



RAPORT: BEZPIECZEŃSTWO ZDROWOTNE KOBIET W POLSCE

Medyczna Racja Stanu jest think tankiem powstałym z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia.



Warszawa
14 listopada 2022 r.

Raport pt. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce. Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Listopad 2022.

ISBN: 978-83-965731-2-4

Redakcja naukowa: Dr n. med. Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy w kolejności alfabetycznej:

1. Dr Marek Balicki, Członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Stowarzyszenia Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych, były Minister Zdrowia
2. Minister Grzegorz Błazewicz, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta Dr Jakub Gierczyński, ekspert systemu ochrony zdrowia
3. Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM
4. Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej ds. Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich w Sejmie RP
5. Dr Małgorzata Gałązka- Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
6. Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii
7. Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej
8. Dr Jakub Gierczyński, Ekspert systemu ochrony zdrowia
9. Prof. Ewa Helwich, Konsultant w Instytucie Matki i Dziecka, Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii
10. Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie
11. Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii
12. Prof. Paweł Kowal, Poseł, Profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta
13. Prof. Ryszard Lauterbach, p.o. Kierownika Oddziału Klinicznego Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego Barbara Liniewicz, Dyrektor Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ
14. Katarzyna Lisowska, Liderka Stowarzyszenia Hematoonkologiczni
15. Dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, NIO-PIB w Warszawie
16. Minister Marlena Małąg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej
17. Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM
18. Prof. Radosław Mądry, Kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej
19. Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich
20. Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii
21. Prezes Cezary Pruszek, Prezes firmy MAHTA
22. Prof. Barbara Radecka, Ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego
23. Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia
24. Prezes Dagmara Samselska, Prezes Fundacji Łuszczyca i ŁZS „Amicus”
25. Prezes Anna Śliwińska, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków
26. Prof. Irena Walecka, Kierownik Kliniki Dermatologii CMKP/CSK MSWiA, Konsultant wojewódzki w dziedzinie dermatologii i wenerologii
27. Prezes Krystyna Wechmann, Członkini Narodowej Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”
28. Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
29. Prof. Mariusz Wyleżół, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie.

Organizacja Debaty i koordynacja ze strony Medycznej Racji Stanu: Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska.

Wykorzystanie treści raportu pod warunkiem podania źródła: *Raport pt. Bezpieczeństwo zdrowotne kobiet w Polsce. Medyczna Racja Stanu. Warszawa, Listopad 2022.*

Spis treści

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania	3
2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu.....	11
3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania.....	15
Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia	15
Dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS... 15	
Prof. Paweł Kowal, Poseł, Profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta.....	18
Minister Marlena Małąg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej	19
Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej ds. Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich w Sejmie RP	19
Barbara Liniewicz, zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ 22	
Minister Grzegorz Błazewicz, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta	22
Marek Balicki, Członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Stowarzyszenia Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych, były Minister Zdrowia.....	24
Prof. Piotr Gałęcki, Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii	24
Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii 27	
Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego oraz Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich.....	27
Prof. Barbara Radecka, Ordynator Kliniki Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w Opolu i Uniwersytetu Opolskiego	29
Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut Onkologii.....	30
Prof. Radosław Mądry, Kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej	31
Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.....	33
Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej.....	34
Prezes Krystyna Wechmann, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki	35
Katarzyna Lisowska, Liderka Stowarzyszenia Hematoonkologiczni	36
Prof. Ewa Helwich, Konsultant w Instytucie Matki i Dziecka, Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii.....	36

Prof. Ryszard Lauterbach, p.o. Kierownika Oddziału Klinicznego Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego	38
Prezes Anna Śliwińska, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.....	38
Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM.....	39
Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM.....	40
Prof. Mariusz Wyleźoł, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie	41
Dr Małgorzata Gałązka- Sobotka, Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.....	43
Prof. Irena Walecka, Kierownik Kliniki Dermatologii CMKP/CSK MSWiA, Konsultant wojewódzki w dziedzinie dermatologii i wenerologii	44
Prezes Dagmara Samselska, Prezes Fundacji Łuszczycy i ŁZS „Amicus”	45
Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu Koloproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w Warszawie.....	45
Prezes Cezary Pruszko, Prezes firmy MAHTA, farmakoekonomista.....	47
4. Wnioski i rekomendacje	48
5. Kluczowe informacje przygotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu zdrowia kobiety.....	49
Onkologia.....	50
Szczepienia przeciwko HPV w efektywnej profilaktyce raka szyjki macicy	50
Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki.....	51
Sacytuzumab gowitekan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi.....	52
Pembrolizumab w leczeniu wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi wysokiego ryzyka	54
Abemacyklil w leczeniu wczesnej postaci raka piersi.....	56
Trastuzumab derukstekan w leczeniu HER2-dodatniego raka piersi.....	58
Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy).....	59
Dostęp do diagnostyki nowotworów BRCA-zależnych.....	59
Nowe formy trastuzumabu, jako wyjście naprzeciw optymalizacji opieki zdrowotnej i jakości życia pacjenta	61
Cukrzyca	62
Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2.....	62
Otyłość.....	63

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.....	63
Chirurgia	64
Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet.....	64
6. Tezy dla Zdrowia.....	65
7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera - jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem.....	69

1. Medyczna Racja Stanu – misja i działania

Medyczna Racja Stanu (MRS) jest *think tankiem* powstałym w 2016 r. z inicjatywy: Instytutu Studiów Politycznych Polskiej Akademii Nauk, Polskiej Unii Onkologii, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication celem łączenia opiniotwórczych osób, środowisk i instytucji wokół wyzwań związanych z kondycją zdrowotną Polaków i wypracowywania zgody politycznej na niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia. Honorowym patronem MRS jest Ks. Kardynał Kazimierz Nycz.

Dr hab. n. społ. Paweł Kowal, profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta

Jako współtwórca Medycznej Racji Stanu bardzo cieszę się z faktu, że ochrona zdrowia stała się jednym z głównych tematów kampanii politycznej, dlatego że w demokratycznych społeczeństwach to jest najlepszy sposób, żeby załatwić jakąś sprawę. Bo niezależnie od wyniku wyborów - każdy będzie musiał



coś z tym zrobić. Ochrona zdrowia musi skoncentrować na sobie uwagę szerszych grup społecznych, a także polityków. A to jest najważniejsze, bo na końcu to politycy decydują. O to nam chodziło, by zainteresować polityków i to wszystkich partii. Zrozumiałem, że jeżeli tym tematem będą zajmowali się tylko eksperci od ochrony zdrowia, lekarze, nawet menadżerowie ochrony zdrowia, to zawsze temat ten będzie pozostawał w zamkniętym kręgu, ważnym, ale jednak zamkniętym kręgu specjalistów, i że trzeba rozmawiać o tym inaczej, prostszym językiem, rozumiałem dla ludzi, którzy na co dzień nie zajmują się ochroną zdrowia, nie leczą, nie kierują szpitalami, ale którym zależy, bo widzą, że jest to najważniejszy program społeczny. I moim zdaniem, jedynym sposobem, by rozwiązać nabrzmiały problem społeczny, jest otwarcie go na inne środowiska, tak żeby zainteresować nim osoby, którym wcześniej nawet do głowy nie przyszłoby zajmować się tym tematem.

Dr n. med. Janusz Meder, Prezes Polskiej Unii Onkologii, Przewodniczący Komisji Bioetycznej Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie

Będąc współzałożycielem Medycznej Racji Stanu mam marzenie, aby zdrowie zakotwiczyło się na stałe w polskiej polityce, bo jest jedną z najważniejszych spraw dla Polaków. Regulamin Sejmu powinien zawierać zapis o corocznym expose premiera, które będzie poświęcone kwestii szeroko pojętej polityki społecznej. Mogło by być wygłaszane w Światowym Dniu Chorego - 11 lutego. Miałoby się odnosić także do aktualnych wyzwań zdrowotnych. Ideą



Medycznej Racji Stanu było rozpoczęcie debaty publicznej o ochronie zdrowia. Debata prowadzącej m.in. do tego, aby polski pacjent miał dostęp do takiego leczenia, jak inni pacjenci w Unii Europejskiej. Miejmy nadzieję, że "Tezy dla Zdrowia" wypracowane przez Medyczną Rację Stanu oraz cykliczne debaty przy okrągłym stole będą wsparciem dla racjonalnej reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Dr n. med. Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Współtworząc ideę i tezy Medycznej Racji Stanu pragnę, aby dzięki konstruktywnej debacie pomiędzy wszystkimi interesariuszami systemowymi sformułować długoletnią wizję polityki zdrowotnej dla Polski. Z punktu widzenia poczucia misji i postawy obywatelskiej wydaje się zasadne, żeby odpowiedzialność państwa w zakresie ochrony zdrowia obywateli była większa. W Polsce wciąż dominuje medycyna naprawcza i nie ma dobrych programów profilaktycznych, co ma również wpływ na usytuowanie lekarza rodzinnego w systemie. Ludzie w pierwszej kolejności zwracają się właśnie do lekarzy rodzinnych, bo do nich właśnie pacjenci mają największe zaufanie, czerpią wiedzę i informacje na temat własnego zdrowia - to najłatwiejszy i najlepszy kontakt ze służbą zdrowia.



Prof. dr hab. med. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckie Centrum Kliniczne WUM

Jako inicjator działalności Medycznej Racji Stanu chciałbym, aby wspólnie zdefiniować optymalny kształt systemu ochrony zdrowia w Polsce. Ochrona zdrowia powinna stanowić taki obszar, którego konieczności rozwoju się nie kwestionuje, bo jest on kluczowy dla każdego obywatela. W tym ujęciu staje się racją stanu, mającą charakter ponadpartyjny, ponad środowiskowy i w jakimś sensie ponadczasowy. Gdybyśmy uznali, że zdrowie ma swoją rację stanu, wówczas zmieniające się ekipy rządowe, bez względu na swoją jakość kompetencyjną czy intelektualną, realizowałyby długofalowy plan rozwoju ochrony zdrowia. Inwestycje w tym obszarze muszą być najwyższej jakości i mieć charakter długofalowy. Na początku tego wieku koncentrowano się na tych dziedzinach medycyny, których reforma przynosi szybko zauważalne zmiany — kardiologia inwazyjna, medycyna ratunkowa. Teraz zaś największym wyzwaniem są choroby przewlekłe, cywilizacyjne, a w ich przypadku horyzont działań i strategii musi znacznie przekraczać cztery lata jednej kadencji parlamentarnej. Nie jest możliwe prowadzenie spójnej i racjonalnej polityki w tym zakresie bez zgody na to, co najważniejsze, czyli właśnie bez podejścia rozumianego jako racja stanu. Mówiąc o medycznej racji stanu, mamy na myśli określenie bardzo konkretnych obszarów, które w przewidywalnej przyszłości, na najbliższe 20-30 lat, będą zawsze rozwijane przez kolejne rządy, bez względu na ich barwy polityczne.



W 2019 r. powołane zostały przy Medycznej Racji Stanu: Rada Ekspertów do spraw Chorób Rzadkich oraz Rada Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości. W 2020 r. ukonstytuowała się Rada Ekspertów ds. Onkologii. W 2021 r. powołano Radę Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych. W latach 2016-2021 Medyczna Racja Stanu zorganizowała debaty, których celem było stworzenie platformy dialogu „przy okrągłym stole”, zaproponowanie rozwiązań oraz zainicjowanie konkretnych działań w przestrzeni polityki zdrowotnej w Polsce.

5 grudnia 2016 r. „Zdrowie i Bezpieczeństwo Narodowe” – tak jak niebezpieczeństwa zewnętrzne wymagają czujności i gotowości do działania, tak choroby cywilizacyjne wymagają skutecznych działań systemowych prowadzących do ograniczenia zgonów i inwalidztwa Polaków.



29 czerwca 2018 r. „Tezy dla Zdrowia” - prezentacja wypracowanych przez Radę Ekspertów propozycji pilnych rozwiązań systemowych.

17 kwietnia 2019 r. „Zdrowie - Kapitał Narodu” - potrzeba traktowania nakładów na zdrowie, jako inwestycji, a nie tylko wydatków, szczególnie w odniesieniu do chorób przewlekłych.



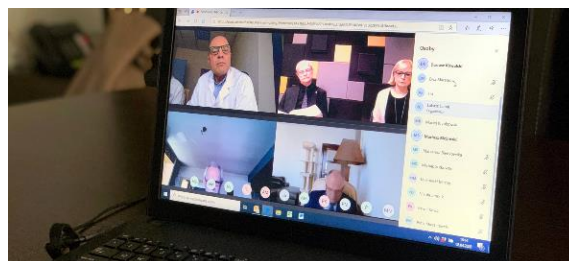
10 października 2019 r. „Czas w Onkologii” - apel o świadomość ryzyka nowotworu każdego z obywateli, czujność onkologiczną lekarzy pierwszego kontaktu, szybki dostęp do nowoczesnej diagnostyki i optymalnych metod terapii.

10 lutego 2020 r. „Ja Pacjent” - wymóg orientacji całego systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej na potrzeby pacjentów. W kontekście wyzwań epidemiologicznych, klinicznych i ekonomicznych podkreślano potrzebę solidarności z chorymi oraz empatię i uwagę należną, najmniejszym nawet grupom cierpiących.



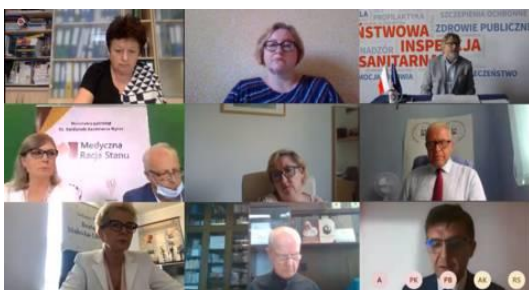
11 grudnia 2019 r. I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości - nadwagę i otyłość ma ponad 20 mln Polaków, na cukrzycę cierpią 3 mln. Najwyższy czas, by wprowadzić system skutecznej profilaktyki i leczenia tych schorzeń w Polsce.

8 kwietnia 2020 r. I Spotkania Online Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu – rak nie zna pojęcia kwarantanna. Każdego dnia diagnozuje się w Polsce nowotwór u 450 osób, a umiera z tym rozpoznaniem 270 osób.



13 maja 2020 r. – III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu online – chorzy na choroby rzadkie wymagają szczególnej opieki w dobie pandemii oraz oczekują na Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich.

25 czerwca 2020 r. – II Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu online – choroby metaboliczne stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce i na świecie. Pandemia Covid-19 wpływa na wzrost zapadalności oraz nasila powikłania i złe rokowanie pacjentów.



27 lipca 2020 r. – I Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu online – choroby zakaźne atakują i od odpowiedzialności obywatelskiej, szczepień profilaktycznych oraz dostępu do skutecznego leczenia zależy zdrowie i życie wszystkich Polaków.

25 września 2020 r. Wartości w medycynie - czego uczy nas światowy kryzys zdrowia - zdrowie jest jedną z największych wartości człowieka i społeczeństwa. Kluczowe jest budowanie świadomości wartości zdrowia oraz inwestycja w system ochrony zdrowia.





7 grudnia 2020 r. Bezpieczeństwo pacjenta onkologicznego: profilaktyka, diagnostyka, terapie, czas odchodzenia - sytuacja epidemiologiczna nie powinna być przesłanką do zahamowania diagnostyki i procesu leczenia nowotworów. Dlatego najwyższym priorytetem jest zachowanie ciągłości wielospecjalistycznego leczenia chorych na raka.

4 lutego 2021 r. Światowy Dzień Walki z Rakiem - Otwarcia dla pacjenta. Otwarcia na pacjenta - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do wyzwań onkologii w drugim roku pandemii Covid-19.



IV Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich

26 lutego 2021 r. IV Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - skupiło się na sytuacji chorych na choroby rzadkie w czasie pandemii Covid-19 oraz szanse poprawy opieki dzięki wprowadzeniu Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz Funduszu Medycznego.

19 marca 2021 r. I Spotkanie Online Rady Ekspertów ds. Chorób Autoimmunologicznych Medycznej Racji Stanu - było poświęcone sytuacji chorych autoimmunologicznych w dobie pandemii Covid-19



„POSTĘP TERAPEUTYCZNY – SZANSE DLA PACJENTÓW. WYZWANIA DLA SYSTEMU. PERSPEKTYWA CZASU PANDEMII”

23 kwietnia 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Postęp terapeutyczny – szansa dla pacjentów. Wyzwanie dla systemu. Perspektywa czasu pandemii Covid-19 - debata ekspercko-systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych w medycynie.

17 czerwca 2021 r. I Spotkanie Rady Ekspertów MRS ds. Neurologii i Psychiatrii - debata ekspercko- systemowa odnosząca się do nowych możliwości terapeutycznych oraz poprawy modelu opieki w chorobach mózgu.



Spotkanie Rady Ekspertów ds. Neurologii i Psychiatrii



III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii

10 sierpnia 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej

28 września 2021 r. III Spotkanie Rady Ekspertów Medycznej Racji Stanu ds. Chorób sercowo-naczyniowych, Metabolicznych i przeciwdziałania Otyłości - choroby sercowo-naczyniowe, metaboliczne i otyłość stają się coraz większym wyzwaniem dla systemów ochrony zdrowia w Polsce.



