

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY

Badania przesiewowe to szansa na dłuższe życie kobiet

W jaki sposób poprawić wczesną wykrywalność raka piersi w Polsce? Zwiększyć dostęp do badań – odpowiadali uczestnicy debaty „Zdrowie kobiety – w jaki sposób możemy poprawić wczesną wykrywalność raka piersi w Polsce?” podczas konferencji *Priorities and Challenges in Polish and European Drug Policy 2024*.

Choroby nowotworowe to jedno z najważniejszych wyzwań, przed którymi stoi współczesna medycyna i system ochrony zdrowia. Rokowania zależą od zaawansowania choroby, co podkreśla znaczenie wczesnego wykrywania guza oraz znajomości potencjalnych objawów raka piersi. Według Krajowego Rejestru Nowotworów najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym u kobiet jest wciąż rak piersi. W 2020 r. w Polsce zdiagnozowano go u ok. 17,5 tys. osób. U blisko 7 tys. pacjentek choroba zakończyła się zgonem. Problemem jest niska zgłaszalność na badania profilaktyczne. Dane OECD wskazują, że Polska notuje jeden z najgorszych wyników w Unii Europejskiej. W ubiegłym roku z programu skorzystało nieco ponad 36 proc. uprawnionych, podczas gdy w tym samym czasie w Czechach 58 proc., na Słowenii 77 proc., w Szwecji 80 proc., a w Danii 83 proc.

Zachorowalność, umieralność i rokowania

Okazuje się, że to nie liczby bezwzględne są ważne. Ważny jest stosunek umieralności do zachorowalności.

Jak zauważył prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, zachorowalność w Polsce wynosi 119 na 100 tys. kobiet, a w Europie 128 na 100 tys. kobiet. Czyli mamy ok. 8 proc. mniej zachorowań niż średnia europejska. Z kolei umieralność w Polsce wynosi 42 na 100 tys., a średnia europejska to 33, czyli jest u nas o 22 proc. wyższa od średniej europejskiej.

– Stosunek umieralności do zachorowalności jest powszechnie używanym wskaźnikiem określającym wydolność ochrony zdrowia w danej dziedzinie – mówił prof. Jacek Jassem.

Anna Kupiecka, prezeska Fundacji OnkoCafe, pytana o czujność onkologiczną u kobiet, wyjaśniła, że świadomość społeczna w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów, w tym nowotworu piersi, jest niemiernie niska.

– Edukujemy na temat profilaktyki, roli wczesnego wykrywania, uczymy samobadania na fantomach w różnych regionach Polski. Mamy 60 oddziałów Różowych Patroli – ambasaderek profilaktyki. Uczę, że należy regularnie samodzielnie



W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld**, Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie
- **prof. dr hab. n. med. Jacek Jassem**, Gdański Uniwersytet Medyczny
- **prof. dr hab. n. med. Joanna Kufel-Grabowska**, Gdański Uniwersytet Medyczny
- **Anna Kupiecka**, prezeska Fundacji OnkoCafe – Razem Lepiej
- **Katarzyna Piotrowska-Radziejewicz**, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia
- **Paweł Wdówik**, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy

badac piersi, dlaczego warto korzystać z badań przesiewowych i dlaczego jest to kobietom potrzebne. Jak się okazuje, coraz więcej kobiet ma gotowość uczenia się. Przy fantomie spotykają się mężczyźni i kobiety w różnych grupach społecznych, firmach, instytucjach. Może jest to mikroskala w perspektywie kraju, ale na tym przykładzie mamy okazję na żywym organizmie zbadać, czy to jest potrzebne i jaka jest świadomość. A niestety jest ona niska, o czym świadczą skandaliczne dane dotyczące choćby wiedzy, jak się zapisać, jak długie są kolejki, o wydłużeniu wieku kwalifikacji do programu badań do 74 lat – mówiła Anna Kupiecka.

W efekcie nadal zbyt dużo kobiet zgłasza się do lekarza dopiero w zaawansowanym stadium raka piersi, czego skutkiem jest nadmierna umieralność. Przedstawicielka

pacjentów tłumaczyła, że kobiety czują ogromny lęk przed tym, że lekarz może u nich wykryć nowotwór.

