, które mogą wykonywać większy zakres pracy. Można też skorzystać z systemów informatycznych. Obecnie wiele podmiotów dysponuje perfekcyjnym systemem informatycznym, który podpowiada pacjentowi, kiedy i jakim badaniom powinien się poddać. Każda placówka POZ powinna mieć możliwość oceny efektów leczenia w stosunku do całego powiatu czy województwa.

– Chciałbym zaznaczyć, że w obszarze nowotworów kobiecych wiele się dzieje. Mamy już dostępną diagnostykę molekularną, która istotnie wpływa na dalsze leczenie. Zwiększa się oferta leków i coraz więcej z nich jest dostępnych w programie lekowym. Wiele nowych cząsteczek, które istotnie wydłużają życie pacjenta, czeka na refundację. Nie myślimy już w programach lekowych o roku czy dwóch, tylko o 10–15 latach przeżycia, o kilku liniach leczenia, możliwościach zmiany terapii. To daje nam wszystkim nadzieję i pozwala myśleć długofalowo – podsumował Maciej Miłkowski.

Agata Misiurewicz-Gabi