Spotkanie Rady ds. Chorób Naczyniowo-Sercowych, Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości



15 listopada 2021 r. Debata Medycznej Racji Stanu Zdrowie Kobiety - Bezpieczeństwo Rodziny - kobiety stanowią 52% polskiej populacji. Przeciętna długość życia Polki wynosi 82 lata, z czego w zdrowiu 64, a to oznacza 18 lat życia z chorobą. Zaledwie 26% pań po 50 roku życia jest aktywnych zawodowo.

2 grudnia 2021 r. Sprawdzam - Wygrywam. Diagnostyka i leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce - wirusowe zapalenie wątroby typu C jest jednym z kluczowych wyzwań polityki zdrowotnej w Polsce. Dzięki szybkiej diagnostyce i skutecznemu leczeniu może być wyeliminowane do 2030 r.





Rada Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu

1 lutego 2022 r. IV spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - eksperci Medycznej Racji Stanu zastanawiali się, jak poradzić sobie z długim zdrowotnym i finansowym w onkologii, który powstał w wyniku pandemii Covid-19. Spowodowała ona realizację Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO), czyli programu na lata 2020-2030, wprowadzającego kompleksowe zmiany w polskiej onkologii.

15 lutego 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - pandemia Covid-19 prowadzi do utrudnionego dostępu chorych na choroby rzadkie do diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie i rozpoczęcie realizacji założonych celów.



V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu



25 marca 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Zdrowie Kobiety w Obliczu Wyzwań Geopolitycznych - II etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.

30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Bezpieczeństwo zdrowotne Polski-nowe wyzwania dla idei solidarności Europy. Zdrowie jest podstawową wartością w życiu ludzi, a prawo do zdrowia należy do katalogu podstawowych praw człowieka. Realizacja tego prawa w stopniu gwarantującym bezpieczeństwo zdrowotne obywateli musi być wspierana skuteczną polityką państwa.



30 maja 2022 r. Debata Medycznej Racji Stanu pt. Aktualne wyzwania w leczeniu nowotworów kobiecych – III etap kampanii informacyjno-systemowej „Zdowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny”.

22 sierpnia 2022 r. V Spotkanie Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu - Chorzy na nowotwory złośliwe powinni mieć zagwarantowany szybki i nielimitowany dostęp do profilaktyki, diagnostyki, terapii, rehabilitacji oraz opieki paliatywnej.



22 września 2022 r. Wspólne cele w realizacji idei Europejskiej Unii Zdrowia - I debata ekspercka Medycznej Racji Stanu.

26 września 2022 r. VI Spotkanie Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu - Rekomendowane jest wdrażanie Planu dla Chorób Rzadkich w życie oraz kontynuacja refundacji publicznej leków stosowanych w chorobach rzadkich.



Zapraszamy Państwa do lektury raportu, wszystkich opublikowanych raportów na stronie [www. medycznaracjastanu.pl](http://www.medycznaracjastanu.pl) oraz współpracy w ramach projektów Medycznej Racji Stanu.



Anna Jasińska



Grażyna Mierzejewska

2. Wprowadzenie, Anna Jasińska, Grażyna Mierzejewska, Medyczna Racja Stanu

Według danych GUS w czerwcu 2021 r. kobiety stanowiły prawie 52% ludności Polski, co odpowiadało ok. 19,8 mln populacji.¹ Do tej grupy obywaterek Polski, od 24 lutego 2022 r. dołączyło ok. 2 mln uchodźczyń z Ukrainy. Według Rzecznika Praw Obywatelskich zdecydowana większość osób szukających w Polsce schronienia przed wojną w Ukrainie to kobiety i dziewczęta.² Niesie to za sobą odpowiedzialność Państwa Polskiego za zdrowie również tych kobiet i dziewcząt, zapewnienie dostępu do szczepień ochronnych, leków oraz wszystkich innych potrzebnych świadczeń zdrowotnych.

Polki zapytane o najważniejsze wartości, którymi kierują się w życiu wymieniają zdrowie (51%), rodzinę (43%) i solidarność (30%). 65% kobiet przez pojęcie „zdrowie” rozumie zarówno zdrowie fizyczne, jak i psychiczne. Zdaniem ankietowanych kobiet, Polki nie do końca dbają o swoje zdrowie. Aż połowa z nich nie bada się cyklicznie, a tylko 55% twierdzi, że zdrowo się odżywia.³ Kobiety bardziej dbają o zdrowie niż mężczyźni, z czego większość (52%) ocenia swój stan zdrowia fizycznego jako bardzo dobry i dobry, zaś jako zły lub bardzo zły ocenia tylko 8% kobiet. Większość Polek (61%) ocenia swój stan zdrowia psychicznego jako bardzo dobry i dobry, a jako zły lub bardzo zły - 11% z nich. Kobiety są bardziej zestresowane niż mężczyźni. Odnośnie stylu życia: 32% ankietowanych przyznało, że pali wyroby tytoniowe, 87% - pije alkohol, 50% - nie uprawia żadnego sportu, 28% - pije napoje słodzone co najmniej kilka razy w tygodniu, 34% - jada codziennie owoce, a zaledwie 30% - warzywa. 50% Polek ma problem z nadmierną masą ciała, a 29% ma nadwagę, zaś 21% cierpi na otyłość.⁴ W dokumencie pt. „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.” stwierdzono, że w roku 2019 przeciętna długość życia kobiet była o 7,7 roku dłuższa, w porównaniu z mężczyznami i wynosiła 81,8 lat (w 1990 r. przeciętna długość życia kobiet wynosiła 75,2 lata - a więc dzięki zmianie stylu życia i dostępowi do skutecznej profilaktyki, diagnostyki i terapii wzrosła o ok. 6,6 lat w przeciągu 30 lat). Jednak według szacunków Eurostatu w 2018 r. średnia długość życia Polek była o ok. 2 lata krótsza niż wartość dla ogółu mieszkanki UE (83,7 lat). W większości przypadków wyższa umieralność Polek w wieku 25–64 lata wciąż w znaczącym stopniu (w ponad 40%) jest odpowiedzialna za ich przeciętnie krótsze życie w porównaniu z mieszkankami państw Europy Zachodniej. W przypadku kobiet nadumieralność w Polsce dotyczyła przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów.

¹ Ludność. Stan i struktura ludności oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 30.06.2021) GUS <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosc-i-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-30-06-2021,6,30.html>

² <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-ukraina-wojna-uchodzcy-prawa-kobiet-przemoc>

³ Raport – Polki 2021 – Nowe wartości na nowe czasy. <https://www.gedeonrichter.pl/aktualnosci/raport-polki-2021-nowe-wartosci-na-nowe-czasy/>

⁴ Narodowy Test Zdrowia Polaków 2020 Raport <https://www.nn.pl/dam/zasoby/raporty/Narodowy-Test-Zdrowia-Polakow-2020-raport.pdf>

Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności, jak i nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze.⁵ Nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów w Polsce, powodując w 2018 roku 23,1% zgonów kobiet. Stanowią one istotny problem zdrowotny przede wszystkim u osób w młodym i średnim wieku (25–64 lat). Zjawisko to jest szczególnie widoczne w populacji kobiet, w której od kilku lat nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów przed 65. rokiem życia, stanowiąc 31% zgonów młodych i 48% zgonów w średnim wieku. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersć, płuco, jelito grube (okrężnica, odbytnica i odbyt), szyjka macicy i jajnik. Nowotwory płuca utrzymują pierwszą pozycję wśród nowotworowych przyczyn zgonów kobiet (17,5%), wyprzedzając nowotwory piersi (15%). Dominujące wśród kobiet nowotwory piersi charakteryzowały się w ciągu minionego półwiecza stale rosnącą zachorowalnością. Trendy umieralności na raka piersi zmieniały się kilkukrotnie w ciągu ostatnich trzydziestu lat. Początkowy wzrost śmiertelności został zahamowany w połowie lat 90. ubiegłego wieku, a w latach 1996–2010 notowano jego spadek. W okresie 2010–2018 nastąpiła niekorzystna zmiana trendu, a współczynnik umieralności wzrósł o około 16,5%. Trzecią, najczęstszą przyczyną zgonów wskutek nowotworów złośliwych u kobiet w ciągu ostatnich kilku lat pozostają nowotwory jelita grubego.⁶ Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost zachorowań na nie wśród kobiet o 3,5%. Odsetek kobiet, u których wykonano badania cytologiczne waha się od kilku do kilkunastu procent (według wyliczeń NFZ w 2016 r. zaledwie 20,5% kobiet uczestniczyło w programie profilaktyki raka szyjki macicy, a wartość ta w roku 2017 była jeszcze niższa i wyniosła 18,73%). Lepiej wygląda profilaktyka raka piersi, choć nadal na mammografię zgłasza się mniej niż połowa kobiet (w 2016 r. – 40,82%, w 2017 r. – 39,40%).⁷ Lekarze i pacjenci na zmiany systemowe w onkologii, w tym tej zajmującej się nowotworami kobiecymi, czekają od miesięcy. Obecnie, gdy do Polski przybyły tysiące kobiet z Ukrainy - niektóre w trakcie leczenia onkologicznego – pojawiło się kolejne wyzwanie. Zdaniem ekspertów - olbrzymie. Kryzys migracyjny dokłada się do tego wywołanego przez pandemię: w ostatnich dwóch latach spadła liczba wizyt u ginekologa, więc więcej niż przed pandemią (a wtedy również nie było najlepiej) polskich kobiet ma nowotwory w późnych stadiach.⁸

Choroby autoimmunologiczne dotyczą kobiet aż 2-3 razy częściej niż mężczyzn. Cechą schorzeń autoimmunologicznych jest to, że pojawiają się przed 30. rokiem życia. Należy do nich wiele jednostek chorobowych, które mogą obejmować różne narządy i układy w organizmie: przewód pokarmowy, układ nerwowy, tkankę łączną, skórę czy też gruczoły wydzielania wewnętrznego. Do chorób autoimmunologicznych zalicza się m. in. nieswoiste zapalenia jelit - chorobę Leśniowskiego-Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego, stwardnienie rozsiane, łuszczycę, toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz łuszczycowe zapalenie stawów. Często pomijanym

⁵ Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

⁶ Nowotwory złośliwe w Polsce w 2018 roku. KRN http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2018.pdf

⁷ Dokument „Zdrowa przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdrowa-przyszlosc--strategia-rozwoju-ochrony-zdrowia-na-kolejne-dziewiec-lat>

⁸ <https://pap-mediroom.pl/zdrowie-i-styl-zycia/diagnostyka-i-leczenie-onkologiczne-kryzys-migracyjny-kolejne-wyzwanie>

aspektem przewlekłych chorób zapalnych są szczególne wyzwania i różnice w leczeniu związane z płcią. Przykładowo, niektóre kobiety z określonymi schorzeniami są znacznie później niż mężczyźni trafnie zdiagnozowane pod kątem ich choroby, co może wpłynąć na wynik leczenia. Niektóre przewlekłe choroby zapalne mogą również powodować u kobiet większy ból, stres i zmęczenie niż u mężczyzn z takimi samymi schorzeniami. Ponadto, kobiety cierpiące na przewlekłe choroby zapalne mogą mieć różne obawy zdrowotne, np. dotyczące planowania rodziny, a jednocześnie mogą nie czuć się wystarczająco pewnie, by zadać właściwe pytania swojemu lekarzowi prowadzącemu.

Na część chorób mózgu zapada więcej populacji żeńskiej. Jaskrawym przykładem jest depresja, na którą cierpi około 2 razy więcej kobiet niż mężczyzn. Istotną rolę odgrywają tutaj czynniki hormonalne, genetyczne i psychospołeczne. Problem występowania depresji poporodowej dotyczy około 7-13% kobiet w połogu, a także 3,1-4,9% kobiet w ciąży.⁹ Dane NFZ wskazują, że w 2018 r. świadczeń z rozpoznaniem depresji udzielono 631,6 tys. osób, a aż 73% z nich stanowiły kobiety.¹⁰ Kolejnym przykładem jest migrena, która występuje dwa razy częściej u kobiet, gdzie obserwuje się również jednoznaczny wzrost rozpowszechnienia migreny wraz z wiekiem. Największą wartość oszacowania otrzymano dla około 40. roku życia, a więc potencjalnie największych możliwości zawodowych, gdy można korzystać zarówno z sił witalnych (o ile nie są ograniczone przez chorobę), jak i ze zdobytego już doświadczenia. Kobiety cierpiące na migrenę, będące w wieku około 40 lat, znajdują się w wyjątkowo niekorzystnej sytuacji w porównaniu z kobietami zdrowymi, znajdującymi się w tym samym wieku. Doświadczają one szeregu objawów ograniczających ich możliwości, spotykając się z takimi samymi oczekiwaniami, jakie są stawiane kobietom zdrowym. Kolejnym okresem, w którym objawy migreny wyraźnie się nasilają jest czas menopauzy, która poza migreną może wywoływać wiele innych dolegliwości.¹¹

W 2018 r. kobiety w Polsce mogły oczekiwać, że przeżyją w zdrowiu (bez ograniczonej sprawności) 64,3 lat (79% długości życia). Różnica w oczekiwanej długości życia w zdrowiu kobiet w Polsce (3,8 lat) jest obecnie największa w krajach UE.¹² Tylko co czwarta kobieta powyżej 50. roku życia była aktywna zawodowo (26,2%) w 2019 r.¹³ Według danych ZUS w 2020 r. świadczenia wypłacone kobietom związane z niezdolnością do pracy (renty, absencje chorobowe, zasiłki) wyniosły ok. 21 mld zł i stanowiły 49,2% wydatków ogółem. Co ciekawe – kobiety generowały więcej absencji chorobowej, ale mniej rent, w porównaniu z mężczyznami. W populacji żeńskiej największy udział wydatków stanowiły wydatki związane z opieką położniczą z powodu stanów związanych głównie z ciążą (O26) – 21,0%, z reakcjami na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) – 3,5%, zaburzeniami korzeni

⁹ <https://forumprzeciwdepresji.pl/depresja/kazdy-moze-miec-depresje/depresja-u-kobiet>

¹⁰ NFZ o zdrowiu. Depresja 2020 <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>

¹¹ Społeczne znaczenie migreny z perspektywy zdrowia publicznego systemu ochrony zdrowia. PZH 2019 <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2019/06/RAPORT-MIGRENA-ca%C5%82y.pdf>

¹² Raport „Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania”. PZH 2020 <http://bazawiedzy.pzh.gov.pl/wydawnictwa>

¹³ Osoby powyżej 50. roku życia na rynku pracy w 2019 roku GUS 2021 <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rynek-pracy/opracowania/osoby-powyzej-50-roku-zycia-na-ryнку-pracy-w-2019-roku,19,4.html>

nerwowych (G54) i ostrymi zakażeniami dróg oddechowych (J06) – po 2,8% oraz schizofrenią (F20) i innymi chorobami krążka międzykręgowego (M51) – po 2,4%.¹⁴ Reasumując, zdrowie kobiet powinno być traktowane jako najcenniejsza inwestycja z perspektywy polskiego społeczeństwa. Jest to bowiem, nie tylko zdrowie jednej osoby, lecz także zabezpieczenie funkcjonowania całej rodziny. Edukacja zdrowotna, profilaktyka i zdrowy styl życia powinny możliwie długo utrzymywać optymalny stan zdrowia kobiety, a w przypadku wczesnie rozpoznanej choroby właściwa diagnostyka, terapia i rehabilitacja gwarantować szybki powrót do zdrowia lub godne życie z chorobą przewlekłą.

To jest już trzecia debata pt. Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny. W naszej kulturze jest tak, że tą czujność w oczach o zdrowie swoich bliskich ma też kobieta. Pani prof. Brygida Kwiatkowska często mówi, że musimy dbać o zdrowie kobiety dlatego, że kobieta bardzo często pełni tak dużo ról społecznych, że najmniejsze załamanie w jej zdrowiu powoduje *tsunami* w życiu całej rodziny. 51 proc. kobiet deklaruje, że najważniejszą wartością w życiu dla nich jest zdrowie. Po to sześć lat temu powołyaliśmy Medyczną Rację Stanu, aby budować mocną pozycję zdrowia w świadomości społecznej. COVID-19 był dowodem jak słuszna jest to teza. Przypomnijmy sobie – nie było edukacji w szkołach, wydarzeń kulturalnych, nie chodziliśmy do pracy, nie było wydarzeń sportowych. Wszyscy byliśmy skoncentrowani na zdrowiu. Ten wniosek powinien nam cały czas towarzyszyć. Przez wiele lat będziemy spłacać dług zdrowotny, który powstał w wyniku pandemii. Będziemy borykać się ze spustoszeniami w psychice, jaką zrobiła pandemia. Początek 2022 r. i agresja Rosji na Ukrainę spowodowała w nas, że zachowywaliśmy się heroicznie, że otworzyliśmy nasze granice, mieszkania, domy, szkoły ale też otworzyliśmy nasze szpitale, nasze przychodnie. To jest kolejny wymiar poczucia solidarności. 30 maja 2022 r. zorganizowaliśmy z udziałem Pani Wiceminister Zdrowia Ukrainy debatę o nowych wyzwaniach dla solidarności dla całej Europy. Za chwilę będziemy mówili o wszystkich wyzwaniach dotyczących – onkologii, chorób metabolicznych, sercowo-naczyniowych, psychicznych i wielu innych. Podam na koniec przykład heroizmu kobiety. Kilka tygodni temu byliśmy jako Medyczna Racja Stanu zaproszeni do udziału w dużej konferencji z udziałem przedstawicieli ONZ, WHO i psychiatrów. Mówiliśmy o tym, jak przeciwdziałać depresji i chorobom psychicznym. W trakcie dyskusji zabrała głos matka czterdziestoletniego doktoranta wydziału prawa wyższej uczelni ze spektrum autyzmu tak poważnym, że mężczyzna nie mówił, a jego głos przetwarzał komputer. Heroiczna była postawa tej osoby, że doszedł w swojej karierze naukowej tak daleko pomimo schorzenia, ale my wszyscy widzieliśmy, jaką siłą jest matka, która stała obok niego przez całe życie. To właśnie heroizm tej matki jest wielkim przykładem, że od zdrowia i siły kobiety wiele zależy.