O tym, że strach jest główną przyczyną niepoddawania się przez Polki badaniom, mówiła również prof. dr hab. n. med. Joanna Kufel-Grabowska z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

– Strach przed diagnozą choroby nowotworowej niestety czasami paraliżuje tak mocno, że w ogóle nie pozwala pacjentkom zgłosić się na badania. Poza tym edukacja starszego pokolenia jest na niskim poziomie. Wiedza na temat chorób nowotworowych jest kiepska. Ciągłe w Polsce kojarzymy nowotwór ze śmiercią, z wyrokiem, a tak naprawdę z raka piersi zdecydowana większość chorych może zostać wyleczona. Brakuje tej wiedzy i popchnięcia kobiet do badania – oceniła.

Jest też małe zrozumienie, że badania przesiewowe nie chronią przed zachorowaniem, lecz pozwalają wykryć chorobę nowotworową na wczesnym etapie, a to zdecydowanie poprawia rokowania pacjentek i daje szansę na całkowite wyleczenie.

Młodsze pokolenie już jest zdecydowanie lepiej wyedukowane.

– Wśród młodych pacjentek obserwuję zrozumienie, że rak piersi jest właściwie troszkę chorobą cywilizacyjną i nawet zaawansowane stadia u części chorych wiążą się z przewlekłym leczeniem, nawet wielomiesięcznym czy wieloletnim. W tej grupie świadomość jest nieco większa – mówiła prof. Joanna Kufel-Grabowska.

Zdaniem ekspertki niska zgłaszalność jest związana ze strachem, ale też brakiem egzekwowania wykonania badań. Nadal są

one w Polsce dobrowolne, a dodatkowo nie ma zaproszeń, które odgrywały ważną rolę. Ostatecznie ani lekarz rodzinny, ani lekarz medycyny pracy nie wymagają od pacjentek badań przesiewowych, co byłoby bardzo dobrym rozwiązaniem.

Wszystko przez lęk

W zeszłym roku udało się rozszerzyć dostęp do badań mammograficznych, co spowodowało, że wzrosła liczba kobiet, które mogą z nich bezpłatnie skorzystać.

– Rozszerzenie dostępu do badań mammograficznych zaowocowało przede wszystkim tym, że pacjentki po 70. roku życia, które z racji wieku wypadły z programu, mają przedłużoną tę możliwość do 74. roku życia. W większości nie są to zatem pacjentki nowe, ale te, które już dotąd systematycznie się badały – wyjaśniła prof. dr hab. n. med. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld z Centrum Onkologii – Instytutu im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Jej zdaniem pacjentki powyżej 45. roku życia wcale tak chętnie nie zgłaszają się na mammografię. Nie wszystkie wiedzą, że wiek, od którego wykonuje się to badanie, to już nie 50 lat. Inna rzecz, że kobiety po czterdziestce uważają, że są młode i rak piersi na pewno jeszcze ich nie dotyczy. Tymczasem zachorowania na raka piersi są coraz wcześniejsze. Jest to więc kwestia edukacji społecznej.

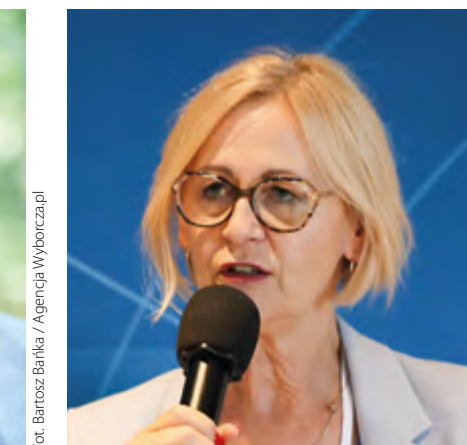
Profesor Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld zauważyła, że odłak pracuje w onkologii, cały czas jest mowa o tym, że w Polsce skrining w kierunku jakichkolwiek chorób nowotworowych nie wychodzi.

– Należy się głębiej zastanowić, co robimy źle. Oczywiście można uznać, że powodem jest nieświadomiony naród, ale tak naprawdę kampanie różnych organizacji trwają już kilkadziesiąt lat, więc powinniśmy w tym czasie naród trochę uświadomić – stwierdziła.

Zdaniem ekspertki społeczeństwo ma świadomość, że uczestniczenie w badaniach przesiewowych może uratować życie, ale nadal są duże obawy przed badaniami.

– Ludzie boją się rozpoznania choroby nowotworowej głównie dlatego, że zostaną z tym rozpoznaniem sami, ponieważ system opieki zdrowotnej nie zapewni oparcia i poczucia bezpieczeństwa – mówiła prof. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld.

Kolejnym problemem jest brak wiedzy, jak postępować z pierwszym badaniem i gdzie się dalej udać, choćby na pogłębioną diagnostykę. System musi być na tyle szczerzy, żeby pacjentka, która otrzymuje list z pracowni mammografii, wiedziała, co ma dalej robić.



prof. Jacek Jassem: Głównym powodem obecnej sytuacji jest decyzja ministra zdrowia z 2014 r. o zaprzestaniu wysyłania kobietom imiennych zaproszeń na badania. Jesteśmy tutaj wyjątkiem na skalę światową

Anna Kupiecka: Edukujemy na temat profilaktyki, roli wczesnego wykrywania, uczymy samobadania na fantomach. Mamy 60 oddziałów Różowych Patroli – ambasaderek profilaktyki

Zbyt mała jest też aktywność w namawianiu kobiet do badań. Czekają na przyście chorych, zamiast spowodować, żeby chcieli przyjść. Choć są placówki, które regularnie wysyłają zaproszenia na badania.

Anna Kupiecka przyznała, że rozszerzenie programu przynosi wymierne efekty, ale nadal mało kobiet z tego korzysta. Część z nich myśli, że są za młode. Tymczasem z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że na raka piersi umiera rocznie ok. 700 kobiet w wieku do 40 lat.

Profesor Jacek Jassem dodał, że niedawno zapytano go o intrzygujące zjawisko. Otóż w roku 2014 r. w Polsce zbliżyliśmy się z udziałem w skriningu mammograficznym do 60 proc. Odsetek ten spadł w 2020 r. do 30 proc. i obecnie utrzymuje się na poziomie ok. 35 proc.

– Abyśmy mogli osiągnąć efekt populacyjny, w skriningu powinno uczestniczyć co najmniej 70 proc. kobiet. Głównym powodem obecnej sytuacji jest decyzja ministra zdrowia z 2014 r. o zaprzestaniu wysyłania kobietom imiennych zaproszeń na badania. Jesteśmy tutaj wyjątkiem na skalę światową – mówił prof. Jacek Jassem.

Anna Kupiecka stwierdziła, że realizatorzy programu powinni być ze swoich działań skrupulatnie rozliczani. Profesor Joanna



Kufel-Grabowska zauważyła jednak, że trudno ich rozliczać, skoro nie ma zaproszeń – bo nie ma takiego obowiązku.

Szukanie przyczyn

Uczestnicy debaty zastanawiali się, dlaczego zgłaszalność kobiet na badania jest taka niska. Padło przypuszczenie, że być może jest to efekt zapowiedzi minister Izabeli Leszczyńskiej, że badania profilaktyczne w kierunku raka piersi zostaną włączone do medycyny pracy. Taka inicjatywa została zgłoszona już 14 lat temu, gdy ministrem zdrowia była Ewa Kopacz. Pojawiła się wówczas interpelacja poselska, że to

rozwiązanie m.in. godzi w podstawowe zasady Konstytucji RP oraz jest niezgodne z Kodeksem pracy. Sama idea wydaje się jednak słuszna, więc należałoby o niej dyskutować.

Katarzyna Piotrowska-Radziejewicz, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia przyznała, że rzeczywistość jest duży problem ze zgłaszaniem się na badania, ale też niechęć do jakichkolwiek działań profilaktycznych.

– W NFZ powstał zespół, który ma się zajmować kwestią włączenia programów profilaktyki do medycyny pracy. To początkowy etap, ale zespół ma wskazać, które badania profilaktyczne powinny się tam znaleźć. Prezes NFZ Filip Nowak współpracuje w tym zakresie z Instytutem Medycyny Pracy – mówiła Katarzyna Piotrowska-Radziejewicz.

Zwróciła uwagę, że minister zdrowia mówiła również o współpracy z Ministerstwem Edukacji Narodowej w kwestii wprowadzenia do szkół edukacji zdrowotnej.

– W mojej ocenie to bardzo istotne, by od początku uczyć młodych obywateli i obywatelki, jak należy o siebie dbać, dlaczego ważna jest profilaktyka i pewne zachowania prozdrowotne – dodała przedstawicielka resortu zdrowia.

Medycyna pracy niestety często jest kojarzona z obligatoryjnością, a orzeczenie lekarza jest zero-jedynkowe – albo ktoś może pracować, albo nie.

– Wydanie orzeczenia negatywnego jest jednak ostatecznością. Zanim się to zrobi, negocjuje się z pracodawcą zmianę warunków pracy, aby wyeliminować czynniki, które mogą być groźne dla pracownika. Dlatego negatywnych orzeczeń wydawanych jest niewiele – tłumaczył Paweł Wdówik, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny pracy.