To trzecia debata MRS z cyklu Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny. Think-tank Medyczna Racja Stanu powstała sześć lat temu. Przygotowaliśmy wtedy kilkanaście tez. Jedną z tych tez był „podatek cukrowy”, który udało się zrealizować, ale również teza o stworzeniu w szkołach „godziny dla zdrowia”. Zajęliśmy się również zupełnie zapomnianym tematem – chorób rzadkich. Podatek cukrowy jest bardzo ważny. Ostatnie badania przeprowadzone przez Instytut Matki i Dziecka pod patronatem Ministerstwa Zdrowia na grupie ośmiolatek wykazały, że 20 proc. z nich ma otyłość. Górują w tej grupie chłopcy.

¹⁴ Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy w 2020 r. ZUS 2021 <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/wydatki-na-swiadczenia-z-ubezpieczen-spoecznych-zwiazane-z-niezdolnoscia-do-pracy>

W związku z tym mówimy o zdrowym odżywianiu, żeby budować świadomość otyłości. To groźne schorzenie indukuje aż 200 różnych powikłań, takich jak m.in. choroby sercowo-naczyniowe czy cukrzyca, które występując w młodym wieku, obciążają już całe życie. Medyczna Racja Stanu, to nie tylko debaty, to również rady. Mamy Radę ds. Onkologii, ds. Chorób Rzadkich, ds. Chorób Metabolicznych i Otyłości, radę ds. Neurologii i Psychiatrii. Po każdej debacie i radzie powstają raporty, których autorami jesteście Państwo. Tych raportów opublikowaliśmy, aż 22. Są w nich zawarte wszystkie Państwa wypowiedzi, ale również opracowane wnioski i rekomendacje, które przesyłamy do Sejmowej Komisji Zdrowia, Senackiej Komisji Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia i Konsultantów Krajowych.

3. Stanowiska ekspertów przedstawione w trakcie spotkania

W trakcie wirtualnej debaty wypowiedzieli się eksperci kliniczni, urzędnicy, politycy i eksperci systemowi. Poniżej przedstawiono stanowiska uczestników wydarzenia według kolejności ich wypowiedzi.

Redaktor Iwona Schymalla, Medexpress, Służba Zdrowia

Szanowni Państwo rozpoczynamy posiedzenie Medycznej Racji Stanu. Debata dotyczy bezpieczeństwa kobiet w Polsce. Temat bardzo istotny, wielowątkowy, a więc zaprosiliśmy wielu ekspertów, specjalistów, aby jak najwięcej w ciągu najbliższych kilku godzin powiedzieli o wyzwaniach. Wyzwaniach, które stoją przed każdym z nas: przed decydentami, klinicystami, organizacjami pacjentów, dziennikarzami. Dzisiejsza debata jest kontynuacją kampanii Zdrowie Kobiety – Bezpieczeństwo Rodziny. Cieszę się, że jesteśmy dzisiaj w tak dużym eksperckim gronie.



Dr Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, Narodowy Instytut Onkologii w Warszawie, MRS

Dziękuję wszystkim ekspertom, którzy przyjęli zaproszenie do uczestniczenia w naszym posiedzeniu. Chyba to nie jest przypadek, że dzisiaj siedzimy w sali im. Marii Skłodowskiej-Curie w Polskiej Akademii Nauk. Widzimy jej postać na portrecie, który jest przed nami. Dla mnie jest to niezwykle ważna osobowość w polskiej medycynie i nauce, nie tylko dlatego, że w tym roku obchodziliśmy 90-lecie istnienia Instytutu Onkologii, ale również dlatego, że Maria Skłodowska-Curie była bardzo świątłą kobietą z silną osobowością, która potrafiła w bardzo trudnych czasach pokazać, że kobiety mają swoje zdanie, że mogą z wielkim powodzeniem realizować się zawodowo i naukowo. Oczywiście przyszło jej to z wielki trudem i wysiłkiem. Niech jej postać będzie przykładem i symbolem, który będzie przyświecał i patronował naszej dyskusji.



W dniu 25 października 2022 r. uczestniczyłem w posiedzeniu Sejmowej Podkomisji do Spraw Onkologii, gdzie głównym tematem była edukacja, prewencja i profilaktyka zdrowotna. Bardzo ważny jest fakt, że o profilaktyce zdrowotnej dyskutuje się w Senacie, Sejmie, Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Edukacji i innych resortach pokrewnych ponad podziałami i ponad politycznie. Mamy wielką nadzieję, że wreszcie zaistnieje w każdej szkole godzina wychowania w zdrowiu raz w tygodniu,

z szerzeniem wiedzy propagującej Europejski Kodeks Walki z Rakiem oraz konieczność wykazywania czujności onkologicznej, także pod kątem widzenia wszystkich chorób cywilizacyjnych, bo we wspólnym mianowniku przyczyn ich powstawania, są te same czynniki chorobotwórcze. Przypomnę, że Światowa Organizacja Zdrowia prognozuje, że w najbliższych dwudziestu, trzydziestu latach depresje i samobójstwa będą naczelnym problemem zdrowotnym. My, jako społeczeństwo nieustannie czegoś się boimy, ciągle jesteśmy w przewlekłym stresie. Myślę, że mówiąc o zdrowiu kobiety, to przekłada się kapitalnie na wzajemne relacje kobieta - mężczyzna, to o czym też dzisiaj była mowa. Kobiety, które chętniej zwykle chodzą do lekarza i chętniej poddają się badaniom dodatkowym, okresowym, skryningowym, jednocześnie świetnie oddziałują na mężczyzn, na ich postawy prozdrowotne i zachęcanie do korzystania z podobnych badań profilaktycznych. I odwrotnie okazuje się, że ci mężczyźni, którzy są bardziej wyedukowani, również wpływają na postawy prozdrowotne kobiet. Przykład naszych wieloletnich kampanii Polskiej Unii Onkologii, które były komplementarne do realizacji poprzedniego Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych (2006-2015) pokazuje jak ważne jest budowanie świadomości zdrowotnej w całym społeczeństwie. Przypomnę kampanię „Mam haka na raka” dla młodzieży szkół ponadpodstawowych oraz kampanię „Zdrowa gmina”. Mieliśmy wówczas możliwość pozyskania sponsorów. Wielokrotnie zachęcaliśmy kolejnych ministrów zdrowia i prezesów NFZ, żeby podążać podobnym tokiem ustawicznego edukowania całego społeczeństwa ponieważ stworzyliśmy w naszych kampaniach świetnie ząębające się na siebie elementy jednoczasowego edukowania młodzieży szkolnej i społeczności lokalnych samorządów. Jeżeli nie wykorzystamy tego potencjału, to będziemy ciągle łożyć wielkie pieniądze na bardzo drogie leczenie. Przypomnę, że mamy ciągle 70% chorych zgłaszających się do lekarzy w zaawansowanych stadiach chorób nowotworowych. Walczymy z otyłością, paleniem papierosów i nadużywaniem alkoholu. Apelujemy do wszystkich, żeby zmienili swój styl życia, przestrzegając zasad zapisanych w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem. Ale to nie może być tylko mówienie, to musi być prężne działanie na poziomie decydenckim z zaangażowaniem wszystkich mediów publicznych i niepublicznych zarówno na poziomie centralnym jak i lokalnym. I w tej chwili idąc tym śladem, korzystając również z wypracowanych zaleceń, zapisanych w dokumentach Europejskiej Unii Zdrowia oraz Europejskiego Planu Walki z Rakiem powinniśmy prowadzić intensywne działania ogólnonarodowe.

W imieniu Medycznej Racji Stanu dziękuję wszystkim ekspertom, z którymi prowadzimy kolejną bardzo ważną debatę oraz przygotowujemy kolejny raport, który ukaże się na stronie internetowej Medycznej Racji Stanu. Mamy wypracowywany wspólnie przez ostatnie 6 lat doskonały materiał do tego, żeby dalej prowadzić konstruktywny dialog z decydentami tak, jak sobie założyliśmy w momencie powstania Medycznej Racji Stanu. Mogę to ze swojej strony podsumować, że musimy wszystko robić, żeby rzeczywiście pacjent był w centrum uwagi, nie jako slogan decydentów, tylko jako autentyczna potrzeba wspólnego działania w interesie chorego człowieka, pojmowanego w sposób podmiotowy i holistyczny, z jego częścią psychiczną, fizyczną, duchową i socjalną. Bowiem nie da się rozdzielić tych składowych, a w końcu chodzi nam o to, żeby mieć zdrowe społeczeństwo, żeby liczyć koszty pośrednie, żeby tak analizować sytuację, aby pacjenci nie byli pozostawieni sami sobie, tylko mieli zapewnioną wysokojakościową opiekę kompleksową i koordynowaną - od diagnozy przez leczenie, rehabilitację, aż do momentu kiedy duże znaczenie ma również medycyna paliatywna, która dzisiaj ma zupełnie inny wymiar, niż było to jeszcze 20-30 lat temu. Oczywiście to wszystko razem spina klamra pod tytułem ekonomia. Myślę, że jeżeli dobrze będziemy liczyli koszty i dobrze lokowali środki finansowe, a jednocześnie wiedzieli o tym, że ciągle jest ich za mało, to tym bardziej musimy postawić

na powszechną edukację, prewencję, profilaktykę i właśnie rehabilitację. Tej ostatniej często brakuje wtedy, kiedy wydaje się ciężkie pieniądze, a potem pacjent umiera, bo nie ma któregoś z tych ogniw, możliwości właściwego sfinansowania, a przede wszystkim brak równego dostępu, o co od lat zabiegamy w Medycznej Racji Stanu.

Dr Michał Sutkowski, Specjalista Medycyny Rodzinnej i Chorób Wewnętrznych, Rzecznik Prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce



Bezpieczeństwo kobiet powinno być zabezpieczone przede wszystkim na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Model opieki powinien być jasny, klarowny, prosty i nierozdygotany na poziomie podstawowym. Powinien być przygotowany na wyzwania, takie jak pandemia COVID-19 i wojna w Ukrainie. Wydaje się, że programy profilaktyczne, o których mówimy powinny być mocno dedykowane kobietom, powinny bardzo blisko sięgnąć do POZ. Dostępność do nich, o czym też już była mowa, powinna być jak największa. One powinny być w POZ, albo blisko POZ. Jako lekarze pracujący w POZ jesteśmy w stanie zachęcić osoby do tych badań. Myślę, że Zespół Lekarzy Rodzinnego, to jest to, do czego powinniśmy bardzo szybko dojrzeć i dążyć. Wg. ustawy z 2017 r. zostały zakrojone pewne ramy takiego zespołu POZ, który nie składałby się tylko z profesjonalistów medycznych, ale także czerpał z wiedzy i pracy psychologa i pracownika socjalnego, także dietetyka. Im bliżej ściągniemy profesjonalistę bliżej domu pacjenta, tym będzie lepiej. Potrzebna jest sprawna koordynacja i dalsza praca z Ministrem Zdrowia na rzecz optymalizacji koordynacji opieki. Koordynacja powinna być na poziomie opieki podstawowej i powinna być realnie dostosowana do dzisiejszych możliwości bardzo ograniczonych przez kadry specjalistyczne. Ta koordynacja powinna dotyczyć nie tylko określonych obszarów, ale docelowo także chorób onkologicznych – to jest bardzo istotne. W zespole POZ ta koordynacja powinna dotyczyć wsparcia rodzin, spojrzenia na elementy pozarodzinne, które my jako lekarze dostrzegamy w codziennej naszej pracy. Żłobki, przedszkola, niebieska karta – to przykładowe hasła, które mam na myśli. Powinniśmy wykorzystać potencjał wszystkich organizacji i struktur społeczeństwa. Z uporem będę powtarzał, że 30-40 proc. osób w ogóle do POZ nie zagląda. Do nich może dotrzeć strażak, ksiądz proboszcz, urzędnik gminy, czy koło gospodyń wiejskich. Tak to powinno wyglądać, że w statutach tych organizacji powinny być wpisane obowiązki edukacji zdrowotnej i działań profilaktycznych. Myślę, że edukacja zdrowotna powinna przede wszystkim dotyczyć kobiet. Wydaje się, że potrzebą chwili są szczepienia przeciwko grypie, przeciwko COVID-19, przeciwko pneumokokom. To powinny być programy edukacyjne dotyczące tych wszystkich chorób, na które kobiety najbardziej cierpią. Nowotwory kobiece, ciąża, poród i wszystko co się wiąże z opieką okołoporodową, ale również choroby autoimmunologiczne, które są domeną kobiet. Powinniśmy zwrócić uwagę na „kobiece zwierciadła” różnych chorób także cywilizacyjnych. „Kobiece zwierciadła” takie jak: uzależnienia, niewydolność serca, otyłość, bo kobiety chorują też inaczej. Mało dzieci się rodzi i mamy nadzieję, że programy nad którymi będzie obradowała Rada Ministrów będą uwzględniały ten element, bo widzimy wyludnienie, szczególnie na obszarach wiejskich. Długo czekamy też na dokumenty lekarek z Ukrainy – zdecydowanie za długo. Z przyjemnością przyjmujemy do pracy koleżanki i kolegów z Ukrainy, ale ten proces się bardzo wydłuża, zarówno na poziomie MZ, jak i Izby Lekarskiej. Jeśli chodzi o programy, które organizuje NFZ, takie jak „Akademia NFZ”, „Diety NFZ”, ta one są dobre, ale efektów ich działań o tyle nie widać, że pacjenci korzystają tylko przez zajrzenie

na te portale, a nie poprzez faktyczne stosowanie się do tych zaleceń. Efektów tego nie ma jeszcze, co nie oznacza, że nie należy kontynuować tej drogi. Jest zdecydowanie lepiej niż było, jeśli chodzi o wiele aspektów zdrowia kobiet w zakresie profilaktyki, także z poziomu lekarza rodzinnego, ale daleko jest by było dobrze. Bardzo dużo pracy przed nami. Dziękuję wszystkim parlamentarzystom, za te inicjatywy, które dotyczą pośrednio całego systemu ochrony zdrowia, nie tylko opieki podstawowej. Mam nadzieję, że kiedyś będziemy mogli porozmawiać w Sejmie na temat tych wzorców, które wpisują się w pewien model europejski. Korzystając z wzorców, który mamy na zachodzie Europy możemy reformować polski system opieki zdrowotnej. Zmieniamy nasz system w zakresie, w którym jest to niezbędne do poprawy, do lepszej jakości, do lepszej dostępności i do lepszej efektywności. Takim sztandarowym dla Europy projektem, jest projekt holenderskiej Komisji Dekera sprzed wielu lat, która to komisja biorąc pod uwagę wszystkie nowoczesne systemy opracowała dla Holandii system ochrony zdrowia, który jest w tej chwili jednym z najlepszych na świecie. Komisja Dekera jest kapitalnym przykładem, że możemy systemowo wesprzeć działania polskiego parlamentu, Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ w zakresie rozwiązań organizacyjnych. Jako pracownik uczelni medycznej, chciałbym zadeklarować tutaj pomoc przygotowania do stworzenia takiej komisji. Na dobrą sprawę mam taką komisję przygotowaną, która czeka w blokach startowych razem z profesorami wyższych uczelni medycznych. Myślę o Uczelni Łazarskiego, ale także o innych, jak chociażby Collegium Medicum Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie jesteśmy przygotowani do pozytywistycznej i organicznej pracy. Równolegle do spraw bieżących moglibyśmy prowadzić prace związane z dostosowaniem systemu, głównie podstawowej opieki zdrowotnej, bo tak wynika z systemu holenderskiego i nie tylko, do potrzeb demograficznych, społecznych i oczywiście zdrowotnych w Polsce.