– Jest natomiast pytanie, czy włączenie części badań w kierunku chorób cywilizacyjnych w obszar medycyny pracy będzie się wiązało z ich obligatoryjnością, czy raczej powinna to być okazja do ich zrobienia, co nie będzie wpływało negatywnie na możliwość wydania orzeczenia o zdolności do wykonywania pracy. Takie rozszerzone i dobrowolne pakiety badań stosuje już wiele firm. Z drugiej strony pamiętam zamiar wdrożenia do badań medycyny pracy cytologii – niby idea szczytna, ale sam mechanizm zmuszania do badań pod groźbą utraty pracy nie do końca jest pozytywny. Uważam, że promocja zdrowia czy profilaktyka powinna się kojarzyć pozytywnie, a nie negatywnie. Poza tym mówimy głównie o Kodeksie pracy, czyli o osobach zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

PRIORITIES AND CHALLENGES IN POLISH AND EUROPEAN DRUG POLICY



Fot. Patryk Rydzik



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński



Fot. Szymon Czerwiński

”

prof. Joanna Kufel-Grabowska: *W Polsce leczymy na wysokim poziomie, tak jak się leczy na całym świecie. Brakuje nam może kilku leków, ale generalnie dostępność leków jest bardzo dobra*

A są jeszcze samozatrudnieni, są rolnicy. Oni mogą skorzystać z medycyny pracy, gdy sami za to zapłacą. Problem jest więc złożony. Warto się zastanowić, czy nie zachęcić do badań w inny sposób – proponował.

Zdaniem Pawła Wdówika można by rozważyć obniżenie składki zdrowotnej dla tych, którzy się badają. Zwiększanie tej składki jest bardzo niepopularne, ale zmniejszenie może motywować do profilaktyki.

– Jesteśmy na początku drogi. Jesteśmy lekarzami, do których pacjent musi przyjść. Pacjent musi mieć poczucie bezpieczeństwa, że jeśli coś wykryjemy, to będzie wiedział, gdzie ma się udać, co robić. W Polsce ciągle wiele rzeczy trzeba załatwić samemu – i załatwia się. To może powodować u ludzi lęk. Dobrze by było, gdybyśmy mieli rozwiązanie systemowe i rzeczywiście połączyli to z medycyną pracy, bo do nas ludzie muszą przyjść. Pytanie, czy ma to być obligatoryjne. Powinniśmy jak najbardziej pozytywnie motywować, by promocja zdrowia kojarzyła się z czymś pozytywnym, a nie z przymusem – przekonywał Paweł Wdówik. – Dobrze, że medycyna pracy też się pojawiła w tym kontekście. Zmienia się bowiem panel chorób. Współczesna medycyna ma dużo miękkich stref, takich jak stres czy praca siedząca. A medycyna pracy powinna patrzeć szerzej niż w kontekście twardych narażeń. Dlatego inicjatywę ujęcia badań piersi w zakres medycyny pracy oceniam pozytywnie, pod warunkiem wdrożenia odpowiednich rozwiązań – dodał.

”

prof. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld: *Ludzie boją się rozpoznania choroby nowotworowej głównie dlatego, że zostaną z tym rozpoznaniem sami, ponieważ system opieki zdrowotnej nie zapewnia oparcia i poczucia bezpieczeństwa*

Paweł Wdówik zarekomendował stworzenie interdyscyplinarnego zespołu, w którym poza przedstawicielami resortu znalazłby się przedstawiciele pracowników i pracodawców, czyli wszyscy zainteresowani.

– Wtedy można wypracować wspólnie rozwiązania, które będą miały podstawę do wdrożenia – mówił.

– Wydaje mi się, że można to tak skonstruować, że będzie pula badań, których pozytywne przejście jest konieczne, aby dostać orzeczenie o dopuszczeniu do pracy, na przykład siedzę przy komputerze i muszę mieć sprawne oczy. Poza tym byłyby takie badania, które nie wiążą się z pracą, są fakultatywne. Pacjentka przychodzi i lekarz mówi jej, że jeśli chce, może zrobić mammografię. Zachęca ją do tego. Inaczej byłoby to dyskryminujące – stwierdziła przedstawicielka Ministerstwa Zdrowia.