Prof. Paweł Kowal, Poseł, Profesor ISP PAN, polityk i politolog, historyk i publicysta

Chciałbym poinformować Państwa, że zainicjowałem powołanie parlamentarnego Zespołu ds. Europejskiej Unii Zdrowia. Pragniemy zwiększyć szanse na wsparcie ze strony UE dla Polski w działaniach na rzecz bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców naszego kraju, który przyjął największą liczbę uchodźców, oferując im także pełną opiekę medyczną. Dzisiaj wybrałem jeden element do swojej wypowiedzi, czyli kwestię dostępności do terapii i dostępności do badań przesiewowych. Gdzie dostępność do badań jest większa, tam wskaźnik zachorowalności na raka szyjki macicy jest niższy, podobnie jak wskaźniki umieralności. Wniosek naszych dyskusji powinien być taki, że głównym celem naszych działań w Polsce powinna być „dostępność”. Niech ona zostanie nazwana tym jednym słowem, bo ona w różnych aspektach dotyczy różnych kwestii, czy to dostępu do badań przesiewowych, czy dostępu do terapii, czy dostępu do leczenia. To jest sprawa, która nas zaskakuje. Dlatego że, mimo że jesteśmy zakorzenieni poza wielkimi miastami, ale poruszamy się w gronie wielkich miast i ulegamy takiemu wrażeniu, że z tą dostępnością jest tak, jak my to sobie wyobrażamy. Jest cel unijny, że dostępność powinna być za kilka lat w okolicach 90%. Chciałoby się postawić pytanie, czy ten cel jest do zrealizowania i czy jest do zrealizowania na poziomie Polski. Europejska Unia Zdrowia jest gdzieś na horyzoncie, jest minimalnym celem i tutaj będę zachęcał kolejnych parlamentarzystów do współpracy. Uważam, że wnioski z pandemii COVID-19 są jasne. Czy ktoś lubi integrację europejską, czy nie, w dziedzinie zdrowia trzeba zrobić krok dalej, dlatego,



że inaczej będzie to niekorzystne dla Polski i polskich pacjentów. Takim instrumentem może być instytucjonalizacja na poziomie Europejskiej Unii Zdrowia, a jej jednym z dwóch, trzech celów z całą pewnością jest kwestia dostępności. Kwestia dostępności jest już celem realizowanym na poziomie Europejskiej Walki z Rakiem i powinna być realizowana w sposób maksymalny po przez krajowe instrumenty. Pozostaje pytanie, czy te 90 proc. jest do osiągnięcia w Polsce w skali Unii, czy do tego poziomu dojdziemy? Wreszcie temat wrażliwy - Krajowy Program Odbudowy. W KPO kwestia dostępności jest także bardzo istotnym elementem. To jest bardzo ważny argument zarówno, jeśli chodzi o doposażenie szpitali, jak i doposażenie wszystkich możliwych placówek służby zdrowia poza dużymi miastami. Pojawiają się także możliwości wsparcia kształcenia studentów medycyny. Podsumowując, ważną kwestię dostępności wspierają programy: Europejski Program Walki z Rakiem, Krajowy Program Odbudowy oraz Europejska Unia Zdrowia, jako coś na horyzoncie, do czego zachęcam. Ta sprawa powinna być jednym z głównych priorytetów.

Minister Marlena Małg, Minister Rodziny i Polityki Społecznej

Jako minister odpowiedzialny za sprawy rodziny czuję się zaszczycona, że mogę uczestniczyć w konferencji poświęconej kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet w Polsce. To temat niezwykle ważny, a w kontekście dobrostanu polskich rodzin – absolutnie kluczowy. Jako rząd od siedmiu lat staramy się zmieniać sytuację polskich rodzin na lepszą. Realizowana przez nas polityka prorodzinna składa się z dwóch filarów – to z jednej strony bezpośrednie wsparcie finansowe, a z drugiej – tworzenie dobrego klimatu dla rodzin, zwiększanie dostępności usług społecznych czy dostępu do opieki nad dziećmi. To programy takie jak Rodzina 500+, Dobry start czy program Maluch+, który wspiera tworzenie nowych miejsc opieki nad dziećmi do lat 3. W 2022 r. wprowadziliśmy kolejne rozwiązania: Rodzinny kapitał opiekuńczy oraz dofinansowanie do opieki żłobkowej.



Polityka prorodzinna, by była skuteczna, musi być konsekwentna i długofalowa. Ważne jest także tworzenie szerokiej koalicji – z udziałem samorządów, organizacji pozarządowych, ale także m.in. pracodawców. Ta silna koalicja na rzecz rodzin przyczynia się do tego, że polskie kobiety mogą spokojnie realizować swoje zadania. Współczesna kobieta łączy w sobie wiele ról społecznych. Dzisiaj mamy nie tylko opiekując się dziećmi, ale pracują zawodowo, rozwijają się, awansują, mają swoje pasje, prowadzą życie towarzyskie, dbają o ognisko domowe. Umożliwiając kobietom lepsze łączenie życia rodzinnego z pracą, m.in. poprzez dopłaty do opieki nad najmłodszymi dziećmi, większą dostępności żłobków i klubów dziecięcych czy wprowadzenie pracy zdalnej na stałe do Kodeksu pracy, możemy ułatwiać podjęcie decyzji o założeniu czy powiększeniu rodziny. To ważne w kontekście aktualnych trendów demograficznych i zjawiska starzenia się społeczeństwa. Odwrócenie tych trendów to proces długofalowy. W listopadzie 2022 r. Rada Ministrów przyjęła Strategię Demograficzną 2040 – dokument, którego głównym celem jest wyjście z pułapki niskiej dzietności i zbliżenie się do poziomu gwarantującego zastępowalność pokoleń. Musimy działać już teraz, nie za 10, 15 czy 20 lat. Te zmiany nie będą zachodziły szybko ani skokowo, nie możemy sobie jednak pozwolić na zaniedbanie tej kwestii. Przeprowadzone w trakcie prac nad Strategią Demograficzną badania pozwoliły wyróżnić najważniejsze obszary działań. To m.in. polityka mieszkaniowa, ale ważne miejsce zajmuje również kwestia zdrowia. Pragnę głośno i wyraźnie podkreślić – troszcząc się o swoje zdrowie, dbamy

o bezpieczeństwo naszej rodziny. Możemy przytoczyć taki obrazowy przykład. Instrukcje bezpieczeństwa w samolotach wskazują, że w sytuacji awaryjnej dorosły powinien najpierw założyć maskę tlenową sobie, a dopiero później dziecku. Najpierw musimy zadbać o siebie, a potem o nasze dziecko, które jest przy nas. Pierwszą reakcją mamy będzie prawdopodobnie sprzeciw. A prawda jest taka, że jeżeli nie zadbamy o siebie, to nie będziemy w stanie zatroszczyć się o innych. Tak samo jest ze zdrowiem kobiet.

Dostęp do programów profilaktycznych to jedno, ale ważna jest także świadomość społeczna. Np. w październiku mówimy o profilaktyce i walce z rakiem piersi. Prowadzone w tym czasie działania i kampanie są niezwykle ważne. Musimy badać się regularnie – zarówno dla siebie, jak i dla naszych najbliższych. Kochamy ich, troszczymy się o nich każdego dnia, chcemy, żeby nasz dom był szczęśliwy. Wiemy, że każda sytuacja z najbliższego otoczenia związana z chorobą, zmienia to otoczenie, burzy poczucie bezpieczeństwa. Wiele chorób, zwłaszcza w swoim początkowym stadium rozwoju, nie daje niepokojących objawów. Dzięki badaniom profilaktycznym można wykryć chorobę bardzo wcześnie i uniknąć długotrwałego, a czasem nieskutecznego leczenia, które jest konsekwencją zbyt późnej diagnozy. Pragnę zaapelować do kobiet – młodszych, starszych, do mam, babć, a także tych, które dopiero planują założenie rodziny – dbajcie o siebie, badajcie się regularnie. Wczesne wykrycie choroby może uratować życie.

Poseł Barbara Dziuk, Przewodnicząca Podkomisji Stałej ds. Onkologii oraz Zespołu ds. Chorób Rzadkich w Sejmie RP

Najistotniejsze kierunki dotyczące zdrowia kobiet, to postrzeganie drugiej osoby obok, która ma problemy. Sfera kobiecości dotyczy gospodarki, zdrowia, rozwoju osobistego, ale też funkcji społecznej. Tutaj bardzo istotnym elementem jest ministerstwo polityki społecznej. Od lat prowadzę różnego rodzaju spotkania, założenia do polityki, zarówno zdrowotnej, jak i polityki społecznej. Bo przecież kobiety nie żyją w oderwaniu od sfery gospodarczej, gdzie kobiety pełnią również bardzo ważne, odpowiedzialne funkcje. Tutaj w takim znacym gronie staramy się wspólnie wspierać i pomagać, ale żeby wszystko się rozwijało. Zdrowie kobiety jest bardzo istotnym elementem. Jeżeli jest zdrowa kobieta, to jest zdrowy mężczyzna, zdrowe dziecko, zdrowa rodzina, zdrowa polityka społeczna - można mnożyć to zdrowie w każdej sferze życia. My kobiety chcemy realizacji swoich marzeń, to jest priorytet, ale przy tym musimy pamiętać o zdrowiu i o badaniach profilaktycznych. O tym, żeby tak żyć, aby eliminować choroby cywilizacyjne. To przede wszystkim współpraca z lekarzem pierwszego kontaktu. Stosowanie się do profilaktyki „od przedszkola do seniora”. To jest mój ulubiony kierunek, kiedy mówimy o dobrych zachowaniach żywieniowych i zdrowotnych. To co dla mnie osobiście jest bardzo istotne, to systemowe wspieranie działań z zakresu onkologii. Wielką satysfakcją jest dla mnie prowadzenie w Sejmie Podkomisji Stałej ds. Onkologii. Bardzo istotnym elementem w tej działalności jest pochylanie się nad tymi chorobami, które do tej pory nie miały możliwości finansowej. Wraz ze stroną społeczną staram się spajać i prowadzić dialog tak, abyśmy wspólnie osiągnęli zamierzony sukces, czyli wyeliminowanie chorób cywilizacyjnych. Najistotniejszym kierunkiem jest to, aby finansować działania z dziedziny profilaktyki, bo wydaje się, że jest ona jakby omijana. Niby wiemy o tej profilaktyce wszystko, ale trudno się nam do niej dostosować.



Choroby cywilizacyjne są wielkim problemem społecznym nie tylko Polski, ale i całego świata. Mamy dobre wzorce i w wielu przypadkach nie mamy się czego wstydzic, bo zarówno osiągnięcia naukowe, ale i refundacyjne mamy na właściwym poziomie. Tylko tutaj trzeba połączyć synergic, bo czasami dezinformacja, albo niewiedza może powodować, że o czymś zapominamy i nie stosujemy się do pewnych zaleceń. Pamiętam kilkanaście lat temu jak wchodził Europejski Kodeks Walki z Rakiem, który do tej pory obowiązuje. Jest to filar wszystkich działań. Tak jak zawsze mówiłam, zdrowie nie ma wymiaru politycznego, bo to jest dziedzina życia, która nas zawsze łączy i jak będziemy działać w tym samym kierunku, to będzie bardzo dobrze. Ja osobiście zapraszam do współpracy z Podkomisją Stałą ds. Onkologii, żeby wspólnie działać na rzecz Polek i Polaków. To jest moje marzenie. Najważniejsze, to umiejętność prowadzenia dialogu i współpracy. Muszę powiedzieć, że na Komisji nigdy się nie kłócimy, bo wypracowujemy dobry kierunek. Będę zachęcać do współpracy, bo mamy wspólny cel, żeby przede wszystkim diagnostyka była dostępna wszędzie, żeby realizować profilaktykę zdrowotną, bo profilaktyka jest najtańsza i najlepsza. Trzeba tylko systemowo pewne elementy dopracować i obróć taki kierunek, aby był osiągnięty najważniejszy cel, czyli zabezpieczenie pacjenta. Bo w tych wszystkich naszych debatach Pacjent jest najważniejszy. On musi się czuć „zaopiekowany”, od diagnostyki do wyleczenia i profilaktyki wtórnej.

Jeśli chodzi o POZ to reforma, która jest teraz wdrażana kreuje duże możliwości. POZ ma niegraniczony potencjał, który do tej pory był niezagospodarowany. Ministerstwo premiuje wszystkich, którzy mają gabinety specjalistyczne, bo takie gabinety mamy w całej Polsce. Tu są bardzo duże osiągnięcia i troska osób, które prowadzą takie POZ. Troska o pacjentów poszła w kierunku tworzenia właśnie takich gabinetów specjalistycznych. Druga kwestia, czyli rola kół gospodyń wiejskich i miejskich, straży pożarnej w profilaktyce. Bardzo ważna jest koordynacja realizowana przez Narodowy Instytut Onkologii, jeżeli chodzi o mammobusy, czy inne akcje profilaktyczne. Trzeba jeszcze nad tym popracować i usprawnić. Obiecuję, że będzie posiedzenie kół gospodyń wiejskich i miejskich w Sejmie na temat profilaktyki zdrowotnej. Dla Polski jest bardzo ważne, że kadry medyczne z Ukrainy chcą u nas pracować.

Chciałam bardzo podziękować Panu Ministrowi Adamowi Niedzielskiemu, który wychodząc naprzeciw oczekiwaniom społecznym, doprowadził do tego, że opieka psychologiczna i psychiatryczna jest priorytetem w Polsce. Żyjemy w czasach, kiedy jest bardzo dużo agresji, kiedy nie czujemy się bezpieczni, ponieważ możemy utracić szybko pracę i to właśnie wywołuje sytuacje bardzo przykre dla wszystkich i musimy sobie umieć z tym poradzić. Przekonanie o celowości powstania Centrów Opieki Psychiatrycznej dla dzieci i dla dorosłych jest bardzo istotnym elementem. Pilotaż między innymi w Tarnowskich Górach, który w zeszłym tygodniu zainicjował działalność i przy współpracy ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym pokazuje kierunki optymalizacji opieki. Tarnowskie Góry zostały wybrane, bo już od lat funkcjonuje tam specjalistyczny ośrodek opieki psychiatrycznej, który oferuje pomoc osobom, które tak naprawdę znajdują się w trudnych sytuacjach i ten ośrodek się coraz bardziej rozwija i ewoluuje. W psychiatrii należy zapewnić kompleksową opiekę. W tym kierunku będziemy starać się działać, myślę że mieszkańcy innych rejonów Polski również będą chcieli mieć takie miejsce, gdzie będzie można zarówno zająć się młodym pacjentem, ale przy współpracy z rodzicami, bo problem dziecka to zazwyczaj jest problem rodzinny, bo to cała rodzina choruje. Kompleksowe podejście do tego tematu jest bardzo istotne. Cieszę się, że jest wiele osób zaangażowanych w działania profilaktyczne, w obszarze radzenia sobie z emocjami wśród młodego pokolenia. Myślę, że idziemy w dobrym kierunku.

Barbara Liniewicz, zastępca Dyrektora Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ



25 października 2022 r. w Sejmie podczas konferencji „Polska. Moc Kobiety” debatowano o profilaktyce chorób nowotworowych u kobiet. W zakresie udziału kobiet w badaniach przesiewowych kluczowe wydaje się podjęcie wysiłku systematycznej zmiany świadomości od wczesnych lat życia. Z perspektywy płatnika nowe wyzwania dla opieki zdrowotnej nad kobietami w Polsce powstały w kontekście napływu dużej grupy uchodźców, długu zdrowotnego i sytuacji ekonomicznej. Jeśli chodzi o NFZ, obszar świadczeń związany z leczeniem jest najbardziej oczywisty. Niemniej jednak jednym z priorytetów, który został przyjęty w strategii NFZ na lata 2019-2023 jest rozwój profilaktyki. Działania związane z rozwojem profilaktyki to nie tylko realizacja programów profilaktycznych, lecz również edukacja zdrowotna. Edukacja zdrowotna odbywa się na dwóch płaszczyznach. Z jednej strony jest to edukacja w ramach prowadzonych programów profilaktycznych, czyli w tym przypadku realizatorem działań są świadczeniodawcy. Z drugiej strony są to działania podejmowane przez NFZ we własnym zakresie, w tym między innymi poprzez publikowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych na portalach profilaktycznych. W tym tygodniu publikujemy nową odsłonę portalu „Akademia NFZ”, poświęconego przede wszystkim profilaktyce. Portal kierowany jest nie tylko do osób zdrowych, ale ma też na celu wsparcie osób z określonymi problemami zdrowotnymi. W szerokim zakresie treści te kierowane są do kobiet. Po pierwsze, przeznaczone są dla nich samych, po drugie obejmują informacje związane z profilaktyką stylu życia, kształtowaniem zdrowych nawyków przez dzieci, ale też inne osoby, które są powierzone opiece kobiet. Do najważniejszych działań zaliczamy kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych. W tym celu uruchomiliśmy portal „Diety NFZ”, z którego korzysta już pół miliona użytkowników. Portal oferuje diety dla osób zdrowych, ale też dla osób chorych przewlekle. Dużym powodzeniem w ramach tego portalu cieszy się „Dieta Dash Rodzina”, która ułatwia przygotowanie wspólnych, smacznych posiłków, zabezpieczających potrzeby całej rodziny. Prowadzimy też szereg działań związanych z portalem „PacjentGov.pl”. Jest to portal, na którym znajdziemy nie tylko opis wszystkich dostępnych programów profilaktycznych, ale też artykuły tematyczne związane ze zdrowiem fizycznym i psychicznym, publikujemy materiały edukacyjne związane z tak ważnymi problemami zdrowotnymi jak depresja. Wychodzimy także „poza mury NFZ”, biorąc udział w kilkuset wydarzeniach zewnętrznych rocznie. Przyjmujemy propozycje udziału w wydarzeniach profilaktycznych tak lokalnych, jak i ogólnokrajowych. W ostatnim okresie nawiązaliśmy również współpracę z Obywatelskim Parlamentem Seniorów, tak żeby dotrzeć z naszymi propozycjami również do osób starszych. W naszych salach obsługi klientów uruchomiliśmy specjalne stanowiska profilaktyczne, na których dokonujemy podstawowych pomiarów antropometrycznych oraz przekazujemy informacje o programach profilaktycznych. Takie stanowiska są dostępne w każdym oddziale wojewódzkim NFZ. Wszelkie informacje o dostępności i zasadach udziału w programach można uzyskać poprzez kontakt z naszą całodobową i bezpłatną infolinią – Telefoniczną Informację Pacjenta pod numerem 800 190 590. Nasze działania staramy się dywersyfikować w taki sposób, aby dotrzeć z naszą ofertą do różnych grup osób, również tych, które są wykluczone cyfrowo. Programy profilaktyczne to przede wszystkim odpowiedź na najważniejsze choroby cywilizacyjne. Od programu dedykowanego chorobom układu krążeniowo-naczyniowego, poprzez szereg programów związanych z nowotworami, w szczególności nowotworami piersi, szyjki macicy, poprzez programy mające na celu kształtowanie określonych

nawyków i ograniczeniem rozwoju chorób cywilizacyjnych. Te wszystkie inicjatywy związane z profilaktyką cieszą się bardzo dużą popularnością, bo są one przygotowane w sposób nowoczesny, jeśli chodzi o formułę, jak i treść. Mamy nadzieję, że popularność zyska również nowa odsłona portalu „Akademia NFZ”, w szczególności udostępniony na portalu „Kalendarz profilaktyczny”, który umożliwi każdej osobie, po określeniu płci i wieku, uzyskanie listy programów profilaktycznych i badań profilaktycznych, o których powinna pamiętać, lecz też wszystkich zachowań i zaleceń, których powinna przestrzegać na co dzień.

Minister Grzegorz Błazewicz, zastępca Rzecznika Praw Pacjenta

Każdy pacjent oczekuje świadczeń zdrowotnych łatwo dostępnych, kompleksowych i wysokiej jakości. Często o tym mówię, przy czym wszystkie te elementy powinny wystąpić łącznie, abyśmy mogli mówić o satysfakcji z leczenia. Kobiety, jak wszyscy pacjenci oczekują kompleksowego, holistycznego podejścia. Chciałbym się skupić nad kwestią zdrowia psychicznego. Zdajemy sobie sprawę, że ostatnie lata, epidemia COVID-19, kryzys wojenny w Ukrainie, problemy natury ekonomicznej związane z sytuacją gospodarczą sprawiają, że stan psychiczny obywateli, w szczególności kobiet jest coraz gorszy. Brakuje w Polsce i nie tylko w Polsce profesjonalistów w tej dziedzinie, lekarzy psychiatrów, lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży oraz psychoterapeutów. Odbudowa kadry medycznej mimo podejmowanych w ostatnim czasie działań potrwa kilka, kilkanaście lat. Wiemy, że wykształcenie lekarza specjalisty to kilkanaście lat, więc musimy się uzbroić w cierpliwość. Ja z tego miejsca z perspektywy Rzecznika Praw Pacjenta chciałbym Państwu bardzo serdecznie podziękować za wszystkie działania standardowe i ponad standardowe, które mają za zadanie odbudowę kadr medycznych w Polsce. Chodzi mi o zawód lekarza, ale również zawody pielęgniarki, położnej, specjalistów rehabilitacji, fizjoterapii, psychoterapii, diagnosty, itd., aby świadczyć kompleksową opiekę nad pacjentem. Wszyscy specjaliści są potrzebni, komunikacja między nimi i szczegółowe rozwiązania systemowe, ale nie chciałbym się w tym momencie nad tym skupiać. Z szacunków, które mamy na temat depresji w Polsce, to cierpi na nią ok. 10 proc. społeczeństwa. Co roku, z powodu depresji odbiera sobie życie aż 5 tys. osób. W tej statystyce w większej części znajdują się kobiety, choć częściej niż mężczyźni sięgają po pomoc, to jednak statystyki zachorowalności są u nich wyższe. Kobiety cierpią na depresję dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Problemy ze zdrowiem psychicznym, to nie tylko depresja, ale też inne jednostki chorobowe. Jednak, jeśli chodzi o sygnały, które wpływają do Rzecznika Praw Pacjenta, czy pisemne czy telefoniczne, w szczególności dotyczą depresji. Kobiety z depresją częściej są hospitalizowane, myślę że to dlatego, że częściej potrafią prosić o pomoc i opowiadać o swoich problemach. Jednak u kobiet depresja ma większe ryzyko przewlekłego przebiegu choroby. Mężczyźni nie chcą, wstydzą się sięgać po pomoc, są bardziej zamknięci na pomoc niż kobiety. Niestety, dlatego mężczyźni często sięgają po ostateczne ze swojego punktu widzenia rozwiązania. Do Rzecznika Praw Pacjenta wpływają zgłoszenia od kobiet młodych i w średnim wieku. Jest to grupa, która najczęściej się do nas zwraca. Kobiety w wieku senioralnym stanowią margines wszystkich zgłoszeń. Podejmujemy każde zgłoszone problemy. Najczęściej przyjmujemy problemy związane ze zgłoszeniem się na wizytę. Chodzi o zbyt długie terminy oczekiwania na wizytę w poradni zdrowia psychicznego. Często mają zastrzeżenia do godności i intymności.



Od Rzeczników szpitali psychiatrycznych, wiemy że kobiety z depresją należy mądrze wspierać, ale i unikać łatwego pocieszania. Tych kwestii terapeutycznych nie będę już rozwijać. Chciałbym zasygnalizować, że problem w dostępie do lekarza psychiatry zauważany jest w poradniach zdrowia psychicznego, w szpitalach publicznych oraz w sektorze prywatnym. Docierają do nas informacje, w szczególności jeśli chodzi o psychiatrię dzieci i młodzieży, że na taką wizytę trzeba czekać nieraz kilka miesięcy.

Marek Balicki, Członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, Prezes Stowarzyszenia Oddziałów Psychiatrycznych Szpitali Ogólnych, były Minister Zdrowia

Zdanie, od którego chciałbym zacząć i myślę, że dzisiejsza konferencja jest jego najlepszą ilustracją, to hasło Światowej Organizacji Zdrowia, że „nie ma zdrowia, bez zdrowia psychicznego”. Czyli, że na człowieka zawsze musimy patrzeć w całości. Zgodnie z klasyczną definicją zdrowie to dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. W takim ujęciu zdrowie psychiczne jest ważne i dobrze, że o nim dzisiaj rozmawiamy. Zastanawiając się, jak w skrócie przedstawić zagrożenia dla kobiet w kontekście zdrowia psychicznego wyszczególniłem kilka wymiarów. Wymiar ogólny, to jest ten, o którym już rozmawialiśmy. To są zagrożenia wynikające ze skutków pandemii, tego co się zadziało w rodzinach w związku z lockdownem, zagrożenia związane z wojną w Ukrainie, ale również z kryzysem ekonomicznym, inflacją i obawą bezrobocia. Ostatnie badanie epidemiologiczne EZOP II pokazało, że utrata pracy jest czynnikiem, który najbardziej sprzyja występowaniu myśli, czy tendencji samobójczych - zarówno u kobiet, jak i mężczyzn. Statystycznie w Polsce w korzystaniu ogółem z opieki psychiatrycznej na dwie kobiety przypada jeden mężczyzna. W wieku produkcyjnym różnica jest mniejsza, półtora do jednego. Tu pojawia się kolejny wymiar – demograficzny. Jak spojrzymy na osoby 65 plus, które wprawdzie rzadziej korzystają z opieki psychiatrycznej niż osoby młodsze, to wśród korzystających widzimy, że relacja kobiet do mężczyzn wynosi już trzy do jednego. Można więc powiedzieć, że osoby starsze zgłaszające się z problemami zdrowia psychicznego mają „twarz kobiety”. Im jesteśmy starsi, tym częściej jest to twarz kobiety. Najczęstsze zaburzenia psychiczne to depresja oraz zaburzenia lękowe. W niektórych przedziałach wiekowych zaburzenia te dotyczą kobiet dwa razy częściej niż mężczyzn. Z tego wszystkiego wynikają wyzwania dla systemu ochrony zdrowia, którym będziemy musieli sprostać. Ale są jeszcze inne wymiary. Funkcję opiekuna osoby chorującej psychicznie aż w 80 proc. pełnią kobiety. Jest to niezwykle obciążające nieustające zadanie. Dotyczy nie tylko opieki nad osobami z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, ale wszelkimi niepełnosprawnościami. Rola opiekuna wiąże się ze znacznym obciążeniem dla zdrowia psychicznego, co skutkuje częstszym występowaniem zaburzeń zdrowia psychicznego. Kolejny wymiar jest związany z wiekiem rozwojowym. Ostatnie posiedzenie Komisji Ekspertów Zdrowia Psychicznego przy Rzeczniku Praw Obywatelskich było poświęcone problemom psychiatrii dzieci i młodzieży. Mamy tutaj ciągle narastający kryzys, który prosi się o nowe instrumenty, żeby skuteczniej sobie z tym radzić. Liczba zachowań samobójczych do 18 r.ż. w 2021 r. w stosunku do 2020 r. wzrosła o około 80 proc. i w większym stopniu zjawisko to dotyczyło dziewcząt, niż chłopców. W tym roku jest dalsze przyspieszenie. Liczba z ubiegłego roku, została przekroczona już we wrześniu. Wrzesień i październik to największy wzrost rok do roku, w stosunku do tego co obserwowaliśmy w ostatnich latach.



Dziecko żyje w rodzinie, gdzie dużo obciążeń spoczywa na kobietach. Wsparcia w problemach zdrowia psychicznego wymaga nie tylko dziecko i młodzież, ale cała rodzina. Ostatni wymiar, to zdrowie reprodukcyjne. Niepłodność, która jest coraz częstszym problemem zdrowia somatycznego, ale z niepłodnością wiążą się również obciążenia i zagrożenia dla zdrowia psychicznego. Wiemy, że kiedy jest duża trudność urodzenia dziecka, to zagrożenie depresją urasta do kilkunastu procent i dwa razy częściej dotyka w tych parach kobiet niż mężczyzn. Jak sobie z tym wszystkim poradzić? Do każdego z tych wyzwań potrzebne są odpowiednie instrumenty. Gdzie powinna być zapewniona dostępność do pomocy w problemach zdrowia psychicznego? Zdecydowanie na poziomie społeczności lokalnej. Koncepcja Centrów Zdrowia Psychicznego dopiero się rozwija, ale już 20 proc. populacji jest objęta ich obszarem działania, i widać, że dobrze odpowiada na obecne wyzwania. W lokalnej społeczności jest możliwa koordynacja pomocy i współpraca z innymi sektorami, z pomocą społeczną, z organizacjami pozarządowymi, czy też z podstawową opieką zdrowotną. Ale, to co jest kluczem do sukcesu, to fakt, że drzwi centrum zdrowia psychicznego są otwarte codziennie od ósmej rano do osiemnastej po południu, bez żadnych barier i ograniczeń. Oznacza to, że każdy, kto przyjdzie nie zakończy wizyty na rozmowie z rejestratorką, która powie, że następny wolny termin jest za kolejne kilka miesięcy, tylko od razu może porozmawiać z profesjonalistą - terapeutą środowiskowym, psychologiem lub pielęgniarką psychiatryczną. Z racji coraz szybszego starzenia się społeczeństwa, bardzo ważna jest także podstawowa opieka geriatryczna. A więc współpraca psychiatry i geriatry na poziomie społeczności lokalnej. Kilka lat temu powstała koncepcja centrów zdrowia 75 plus, czyli opieki geriatrycznej na poziomie społeczności lokalnej. Jest szansa na przyjęcie ustawy w tej sprawie już w 2023 r. Ostatnia rzecz to szkoła. Wczoraj, podczas debaty w jednej z dużych stacji telewizyjnych poświęconej kondycji zdrowia psychicznego Polek i Polaków zwrócono uwagę na fakt, że dramatyczne pogarszanie się zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży, jest barometrem tego co się dzieje w rodzinach, w szkole, czy w mediach społecznościowych. Wydaje się, że tak szybkie narastanie różnych problemów łącznie z zachowaniami samobójczymi wymaga nowych instrumentów. Wydaje się, że tu przede wszystkim jest potrzebna systemowa interdyscyplinarna diagnoza tego zjawiska, jak punkt wyjścia do nowych rozwiązań. Dobrze, że reforma psychiatrii dzieci i młodzieży ruszyła, że powstały środowiskowe poradnie psychologiczne, bo korzystanie z tej opieki zwiększyło się w ostatnich dwóch latach o 50 proc. Rozwijajmy dalej reformę psychiatrii dzieci i młodzieży na wszystkich trzech poziomach, ale nie możemy ciągle gonić rosnącego zapotrzebowania, bo możemy nie dogonić. Trzeba także zapobiegać. Musimy więc spojrzeć systemowo na problem i wypracować nowe podejście w zakresie promocji zdrowia psychicznego i profilaktyki. Jest Narodowy Program Zdrowia Psychicznego, który w kolejnej edycji będzie wymagał nowych instrumentów. Czyli, nie tylko terapia, która musi być dostępna w społeczności lokalnej, ale nowe spojrzenie na działania odnoszące się do promocji i profilaktyki w zakresie zdrowia psychicznego.

Prof. Piotr Gałeczki, Konsultant Krajowy w dziedzinie Psychiatrii

W zakresie psychiatrii szczególnie ważna jest konieczność stworzenia systemowej diagnozy, bo nie mówimy tylko o leczeniu i diagnostyce psychicznej, ale o całym kontekście kulturowym i który ma destrukcyjny wpływ, jak się okazuje w wielu wymiarach. W tym aspekcie temat zdrowia kobiet jest bardzo ważki. Faktycznie tak jest, że możemy na kobiecość w psychiatrii patrzeć w dwóch aspektach. Z jednej strony na rolę ochronną, biologiczną mózgu kobiety.



Fizjologicznie jest tak, że ciało modzelowate, czyli ten element mózgu, który łączy prawą i lewą półkulę, u kobiet jest większy o 12%. W biologii różnica między płciami jest bardzo rzadko spotykana, jeśli mówimy o człowieku. Co to oznacza? Kobiety w swoim funkcjonowaniu wykorzystują prawą i lewą półkulę mózgu. Przez to często wolniej podejmują decyzje, ale jak wykazują badania, te decyzje zwykle są bardziej trafne. Natomiast mężczyźni z faktu tego, że zwykle wykorzystują tylko lewą półkulę mózgu decyzje podejmują szybciej i one zwykle są mniej trafne, ale w biologii powinna być równowaga, więc jeżeli mężczyzna współpracuje z kobietą, to zwykle te decyzje są i szybkie i trafne zarazem. Jednak ma to też konsekwencje w rozpowszechnieniu zaburzeń psychicznych. Ta funkcjonalność korzystania z prawej i lewej półkuli mózgu oznacza, że filtrujemy więcej informacji i więcej informacji jesteśmy w stanie odczytać, jako informacje zagrażające. Stąd kobiety znacząco częściej chorują na zaburzenia lękowe i afektywne, ale z drugiej strony pozytywnym aspektem tej sytuacji jest fakt, że znacząco lepiej sobie radzą z tą niedogodnością, to znaczy częściej przychodzą do lekarzy na wizyty i częściej też szukają pomocy. Co najistotniejsze, kobiety do lekarza przychodzą z zaburzeniami, które są znacząco mniej nasilone w porównaniu z mężczyznami, co ma odzwierciedlenie w statystykach dokonanych samobójstw. Na 5 201 osób, które w 2021 r. dokonały skutecznego samobójstwa ponad 4 tys. to byli mężczyźni, właśnie z tego powodu, że często nie przychodzą do lekarzy psychiatrów ze swoimi problemami i zaburzeniami, a jeśli już się pojawiają, to zwykle są to zaburzenia o ciężkim nasileniu. Ważnym aspektem różnicującym kobiety i mężczyzn jest to, że znacząco częściej mężczyźni uzależniają się od różnych substancji psychoaktywnych. W Polsce jest to oczywiście alkohol, który też wpływa na kwestię związaną z suicydalnością, bo 70% prób samobójczych nawet u osób, które są niezależne od alkoholu dokonuje ich pod wpływem alkoholu. Psychiatria, kiedy mówimy o płci ma jeszcze inny, ważny aspekt. Otóż medycyna feminizuje się, ale psychiatria wydaje się, że szczególnie 8 na 10 psychiatrów to są kobiety, więc też warto to zaznaczyć. Podsumowując, są pewne elementy, które kobietom ułatwiają funkcjonowanie we współczesnym społeczeństwie, ale jednocześnie te sytuacje z innej perspektywy mogą być zagrożeniem. Myślę, że zawsze rozpatrując kwestię płci, jeśli mówimy o medycynie, czy o psychiatrii, to powinniśmy zwracać uwagę na te dwie strony medalu.

***Dr Mariola Kosowicz, Kierownik Poradni Zdrowia
Psychicznego w Narodowym Instytucie Onkologii***

Poruszając problem bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet w Polsce nie możemy pominąć problemów natury psychicznej. Żyjemy w czasach ogromnego obciążenia psychofizycznego i siłą rzeczy wiele osób ma bardzo poważne problemy w radzeniu sobie z ciągłym napięciem, co skutkuje coraz gorszą kondycją psychiczną i coraz większym problemem w dostępności do psychologów i psychiatrów. Wiele kobiet podkreśla, że czas pandemii COVID-19 i konieczność radzenia sobie w zupełnie nowych sytuacjach, m.in. łączenia pracy z domu z nauką zdalną dzieci, braku możliwości realizacji innych ról społecznych, to zmienne, które pogorszyły ich stan psychiczny. Duża część kobiet nie reaguje na symptomy wskazujące na konieczność konsultacji z psychologiem lub lekarzem psychiatrą, traktując pogorszenie stanu psychicznego jako stan adekwatny do życia w obecnym świecie. Zapewne wynika to z wielu czynników, m.in. z wyuczonych wzorców myślenia na temat roli kobiety w życiu rodziny, ale również z braku świadomości, jaką cenę można zapłacić za życie w przewlekłym stresie. Spotykam wiele kobiet, które wraz z diagnozą choroby onkologicznej uświadamiają sobie, jak bardzo ignorowały swój stan zdrowia, jak pomniejszały swoje potrzeby i realizowały narzucone społecznie wzorce roli kobiety. Świadomość choroby przewlekłej zmusza do bilansu życia i nierzadko prowadzi do wielu trudnych przeżyć emocjonalnych. Choroba przewlekła, to również sytuacja kiedy wiele kobiet, szczególnie samotnych matek bez wsparcia społecznego, rezygnuje z dbania o swoje zdrowie fizyczne i psychiczne. Pamiętam przypadek z ostatnich dni, kiedy matka w zaawansowanym stadium choroby onkologicznej, z poczucia lęku przed pozostawieniem syna z niepełnosprawnością, uniemożliwiającą samodzielne funkcjonowanie, planowała rozszerzone samobójstwo. Szczęście jeżeli taka osoba otrzyma pomoc w odpowiednim momencie. Dlatego też tak ważna jest dostępność do pomocy psychologicznej i psychiatrycznej, jak również ciągła edukacja zwiększająca społeczną świadomość roli pomocy psychologicznej i psychiatrycznej w radzeniu sobie z mniejszymi lub większymi problemami. Osobiście uważam, że edukacja dotycząca zdrowia psychicznego, poza akcjami społecznymi, powinna mieć miejsce w każdym gabinecie lekarskim, bez względu na specjalizację lekarza.