Terapia – skuteczna i zindywidualizowana

Uczestnicy debaty zwrócili uwagę na niedostateczną liczbę onkologów. Specjalistów jest za mało i nie wydaje się, aby ten problem miał zostać rozwiązany. Pracują w wielu miejscach, więc kolejki oczekujących na wizytę się wydłużają. Konieczne jest więc zadbanie o kadry, bo lekarze, a także inni pracownicy medyczni, są przeciążeni i wielu może szukać innej ścieżki zawodowej.

Jeśli chodzi o sposób leczenia Polek, to prof. Agnieszka Jagiełło-Gruszfeld zauwa-

”

Katarzyna Piotrowska-Radziejcz: *W NFZ powstał zespół, który ma się zajmować kwestią włączenia programów profilaktyki do medycyny pracy. To początkowy etap, ale zespół ma wskazać, które badania profilaktyczne powinny się tam znaleźć*

żyła, że nawet jeśli rozpoznanie jest szybkie, to droga do leczenia może być bardzo utrudniona.

Zdaniem prof. Joanny Kufel-Grabowskiej ta droga przebiega sprawnie, od kiedy wprowadzono karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – DILO.

– Jeżeli mamy założoną kartę DILO, lekarze są czasem zobligowani, żeby wykonać badania i zakwalifikować pacjenta do leczenia. Zgłaszają się jednak pacjentki z Polski, które szukają pomocy w innych ośrodkach, gdy wyznaczono im odległy termin pierwszej wizyty. Jeżeli pacjentka otrzyma od lekarza rodzinnego lub od onkologa kartę DILO, to droga nie powinna być zła. Tak naprawdę świadomość chorych dotycząca zagrożenia związanego z chorobą nowotworową i tego, jak powinno wyglądać leczenie, powoduje często, że pacjentki same wiedzą, że powinny otrzymać taką kartę, udać się do poradni chorób piersi czy poradni onkologicznej, gdzie będą w określonym czasie przyjęte, zostanie przeprowadzona diagnostyka i zespół wielodyscyplinarny po konsylium zakwalifikuje je do leczenia. Decyzje są podejmowane nie jednoosobowo, ale wieloosobowo, co zdecydowanie poprawia jakość leczenia. W Polsce leczymy na wysokim poziomie, tak jak się leczy na całym świecie. Brakuje nam może kilku leków, ale generalnie dostępność leków bezpośrednio jest bardzo dobra – stwierdziła prof. Joanna Kufel-Grabowska.

Sceptyczny wobec sieci onkologicznej był natomiast prof. Jacek Jassem. Jego zdaniem

”

Paweł Wdówik: *Jest pytanie, czy włączenie części badań w kierunku chorób cywilizacyjnych w obszar medycyny pracy będzie się wiązało z ich obligatoryjnością, czy raczej powinna to być okazja do ich wykonania*

rozwiązaniem modelowym w przypadku raka piersi są *breast units*.

– Polski pacjent sam organizuje sobie proces diagnostyki i leczenia. To jest katastrofa, bo jeżeli chory jest młody, ma rodzinę i przyjaciół, to oni mu pomogą. Jeżeli ma 75 lat, jest samotny i dostaje do ręki plik skierowań, może nie dać rady. W Polsce przepustką do wszystkiego są skierowania. To jest najważniejszy dokument. Bez skierowania pacjent nic nie może zrobić. *Breast units* to opieka medyczna bez skierowań. Pacjent idzie jak po sznurku od jednego do drugiego specjalisty, od rozpoznania do pogłębionej diagnostyki, leczenia, rehabilitacji, opieki psychologicznej i wychodzenia z choroby. Wiele lat trwało przekonanie naszych decydentów do tej formy opieki. Na szczęście teraz *breast units* się rozwijają. Trzeba zrobić wszystko, żeby wspierać ten proces. To jest korzyść nie tylko dla pacjenta, lecz także dla systemu, dlatego że najdroższe jest nieskuteczne leczenie. Są dowody naukowe pokazujące, że wyniki leczenia w unitach narządowych, nie tylko w raku piersi, są znacznie lepsze niż w tradycyjnym modelu opieki, który w Polsce jest nadal powszechny – tłumaczył prof. Jacek Jassem.

Wszyscy uczestnicy debaty byli przekonani o jednym: trzeba zwiększyć uczestnictwo kobiet w badaniach przesiewowych. Jeśli tak się stanie i rak piersi będzie wykrywany na wczesnym etapie, kobiety będą miały większe szanse na leczenie i dłuższe życie.

Patrycja Śledziwska