***Mec. Piotr Mierzejewski, Dyrektor Zespołu Prawa
Administracyjnego i Gospodarczego oraz
Współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy
Rzeczniku Praw Obywatelskich***

W swojej wypowiedzi pragnę skoncentrować się na dwóch aspektach: psychiatrii dzieci i młodzieży oraz na wiodącym temacie dzisiejszej konferencji - zdrowiu kobiet. Odnośnie do sytuacji polskiej psychiatrii dedykowanej dzieciom i młodzieży podkreślenia wymaga, iż Rzecznik Praw Obywatelskich prof. Marcin Wiącek reaktywował Komisję Ekspertów do Spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego. Posłużenie się określeniem, że w polskiej psychiatrii dzieje się źle, jest zbyt delikatne. Właściwszym byłoby użycie terminów: głęboki kryzys, dramat, zapaść, anachronizm, czy niedofinansowanie. W październiku 2022 r. odbyło się w Biurze RPO kolejne posiedzenie Komisji Ekspertów do Spraw Ochrony Zdrowia Psychicznego. Było ono poświęcone sytuacji w psychiatrii dzieci



i młodzieży oraz bardzo istotnemu problemowi wzrastającej liczby samobójstw w tej grupie wiekowej. Członkowie komisji i zaproszeni goście wskazywali na kluczowe obszary wymagające podjęcia działań. Przede wszystkim podnoszono znaczenie działań profilaktycznych i potrzebę współpracy ze szkołami. Wskazywano na konieczność skoordynowania opieki psychiatrycznej z leczeniem uzależnień wśród dzieci i młodzieży oraz połączenie reformy psychiatrycznej dzieci i młodzieży z psychiatrią dorosłych, w celu zapewnienia ciągłości leczenia pacjentów wchodzących w dorosłość. Wskazywano również, że leczenie chorego dziecka wymaga objęcia opieką jego rodziny. Podkreślono, że reforma powinna obejmować nie tylko opiekę psychiatryczną, ale powinna opierać się na trzech współpracujących ze sobą elementach: pomocy społecznej, szkolnictwie i systemie ochrony zdrowia. W związku z reformą w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży zasadne byłoby powołanie biura koordynacyjnego, tak jak to miało miejsce w przypadku osób dorosłych i w celu wykazania skuteczności działań. Podnoszono również konieczność monitorowania zachowań samobójczych. Nieprawidłowo wystawiane są karty zgonu, które mogą fałszować statystyki gromadzone przez Główny Urząd Statystyczny oraz Komendę Główną Policji. Aby te informacje raportowane przez te podmioty były prawdziwe i oddawały skalę zjawiska samobójstw w tej grupie wiekowej karty te muszą uwzględniać wyjściową przyczynę śmierci. Kolejna kwestia to potrzeby współpracy szkół z Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży oraz szkolenia kadry medycznej i psychologicznej. Podnoszono również, że dostępu do opieki psychiatrycznej obecnie wymagają nie tylko polskie dzieci, ale również liczna grupa dzieci ukraińskich i romskich. Wskazywano również na konieczność wypracowania standardów dotyczących pracy z dziećmi i młodzieżą, zatrudnienia w szkołach psychologów, czy wsparcia finansowego na doszkalanie pedagogów. Wskazywano konieczność stałego podnoszenia nakładów na psychiatrię dzieci i młodzieży oraz dorosłych. Podniesiono, że istniejące rażące dysproporcje w wysokości wynagrodzeń w sektorze publicznym i prywatnym powodują odpływ i tak już bardzo szczupłych rezerw kadr do sektora prywatnego. Nie każdego przecież stać, żeby leczyć się prywatnie. Problem psychiatrii dzieci i młodzieży wymaga współpracy wszystkich resortów. W tym zakresie konieczna jest współpraca pomiędzy resortami: zdrowia, rodziny i opieki społecznej oraz edukacji i szkolnictwa wyższego. Obecnie trwają prace nad wystąpieniem Rzecznika do właściwych organów władz publicznych. Planujemy, że w drugiej połowie listopada 2022 r. zostaną one skierowane i upublicznione. Jeśli chodzi o psychiatrię osób dorosłych, w tym kobiet, osoby cierpiące na zaburzenia natury psychicznej są nadal stygmatyzowane. Tymczasem wzrost tempa życia i stresu związanego z życiem prywatnym, a przede wszystkim zawodowym powoduje, że tych osób przybywa i przybywać będzie. Przyczynia się do tego wojna w Ukrainie, kryzys gospodarczy, inflacja oraz wiele innych czynników. Problemy natury psychicznej dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet, ale nie w równej mierze. Kobiety te problemy dotyczą częściej, zostało już poniekąd wyjaśnione, skąd bierze się ta dysproporcja. Generalnie ten problem jest bardziej widoczny. Można postawić tezę, że wynika to z roli kobiety w polskiej kulturze w tradycyjnej rodzinie. Ma ona do odegrania wiele ról społecznych: córki, żony, matki, teściowej, babci, jest pracownikiem, a często również utrzymuje rodzinę. To jest związane z koniecznością godzenia przez kobietę tych wszystkich ról społecznych i rodzinnych. Jest to wyczerpujące, bo kobiety często chcą być perfekcyjne. Tradycyjne role i stereotypy przypisane płciom wciąż mają duży wpływ na dysproporcje obowiązków domowych i rodzinnych. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni doświadczają przemocy fizycznej i seksualnej, czego sprawcami są ich partnerzy. Ofiary przemocy są poddawane długotrwałym prześladowaniom. Wiele kobiet doświadczających przemocy boryka się z obrażeniami ciała, chorobami przenoszonymi drogą płciową oraz problemami ze zdrowiem psychicznym. W efekcie potrzebują one fachowej pomocy specjalistów, a taką zaś w sposób najbardziej efektywny zapewnić może opieka środowiskowa, świadczona blisko miejsca zamieszkania. Musi to być opieka w warunkach

poszanowania praw i godności kobiety, która pozwala na uzyskanie pomocy bez konieczności „wrywania” kobiet z życia rodzinnego, czy pracy. Może ona uzyskać wsparcie psychologiczne, czy psychiatryczne bez narażania się na stygmatyzację, czy utratę pracy. Najważniejsze jest, aby zapobiegać i w ostateczności leczyć. Hospitalizacja powinna być już całkowitą ostatecznością. Tak, jak wspomniano, miejscami, które powinny się rozwijać w Polsce są Centra Zdrowia Psychicznego, gdzie zapewniana jest pomoc pacjentom w trakcie kryzysu psychicznego. Rzecznik zapoznał się z listem otwartym Polskiego Towarzystwa Psychiatrii Środowiskowej do Premiera. W sprawie tej skierował stosowne wystąpienie. Niepokojące sygnały wywołują poczucie niepewności i zawodu zarówno wśród pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów. Rzecznik w pełni popiera te oczekiwania, ponieważ tylko kontynuowanie reformy zapewni osobom w kryzysie psychicznym dostęp do opieki w godziwych warunkach i z poszanowaniem godności pacjenta, jako człowieka.

*Prof. Barbara Radecka, Ordynator Kliniki
Onkologii Opolskiego Centrum Onkologii
im. prof. Tadeusza Koszarowskiego w
Opolu i Uniwersytetu Opolskiego*



Kobiety chore na potrójnie ujemnego raka piersi, to jest szczególnie trudna populacja. Choroba ma charakter agresywny, bardzo często dotyczy młodych kobiet, w wielu przypadkach rozpoznawana jest również w późnych stadiach zaawansowania. W przypadku zaawansowanego potrójnie ujemnego raka piersi możliwości terapeutyczne są mocno ograniczone. Do niedawna w zasadzie mogliśmy u tych chorych stosować wyłącznie chemioterapię, w tej chwili pojawił się bardzo ciekawy lek, sacytuzumab gowitekan, który został objęty od 1 listopada 2022 r. refundacją ze środków publicznych. To jest lek, który łączy w sobie dwie substancje o różnych mechanizmach działania - przeciwciało skierowane na określony cel molekularny i połączony z tym przeciwciałem cytostatyk. W ten sposób możemy zapewnić wysokie stężenie cytostatyku w komórce nowotworowej. Leki o takiej konstrukcji są nazywane koniugatami i obecnie kilkadziesiąt takich leków jest intensywnie badanych w leczeniu chorych na różne nowotwory. Refundacja, która się pojawiła daje nam dodatkowe narzędzie w leczeniu chorych na potrójnie ujemnego raka piersi. Oprócz tego w programie lekowym znalazły się po ostatniej zmianie dwóch inne nowe preparaty. Jeden jest dedykowany chorym na raka luminalnego, czyli raka hormonozależnego. Populacja chorych na zaawansowanego hormonozależnego raka piersi jest dosyć liczna. U chorych, u których dochodzi do niepowodzenia wcześniejszej terapii potrzebujemy nowych narzędzi i takim lekiem jest w tej chwili alpelisib. Pojawia się po raz pierwszy w programie lekowym lek dla chorych na zaawansowanego raka piersi HER2-ujemnego z mutacją genów *BRCA 1/2* - talazoparyb. W tej chwili sporym wyzwaniem dla systemu będzie dostęp do badań molekularnych takich chorych, aby lekarz onkolog odpowiednio wcześniej posiadał informację o statusie tych genów.

Najczęściej występującym rakiem piersi jest rak hormonozależny diagnozowany we wczesnym stadium. Podstawą leczenia pooperacyjnego takich chorych jest hormonoterapia, aczkolwiek w przypadku chorych, które mają wysokie ryzyko nawrotu, a więc tak zwane niekorzystne czynniki rokownicze, często stosujemy chemioterapię, aby to ryzyko nawrotu obniżyć. Decyzja o chemioterapii może być podyktowana zarówno czynnikami klinicznymi, jak i czynnikami genomowymi, które możemy

oznaczać w specjalnych badaniach genetycznych. Takie badania zaburzeń ekspresji pewnych genów związanych z wysokim ryzykiem nie są jeszcze w Polsce objęte refundacją, zatem w codziennej praktyce lekarze bazują na czynnikach klinicznych. W 2022 roku zarejestrowano nowy lek tej grupy chorych - abemacyklib. Znamy ten lek od kilku lat, jest bowiem stosowany (i refundowany w Polsce) w leczeniu chorych na zaawansowanego raka piersi. Natomiast stosowanie tego leku u chorych z chorobą wczesną nie jest jeszcze refundowane, ale proces refundacyjny jest w toku i mamy nadzieję, że ten lek będzie niebawem dostępny w programie lekowym. Dodanie tego leku do hormonoterapii ma na celu zmniejszenie ryzyka nawrotu, a więc zmniejszenie odsetka kobiet, u których pomimo wstępnego leczenia choroba po jakimś czasie nawraca. W raku hormonozależnym te nawroty charakteryzują się tym, że mogą występować późno, nawet wiele lat po pierwotnym leczeniu. Zastosowanie abemacyklibu razem z klasyczną hormonoterapią pooperacyjną może wyraźnie poprawić rokowanie takich chorych. Jeśli chodzi o chorobę wczesną, to w kilku ośrodkach w Polsce toczyło się również badanie kliniczne z abemacyklibem, które oceniało wartość tej terapii. Oczywiście tolerancja w chorobie zaawansowanej i wczesnej jest podobna, bo związana jest bardziej z lekiem, niż z profilem chorych. Znamy profil działań niepożądanych leku, jednym z najczęstszych objawów są biegunki, natomiast doświadczenie z tym lekiem jest coraz większe, a biegunka jest takim działaniem niepożądanym, które spotykamy w przypadku różnych leków przeciwnowotworowych. Onkolodzy mają duże doświadczenie w zarządzaniu tym działaniem niepożądanym i w radzeniu sobie z biegunką. Co ważne, dużą wagę przywiązujemy do edukacji chorych, zwracania uwagi na to, jaką dietę stosują, zmniejszyć ryzyko biegunki. Mamy również proste narzędzia farmakologiczne, leki przeciwbiegunkowe, z których można skorzystać i profilaktycznie, i w trakcie leczenia.

*Dr Katarzyna Pogoda, Klinika Nowotworów Piersi i
Chirurgii Rekonstrukcyjnej, Narodowy Instytut
Onkologii*

Wczesny rak piersi to niejednorodna względem rokowania jednostka chorobowa. Dlatego tak ważna jest personalizacja terapii, aby wpływać na poprawę rokowania pacjentki. Jeśli myślimy o chorych, które mają wysokie ryzyko nawrotu choroby, to są to przede wszystkim pacjentki, które mają wyjściowo dużego guza piersi, liczne przerzutowe pachowe węzły chłonne, jak również wysoki indeks proliferacji. Jeżeli nowotwór ma wysoki indeks proliferacji, to wiemy, że komórki nowotworowe szybko się namnażają i to niestety predysponuje do występowania przerzutów odległych. Istotny jest również stopień złośliwości, czyli cecha G. W przypadku nisko dojrzałych raków piersi (czyli G3) ryzyko nawrotu jest większe. Wymienione podstawowe czynniki mówią o tym, czy ryzyko nawrotu raka piersi jest niskie, czy wysokie. Oczywiście ważne dla rokowania są biologiczne podtypy raka piersi. Mając te wszystkie informacje – o stopniu zaawansowania, podtypie biologicznym i cechach raka piersi - dobieramy odpowiednie leczenie. W rakach hormonozależnych, jeśli występują czynniki wysokiego ryzyka nawrotu choroby, wtedy zdecydowanie częściej sięgamy też po chemioterapię, a hormonoterapia jest stosowana później przez dłuższy czas - nawet do 10 lat. Natomiast w ostatnich latach zarejestrowano nowe terapie, które jeszcze bardziej mogą poprawić rokowanie tej grupy chorych. Zastosowanie nowych terapii przekłada się na rokowanie naszych pacjentek.

Oczekujemy także na nowe leki w leczeniu zaawansowanego raka piersi zarówno dla pacjentek z podtypem HER2-dodatnim, jak i z potrójnie ujemnym rakiem piersi. W potrójnie ujemnym raku piersi



naprawdę bardzo dużo dobrych rzeczy się zadziało i tutaj zdecydowanie refundacja dwóch nowych leków znacznie poprawi rokowanie naszych pacjentek, czyli nowoczesnego koniugatu sacytuzumabu gowitekanu oraz olaparybu (inhibitor PARP - terapia dla nosicielek mutacji BRCA). Natomiast czekamy na refundację immunoterapii, która jest dedykowana pacjentkom, jeśli mówimy o rozsiewie, które chorują na potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją receptora PD-L1. Jest to też taka terapia, która jest dedykowana chorym na potrójnie ujemnego raka piersi, z dużym ryzykiem nawrotu choroby, w ramach leczenia okołoperacyjnego, czyli w chorobie wczesnej, więc jest jeszcze miejsce na nowoczesne terapie dołączane do chemioterapii właśnie w rakach potrójnie ujemnych. Jeśli mówimy o wczesnym raku piersi to pembrolizumab na chwilę obecną jest jedynym lekiem - immunoterapią zarejestrowaną u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi, natomiast jeżeli mówimy o chorobie przerzutowej to są dwa leki: pembrolizumab i atezolizumab. Tak naprawdę liczymy na to, że ta luka w leczeniu chorych na potrójnie ujemnego raka piersi zostanie wypełniona i nasze pacjentki będą mogły stosować immunoterapię. Należy jednak wskazać, że immunoterapia nie jest dla każdej pacjentki w przypadku choroby rozsianej. To jest tylko grupa pacjentek, które mają ekspresję receptora PDL1, czyli z grupy najmniej licznej potrójnie ujemnych raków piersi wyszukujemy dalej konkretne chore, które odniosą korzyść z takiej terapii, więc ta grupa jest dosyć wąska, ale jednak bardzo potrzebująca. Z kolei u chorych na przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi istotnym przełomem jest terapia nowoczesnym koniugatem trastuzumabem derukstekanem. Nowe leki istotnie zmniejszają ryzyko nawrotu choroby, a w przypadku chorych leczonych z powodu zaawansowanego raka piersi często przedłużają ich czas przeżycia przy dobrej jakości.

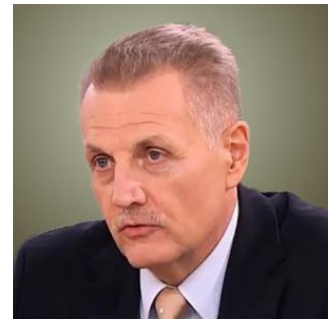
Prof. Radosław Mądry, Kierownik Oddziału Ginekologii Onkologicznej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Świącickiego UM w Poznaniu, Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej



Dane Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują trend wzrostu śmiertelności z powodu raka endometrium w Polsce. To odróżnia nas niestety od innych krajów europejskich. Zauważyliśmy to zjawisko i opisałyśmy je, natomiast jakie są bezpośrednie przyczyny to jest cały czas sfera hipotez, więc proszę przyjąć to jako materiał do przemyślenia. Wzrastająca liczba jest jasna, to przede wszystkim otyłość, ale także starzenie się populacji. Natomiast, dlaczego w Polsce zdecydowanie gorzej zaczęliśmy leczyć raka trzonu, to wydaje się, że jest to kwestia składająca się na kilka spraw. Jedną z nich jest zapewne gorsza jakość diagnostyki histopatologicznej. Histopatologia jest cały czas tym produktem, który jest wszyty w budżety szpitali. On nie jest samodzielnie rozliczany, w związku z tym jest taką sferą, gdzie można zaoszczędzić, a zaoszczędzić można poprzez wyprowadzenia badań na zewnątrz, gdzie potem dostajemy już materiał tylko w postaci opisu. I on jest, taki jaki jest. To jest jedna z naszych ocen. Druga istotna rzecz, to jest to, że kiedyś praktycznie każda pacjentka po leczeniu operacyjnym podlegała radioterapii. Okazało się w ciągu kilku ostatnich lat, że było to dla dużej grupy w pewny sposób „nadleczenie”, czyli coś co nazywamy po angielsku *over-treatment*, czyli było to nieadekwatne do konieczności. Natomiast wydaje się, że myśmy poszli trochę w drugą skrajność, to znaczy badanie, które było podstawą do tego, żeby zmniejszyć leczenie za pomocą radioterapii zostało po paru latach uzupełnione o pewne fakty, które są danymi z badań histopatologicznych, które wskazują, że pewna grupa pacjentek zdecydowanie nie powinna rezygnować z tej radioterapii. To jest kwestia, która nie została w Polsce właściwie

odczytana i zauważona, co spowodowało zmniejszenie radioterapii i wysiew nowych raków trzonu. W tej chwili prowadzimy kilka badań, które są badaniami retrospektywnymi, które oceniamy w ośrodkach, które prowadzą radioterapię, czy te hipotezy są zasadne. A kolejnym ważnym elementem będzie modyfikacja naszych działań i ta modyfikacja opiera się na tym, że w tej chwili właśnie Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej kończy przygotowanie zaleceń dotyczących raka trzonu, gdzie one są bardzo istotnie opisane już w bardzo nowoczesny sposób. One wnikliwie podchodzą do badań histopatologicznych. Tam są pewne dokładne zapisy, czego powinniśmy oczekiwać od histopatologii. Kolejna rzecz, która jest przed nami, to czas edukowania naszych kolegów, żeby przestrzegać pewnych zaleceń, co zawsze jest wyzwaniem. Jeżeli zobaczymy, że w ciągu następnych kilku lat umieralność z powodu raka trzonu będzie spadać, to znaczy, że wybraliśmy dobrą drogę i właściwie rozpoznaliśmy podstawowe problemy, jakie występują w tej chorobie. Badania genetyczne są absolutnie podstawą, żeby zaprojektować takie skrojone na miarę leczenie. Mówimy tutaj o kobietach z rakiem endometrium, u których według europejskich zaleceń ESMO każdy przypadek powinien być testowany w kierunku tak zwanego dMRR. Zdajemy sobie sprawę, że rak trzonu macicy jest chorobą, która jest dzielona dzięki badaniom molekularnym, ale także immuno-histochemicznym na cztery podtypy, typy które zachowują się w biologicznie zupełnie inaczej. DMRR są o tyle ważne, że mamy w tej chwili lek, który jest zarejestrowany w Europie, który może być stosowany u tych pacjentek, które wykazują tę właśnie cechę, więc dlatego jest to wskazanie do tego, aby te chore badać. Natomiast my sobie zdajemy sprawę, że prawidłowa kwalifikacja do leczenia operacyjnego oraz potem leczenia uzupełniającego wymaga pełnego sprofilowania genetycznego, czy molekularnego tych chorych. A to oznacza, że powinniśmy mieć możliwość przeprowadzenia u tych chorych badań wykluczających występowanie mutacji i to jest ta grupa, którą nazywamy hiperzmutowaną. Występowanie zmian w genomie p53 jesteśmy w stanie stwierdzić za pomocą badań immunohistochemicznych, właśnie dMRR. Czwarta grupa, która jest określona jako grupa niespecyficzna, to jest grupa, w której żadne z tych badań nie wychodzi. Na dzisiaj jest to już w Polsce do zrobienia, są laboratoria, które w badaniach molekularnych wykluczają występowanie tej mutacji, natomiast każda szanująca się pracownia histopatologiczna ma możliwość wykonania badań na p53 oraz dMRR. Są to badania immunohistochemiczne, w których używa się przeciwciał monoklonalnych i uzyskuje się barwne reakcje, wskazujące na występowanie określonych cech w komórkach, lub nie. I wracamy do tego miejsca, że laboratoria, które to robią podnoszą koszty działalności instytucji, dlatego tak naprawdę przed nami niezmiernie ważna rzecz, żeby „wypiąć” działania histopatologiczne z budżetów szpitali i obdarzyć je samodzielnym finansowaniem, co powinno istotnie zmienić nasze funkcjonowanie oraz myślenie o tym, co będziemy mogli z tym zrobić. To spowoduje, że będziemy mieli chętnych, żeby te badania robić, nie trzeba będzie nikogo namawiać. To się zacznie wreszcie spinać finansowo, ale jak wiemy bez pieniędzy wszystkie nasze działania są zawsze dość nieefektywne finalnie. Nowa terapia wpływa na możliwość zaplanowania leczenia już operacyjnego, ale także wpływa na możliwość potem leczenia uzupełniającego, u części chorych wymaga to pewnej dodatkowej terapii, ale u części chorych możemy mówić o deeskalacji leczenia z uwagi na stwierdzone zmiany molekularne. To dopasowuje naszą terapię jeszcze bardziej do tego co wiemy do tej pory, co powinno także poprawiać istotne wyniki leczenia.

*Prof. Marek Wojtukiewicz, Kierownik Kliniki Onkologii,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*



Rak trzustki jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów, który pojawia się najczęściej w 80 procentach przypadków w zaawansowanej postaci, która nie stwarza możliwości wykonania zabiegu chirurgicznego. Jeśli chodzi o zagrożenie kobiet, to jest ono podobnie, jak zagrożenie mężczyzn. W 2017 r. było około 3,5 tysiąca nowo zarejestrowanych przypadków chorych na raka trzustki w Polsce. Zgonów było za to znacznie więcej, bo około 4 900 i też równo podzielonych między mężczyzn i kobiety. Przełomowym w terapii raka trzustki była refundacja olaparybu. To jest bardzo dobry sygnał, ale niestety mankamentem jest to, że adresowany jest do bardzo wąskiej grupy osób, dlatego że jeżeli weźmiemy pod uwagę, że w Polsce około 3 tys. chorych rocznie wymaga systemowego leczenia z powodu raka trzustki, to ok. 30% jest leczona z udziałem pochodnych platyny (czyli ok. 900 przypadków). Dlaczego to jest ważne? Otóż dlatego, że olaparyb można zastosować po 16. tygodniach skutecznego leczenia (bez progresji) pochodnymi platyny. W związku z tym, jeżeli by wziąć pod uwagę, że to jest grupa 900 osób, z których między 3 a 7%, czyli średnio około 5% chorych ma mutację BRCA1 albo BRCA2, to wychodzi, że to jest około 45 chorych. Musimy uwzględnić to, co podnoszą patolodzy, że około 30% materiału histopatologicznego jest wątpliwej jakości, nie nadaje się do wykonania badań molekularnych, czy zaawansowanych badań immunohistochemicznych, pogarsza się dynamicznie stan ogólnych tych chorych i to może spowodować, że nie wejdą do leczenia olaparybem. Także progresja podczas leczenia pochodnymi platyny, a zatem nie będzie to 45 chorych, a może to być 20, 30, a nawet poniżej 20 chorych z grupy 3000 chorych, którzy wymagają leczenia systemowego z powodu raka trzustki. Jest to rzeczywiście poważny problem, dlatego że leczenie jest adresowane do wybitnie małej grupy chorych. Mamy też pacjentów, którzy są leczeni w kolejnych liniach leczenia.

Problemem w ogóle jest leczenie chorych na raka trzustki, z uwagi na bardzo późne wykrywanie nowotworu z uwagi na skąpo objawowy przebieg, specyficzną biologię raka trzustki, czyli duży rozrost tkanki łącznej, małą ilość naczyń, w związku z tym leki nie docierają tam, gdzie trzeba. Mało jest komórek immunokompetentnych, a zatem immunoterapia też nie jest efektywna i dużo mutacji, które obejmują wiele różnych szlaków przekazywania wewnątrzkomórkowego, a zatem leczenie tak zwane celowane też nie jest efektywne, dlatego dużo nadziei pokłada się w możliwościach zastosowania starych leków, o znanym mechanizmie działania, ale w nowej formule, takiej, która uwzględnia inną cząsteczkę, na przykład nanocząsteczki. W związku z tym przed 10 laty wprowadzono lek produkowany w oparciu o technologię nanocząsteczkową, czyli nanocząsteczkowy paklitaksel i on ma swoje miejsce już ustalone w pierwszej linii leczenia chorych na raka trzustki z gemcytabiną. Natomiast jeśli chory, który otrzymuje gemcytabinę, jako podstawę leczenia progresuje można u niego zastosować, niestety nie w naszym kraju jeszcze, nanoliposomalny irynotekan, czyli preparat produkowany z zużyciem podobnych technologii, który zapewnia kumulację leku w trzustce, ekspozycję przed dłuższy czas na ten lek, konwersję do bardzo efektywnego metabolitu SN38 i zatem mniejszą toksyczność systemową, a jednocześnie większą skuteczność. I tego preparatu nam brakuje, czyli nanoliposomalny irynotekan w II linii.

Prof. Krzysztof Giannopoulos, Prezes Stowarzyszenia Hematologia Nowej Generacji, Kierownik Zakładu Hematoonkologii Doświadczalnej UM w Lublinie, Kierownik Oddziału Hematologicznego Centrum Onkologii Ziemi Lubelskiej



Niektóre rozpoznania dotyczące rozrostowych chorób układu krwiotwórczego lub układu chłonnego występują częściej u kobiet niż u mężczyzn. Całościowo jednak można powiedzieć, że rozpoznania nowotworów hematologicznych dotyczą zarówno kobiet jak i mężczyzn. W szpiczaku plazmocytowym obserwujemy taką bardzo nietypową sytuację, o ile na całym świecie częściej chorują mężczyźni, polskie analizy pokazują, że częściej u nas chorują kobiety i bardzo długo zastanawialiśmy się, z jakiego powodu. Okazuje się, że kluczowa jest różnica długości życia między kobietą a mężczyzną, a wiemy, że kumulacja zapadania na choroby z obszaru hematologicznego jest powyżej 70 roku życia, powoduje właśnie zwiększenie liczby pacjentek.

Leczenie hematologiczne powinno być oczywiście skuteczne, ale powinno być też ograniczone pod kątem hospitalizacji oraz działań niepożądanych. Tutaj myślę o wszystkich nowych terapiach, które są rejestrowane i refundowane. W Polsce sytuacja chorych pacjentek na rozrostowe choroby układu krwiotwórczego i chłonnego, zmienia się na lepszą, dlatego że pojawiło się dużo nowych leków w programach lekowych, a dodatkowo formuła programów lekowych się zmienia. Mamy programy lekowe, które są programami lekowymi na daną chorobę, a nie na cząsteczkę terapeutyczną, czyli odchodzimy od tej starej nazwy „program lekowy”. Bardziej jest to program terapii określonej jednostki chorobowej. Wiemy, że aktualnie po ocenie jest spójny program dotyczący chorych na chłoniaki, czekamy na zmiany w programie dla chorych na szpiczaka plazmocytowego. Na razie i potrzeby dotyczące terapii pierwszej linii zostały zabezpieczone w większości przypadków chorych nie kwalifikujących się do procedury przeszczepienia, natomiast dla pacjentów lepiej rokujących, gdzie możemy zaoferować intensywne leczenie ta intensywność leczenia jest nadal starą chemioterapią, która miejmy nadzieję, że już niedługo będzie zastąpiona nowocześniejszym leczeniem. Jeśli zmieniamy dostępność do terapii w pierwszej linii pojawiają się potrzeby terapii kolejnych linii i tutaj Ministerstwo Zdrowia też dostrzegło ogromną potrzebę przebudowy programu dotyczącego terapii chorych na szpiczaka plazmocytowego. Refundacje, które następowały po wielu latach negocjacji już nie są aktualne. Jeśli refundujemy nowoczesne leczenie pierwszej linii, na przykład z lekiem immunomodulującym z lenalidomidem, którego dostępność się istotnie zwiększa, bo jest to lek generyczny obecnie, który powinien być szeroko dostępny, to wiemy, że w kolejnych liniach leczenia potrzebujemy innej terapii. Jakie działania my jako środowisko leczące chorych na szpiczaka plazmocytowego podjęliśmy? Po pierwsze to jest modyfikacja aktualnego programu lekowego i to już jest po opiniowaniu AOTMiT i liczymy, że wraz z nowymi decyzjami refundacyjnymi na początku przyszłego roku również pojawi się ten jeden zmodyfikowany program lekowy. Ale to, co jest ważniejsze to zabezpieczenie dostępności do leków, które już nie są lekami oryginalnymi, tak jak lenalidomid, tylko mogą wejść do katalogu chemioterapii. Jest to niezwykle istotne pod kątem systemowym, bo jest to lek doustny. Żeby chory pozostał w swoich rolach społecznych, czy rodzinnych, jeśli jest możliwość terapii w pełni doustnej terapii, która może być dodatkowo stosowana we wszystkich ośrodkach, nie tylko hematologicznych mających program lekowy, ale również onkologicznych, bo będzie to dostępne w ramach katalogu chemioterapii to muszę powiedzieć, że jest

to naprawdę istotna zmiana, która wpłynie na poprawę opieki nad chorym na szpiczaka plazmocytozy.

Jeszcze jeden element, który został uzupełniony, to leczenie wspomagające. Mamy możliwość bardzo nowoczesnego leczenia denusumabem, również w programie lekowym. To jest leczenie osteolizy, czyli choroby kostnej w przebiegu szpiczaka plazmocytozy przy użyciu nowoczesnego przeciwciała monoklonalnego. Jest to przełom, dlatego, że jest to leczenie dużo bardziej skuteczne, niż dotychczasowe możliwości starszych generacji dwufosfonianów, a przede wszystkim jest bezpieczniejsze. Za każdym razem wracam do tej bezpiecznej formy terapii, dlatego że znając możliwości kadrowe systemu ochrony zdrowia pod kątem specyfiki chorych hematologicznych, widzimy bardzo duże potrzeby kadrowe. W zasadzie każdy ośrodek hematologiczny zgłasza takie problemy, które miejmy nadzieję w najbliższych latach będą zabezpieczone. To, co można zrobić już teraz to systemowo zabezpieczyć pacjentów pod kątem nowoczesnego leczenia, które nie wymaga hospitalizacji, a na koniec leczenia, które nie jest powikłane i znowu powtórzą się - nie wymaga hospitalizacji. Wtedy dostępność do łóżek hematologicznych będzie optymalna. Bufor niewielkiej liczby łóżek, jaką mamy w odniesieniu do chorych na choroby rozrostowe układu krwiotwórczego i chłonnego będzie dostępny dla chorych wymagających hospitalizacji np.: z rozpoznaniem agresywnego chłoniaka, czy ostrej białaczki szpikowej.

Prezes Krystyna Wechmann, Prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Prezes Federacji Stowarzyszeń Amazonki



Jako organizacja pacjentów od lat mamy na celu nie tylko podnoszenie świadomości kobiet na temat profilaktyki, ale także szerokiej edukacji na temat zarządzania zdrowiem swoim i całej rodziny. Po latach aktywności, wiemy już dzisiaj, że w kwestii ochrony zdrowia trzeba współpracować nie tylko z Ministerstwem Zdrowia, ale też z innymi resortami, takimi jak - Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Sportu, itp. W pełni doceniamy działania NFZ w zakresie aktywności dotyczących promocji zdrowia, odpowiedniej diety i właściwego odżywiania, Akademii NFZ, oraz wydarzeń, które wychodzą na „zewnątrz”, także w środowisku senioralnym. Bardzo ważne są badania przesiewowe w kierunku raka piersi i raka szyjki macicy. A mimo tych wszystkich działań, sprawa profilaktyki zdrowotnej w Polsce po prostu leży. Ważna jest profilaktyka pierwotna oraz profilaktyka wtórna. Diagnostyka musi być genetyczna, molekularna, nawet genomowa, po to abyśmy, mając te wszystkie leki (z list refundacyjnych) do dyspozycji, mogli leczyć medycyną personalizowaną, tak zwaną „szytą na miarę”. Mam nadzieję, że te elementy będą realizowane nadal, dzięki trosce wspaniałych ekspertów, decydentów i polityków. Na dzień dzisiejszy cieszy stały postęp dostępu do innowacyjnych terapii w raku piersi, jajnika czy płuc. Reasumując chcę podkreślić, że zdrowa kobieta jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego całej rodziny.

Katarzyna Lisowska, Liderka Stowarzyszenia Hematoonkologiczni

Jednym z mott Marii Curie-Skłodowskiej było „niczego w życiu nie należy się bać, należy to tylko rozumieć” i myślę, że takim mottem w życiu się kieruję. W naszej społeczności pacjenckiej, aż 80% członków to kobiety. Czyli widać, że kobiety interesują się swoim stanem zdrowia, ale w przypadku nowotworów krwi nie ma niestety profilaktyki. Jedyną profilaktyką jest morfologia, czyli wykonywanie badania krwi i ocena przez lekarza POZ. I tutaj muszę Państwu powiedzieć, że czasami nasze pacjentki są bardzo długo diagnozowane. One szukając pomocy, a są coraz młodsze, mają dzieci, mają swoje firmy, pracują, więc pacjentki chcą funkcjonować, chcą żyć. Dlaczego o tym mówię? Ponieważ nasze stowarzyszenie stara się wspierać wszystkich pacjentów, ale przede wszystkim wskazywać drogowskaz tym młodym. Nasza ostatnia akcja, bardzo duża, o mielofibrozie, pokazała, że nasze pacjentki, przede wszystkim młode chcą w przyszłości mieć dzieci, o czym się nie mówi. Ponieważ pacjentom hematoonkologicznym na pierwszej wizycie mówi się, że nie będą mogły mieć tych dzieci. Chcą mieć dostęp do leczenia, no bo jeżeli będą miały dostęp do leczenia to wiadomo, że będą mogły wrócić normalnie do tego społeczeństwa, funkcjonować w nim. Widzimy także ogromny problem depresji na naszych grupach wsparcia i nie tylko. Ale muszę także powiedzieć, że pacjenci nie chcą trafiać do tych ośrodków blisko domu. Oni się po prostu boją, że gdzieś nie wiem, ktoś się dowie, że oni się leczą na depresję, ktoś źle ich odbierze. Jednak w małych miasteczkach zupełnie inaczej ten problem jest, wydzwięk tego problemu, niż w dużych miastach. W Warszawie, czy w Krakowie, czy w innym dużym mieście mamy, że tak powiem, dostęp do zupełnie innej puli lekarzy. Natomiast w małych miasteczkach tego nie ma. Nasze pacjentki, kiedy już są chore, przewlekłe się leczą, w czym mają problem, w orzecznictwie ZUS, w orzeczeniach o niepełnosprawnościach, ponieważ młoda pacjentka, która jest ciężko chora, idąc na taką komisję jest odbierana, jako zdrowa, pełnowartościowa osoba, kobieta, a wiadomo, że tak nie jest. I my też jako Stowarzyszenie Hematoonkologiczni staramy się pomagać tym pacjentkom, właśnie młodym, żeby wróciły do społeczeństwa, do życia, ale też pomagamy im zrozumieć wszystkie procesy.



Prof. Ewa Helwich, Konsultant w Instytucie Matki i Dziecka, Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii

17 listopada obchodzimy Światowy Dzień Wcześniaka. Skoro mówimy o zdrowiu kobiet i o zdrowiu całej rodziny, to urodzenie wcześniaka jest wielkim wydarzeniem, ale też wielkim wyzwaniem dla lekarzy i dla rodziny. Dlatego warto powiedzieć o największych, najważniejszych wyzwaniach systemowych i klinicznych dla neonatologii w Polsce. W tej dziedzinie zrobiliśmy już bardzo dużo od lat 90. ubiegłego stulecia. Został wprowadzony w Polsce referencyjny system trójstopniowy opieki okołoporodowej, na wzór rozwiązań w krajach Europy zachodniej, ale także w Kanadzie. Dzięki temu został uporządkowany cały pion położnictwa i neonatologii w Polsce. W każdym województwie są wyraźnie określone jednostki specjalistyczne III stopnia, w których powinny odbywać się porody ryzyka i zagrożone urodzeniem przedwczesnym



lub dziecka chorego. Wtedy transport "w macicy" bezpośrednio do szpitala, który ma najwyższe możliwości utrzymania przy życiu takiego dziecka i przeprowadzenia go w sposób bezpieczny przez ten trudny pierwszy okres, ma ogromne znaczenie. Dzięki wprowadzeniu systemu referencyjnego opieki okołoporodowej, przyszliśmy lata świetlne w ciągu ostatniej dekady. Dołączyliśmy, jeśli chodzi o wyniki naszej działalności, a więc o przeżywalność wcześniaków, do krajów Unii Europejskiej. Takich dzieci rodzi się w Polsce od 5,5 do 7,5%, w zależności od tego, które kryterium wcześniactwa bierzemy pod uwagę. Ten odsetek jest dosyć stały. To są dzieci, nad którymi my neonatolodzy i pediatrzy staramy się czuć najbardziej. To, co możemy zrobić, to przede wszystkim leczyć takie dzieci na oddziałach intensywnej terapii, gdzie postęp w dziedzinie technologii medycznych bardzo nam pomaga w utrzymaniu ich przy życiu. Ta przeżywalność na tle krajów Unii Europejskiej może nie jest najlepsza, ale już nie mamy się czego wstydić. Staramy się zwrócić ogromną uwagę na jakość tego przeżycia, aby zminimalizować ryzyko powikłań wcześniactwa prowadzących do niepełnosprawności w następnych latach życia. Chciałam z radością powiedzieć o perspektywie programu Kompleksowej Opieki Rozwojowej nad Dzieckiem urodzonym przedwcześnie KORD. To jest program, który my, neonatolodzy staraliśmy się wprowadzić od wielu lat, a w tej chwili jest światło w tunelu. Obecnie kończy się procedowanie tego programu w Ministerstwie Zdrowia. To jest program pilotażowy, który obejmie 8 jednostek w różnych województwach w Polsce. Mamy nadzieję, że doświadczenia tego pilotażu pozwolą nam rozszerzyć ten program na całość populacji dziecięcej. To jest w zasadzie program profilaktyczny, bo nam chodzi o to, żeby w okresie wczesnego rozwoju pierwszych 3 lat życia zrobić wszystko, żeby dziecko urodzone skrajnie przedwcześnie, które zostało nakładem ogromnych sił uratowane, miało szansę prawidłowego rozwoju, aby miało szansę dogonić dzieci urodzone w prawidłowym terminie. Jest to program wielospecjalistyczny. Ogromnym problemem jest to, że specjalistów dziecięcych specjalności medycznych jest za mało, w związku z tym ta logistyka postępowania jest już szczególnie ważna, żeby umożliwić dostęp do opieki, której potrzebuje to dziecko urodzone z masą 500- 1000 gramów, lub w pobliżu tych bardzo niewielkich rozmiarów. Obserwacja takiego dziecka już po wypisie z szpitala w ciągu pierwszych 3 lat życia powinna być na tyle wnikliwa, żeby specjaliści mogli zauważyć te objawy, które wymagają uwagi, terapii czy rehabilitacji, po to, aby pomóc przebrnąć przez te niebezpieczeństwa rozwojowe. Dziecko urodzone nawet skrajnie przedwcześnie nie musi się rozwijać źle, ono zwykle rozwija się inaczej i na tej drodze innej wymaga ogromnego wsparcia.

Kobieta, która urodziła przedwcześnie zwykle jest pełna pretensji do siebie, jak to się mogło stać, tymczasem trzeba wiedzieć o tym, że powody medyczne urodzenia przedwczesnego, to tylko część innych powodów, które jeśli się spotkają mogą spowodować to przedwczesne urodzenie. Oczywiście ogromna jest rola świadomości zdrowotnej kobiet, ale jest jeszcze wiele czynników, na które kobieta nie ma wpływu. Dlatego opieka psychologiczna dla kobiety jest ogromnie ważna. Wsparcie na te pierwsze lata życia dziecka, które ułatwia dostęp do potrzebnych specjalistów jest niezbędne, dlatego ogromnie się cieszę, że ten program już niedługo ujrzy światło dzienne.

***Prof. Ryszard Lauterbach, p.o. Kierownika Oddziału
Klinicznego Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego
w Krakowie, Prezes Polskiego Towarzystwa
Neonatologicznego***



Jako neonatolodzy byliśmy jedną z pierwszych specjalności, która zaczęła realizować wspólne działania, zarówno w diagnostyce, jak i w terapii. W 2015 r. Polskie Towarzystwo Neonatologiczne przygotowało pierwszą wersję standardów opieki nad noworodkiem w Polsce. Z częstotnością co 2 lata uaktualniamy te standardy. To jest niezwykle istotne i ważne dla wszystkich neonatologów, abyśmy mieli jednolity system diagnozowania, jednolity system terapii, bo to rzeczywiście daje maksymalną pewność, że to, co robimy z tym maleństwem jest optymalne. Wśród osób, które przygotowują te standardy są największe autorytety w neonatologii, osoby, które są specjalistami w poszczególnym zakresie neonatologii i w ten sposób upowszechniają wiedzę dla wszystkich. Dla tych, którzy się uczą i mają zamiar zostać neonatologami, ale również dla tych doświadczonych, którzy mogą korzystać z doświadczenia innych. To niezwykle istotne, aby polska neonatologia utrzymywała wysoki poziom. Muszę powiedzieć z dużą satysfakcją, że ten wysoki poziom został potwierdzony w czasie ostatniego Kongresu Europejskich Towarzystw Neonatologicznych i Perinatologicznych w Krakowie, gdzie prof. Corrado Moretti w liście do mnie - byłem głównym organizatorem tego spotkania, pogratulował polskiej neonatologii zaawansowania, wysokiego poziomu, co daje rzeczywiście dużą satysfakcję, a to przede wszystkim daje największe szanse dla naszych najmniejszych pacjentów.

***Prezes Anna Śliwińska, Prezes Polskiego
Stowarzyszenia Diabetyków***



Z okazji obchodów Światowego Dnia Cukrzycy chciałabym poruszyć kluczowe kwestie dla zdrowia pacjentów z cukrzycą. Faktem jest, że w 2022 r. zadziało się dużo dobrego dla pacjentów z cukrzycą, bo mamy szereg rozszerzonych i nowych refundacji, w tym także refundacji bardzo przełomowych, więc nie możemy powiedzieć jakoby w tej cukrzycy się nic nie zadziało. Przeciwnie, zadziało się dużo i jesteśmy za to bardzo wdzięczni Ministerstwu Zdrowia. Na pewno brakuje jeszcze edukacji pacjentów, a także szerokiej profilaktyki cukrzycy w społeczeństwie. Jeśli chodzi o te osoby, które już mają cukrzycę, to tak jak mówię edukacja pacjentów wymaga zasadniczej poprawy, ponieważ w Polsce dorośli pacjenci, którzy są diagnozowani w kierunku cukrzycy nie otrzymują właściwie żadnej formalnej edukacji diabetologicznej. Choć to zależy od ośrodków, niektóre ośrodki oferują taką edukację, ale to są raczej chlubne wyjątki. Natomiast jest bardzo wiele takich przypadków, że pacjenci po diagnozie są wypuszczani bez żadnej edukacji, czasem nawet tej podstawowej. Podobnie w trakcie leczenia nie odbywa się jakakolwiek wystarczająca edukacja diabetologiczna pacjentów i czasami ma to dramatyczne wręcz konsekwencje. Inna sytuacja jest w przypadku dzieci, one otrzymują bardzo dobrą edukację, tak samo ich opiekunowie. Natomiast jeśli chodzi o osoby dorosłe sytuacja jest bardzo zła. Bardzo ważnym osiągnięciem było wprowadzenie podatku cukrowego 2021 r., chociaż prawdę mówiąc, my nie widzieliśmy jeszcze konkretnych korzyści z tego podatku cukrowego, jeśli chodzi o osoby z cukrzycą, ponieważ raport, który został wydany przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kwietniu 2022 z pierwszego

roku obowiązywania tego podatku był skromny i nie mówił wprost o tym, że rzeczywiście pacjenci z cukrzycą są beneficjentami tego podatku. Bardziej była mowa o pacjentach z otyłością, w związku z tym my mamy bardzo dużą nadzieję i będziemy nadal zabiegać o to, żeby to się jednak zmieniło i żeby konkretnie te pieniądze zostały wydawane w zakresie diagnostyki i leczenia cukrzycy, chętnie również w kierunku edukacji diabetologicznej.

Prof. Artur Mamcarz, Kierownik III Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM

Otyłość jest z punktu widzenia codziennej pracy klinicznej głównym problemem, z jakim się mierzymy już dzisiaj i będziemy mierzyli. Otyłość jest przewlekłą chorobą i tak powinna być postrzegana i powoduje mnóstwo różnych przewlekłych powikłań. Z kardiologicznego punktu widzenia pacjenci, którzy chorują na otyłość i pacjentki oczywiście również, to są pacjenci, którzy mają bardzo liczne powikłania kardiologiczne. Nie ma w zasadzie takiego obszaru w kardiologii, którego dotknęmy, i który nie wiązałby się z większą częstością występowania wówczas, kiedy pacjent choruje na otyłość. Ogromna większość



pacjentów, pacjentek chorujących na otyłość ma nadciśnienie tętnicze. Mamy takie codzienne problemy, bo zmierzenie ciśnienia pacjentowi chorującemu na otyłość, to jest większe wyzwanie, bo mankiet i aparat do mierzenia ciśnienia musi być nieco inny, ma być dłuższy, szerszy i innego kształtu. To są powikłania miażdżycy, zawału, udary mózgu, to jest dyslipidemia, bo większość pacjentek i pacjentów chorujących na otyłość, ma oczywiście zaburzenia lipidowe oraz cukrzycę. Ale my mamy wielu pacjentów, także w młodym wieku i pacjentek, które mają liczne powikłania zakrzepowo-zatorowe, bo otyłość wiąże się ze zwiększonym ryzykiem wynikającym z samej otyłości zapalnego procesu, ale także z mniejszej aktywności fizycznej, która dotyczy tych osób. Oczywiście ja jestem zwolennikiem medycyny stylu życia. Prewencja jest kluczem do tego, żeby zbudować taką przestrzeń, gdzie będziemy zapobiegali otyłości. Można by było na ten temat bardzo wiele mówić. Otyłość jest problemem, z którym musimy się zmierzyć. Mówi się o tym, że kobiety chętniej i lepiej się leczą. Także prewencja terapeutyczna i *compliance* jest lepszy wśród kobiet. W związku z tym, myślę, że tą informację powinniśmy wykorzystać. Można przytoczyć anegdoty. Jeśli przychodzi para do lekarza, gdzie mąż nie wie, jakie przyjmuje leki najczęściej, to mówi, że żona mu je daje, bo ona dba o jego zdrowie. Natomiast ja nie pamiętam takiej sytuacji, w której kobieta powiedziałaby: „nie wiem, jakie biorę leki, bo to mąż mi je podaje”. To jest ta odwrócona sytuacja. Natomiast kobiety chorują inaczej na serce. Nie tyle chorują rzadziej, ile chorują później. Mamy tą dekadę przesuniętą o 8-10 lat, ryzyko wystąpienia wielu problemów sercowo-naczyniowych, bo to wynika z ochronnego wpływu hormonalnego, estrogenów, które są takim zbawieniem dla ściany naczyniowej, dla śródbłonna. Ale można oczywiście także temu szkodzić i czynniki ryzyka, takie jak na przykład palenie tytoniu, czy nadwaga, brak ruchu, otyłość powodują, że te procesy miażdżycowe przyspieszają i wtedy kobiety chorują także wcześniej. Dotknąłem, tylko delikatnie bardzo wielu problemów, z którymi na co dzień się mierzymy. Myślę, że to jest bardzo szeroki temat i należałoby, aby wiele różnych podmiotów zaangażowanych w dbanie o zdrowie spotkało się i ustaliło pewne priorytety i przestrzeń, którą trzeba bardzo mocno zagospodarować i rozsądnie wydać w tym kierunku pieniądze.

*Prof. Leszek Czupryniak, Kierownik Kliniki
Diabetologii i Chorób Wewnętrznych WUM*



Od dłuższego czasu wiemy, że otyłość jest chorobą przewlekłą, nieuleczalną, z tendencjami do nawrotów. I dokładnie mamy takie same obserwacje internistyczne, że czasem oczywiście trochę z tego żartujemy, że przychodzą osoby otyłe i mówią, że nic nie jedzą. One z jednej strony nie wiedzą ile jedzą, ale z drugiej strony rzeczywiście ich masa ciała nie do końca odzwierciedla skalę przyjmowanych posiłków. Pomyślelibyśmy, że ci ludzie, już mówiąc potocznie, „obżerają się”, a tak niekoniecznie jest. Profilaktyka otyłości powinna być u podstaw, w szkole, w rodzinach, w działaniach polityki społecznej, która jest bardzo mało spektakularna w tym zakresie, bo to co zostanie wprowadzone, przyniesie efekty problemowi otyłości najprędzej za dekadę. Zawsze przy tej okazji wspominam o podatku cukrowym, który odgrywa swoją rolę, a mógłby odegrać jeszcze większą, gdyby był wyższy. Takich ruchów ze strony państwa mogłoby być więcej po to, aby zmniejszać skalę otyłości, która jak wiemy, rośnie od lat najmłodszych. W Medycznej Racji Stanu od jakiegoś czasu, podkreślamy, że otyłość u dzieci i młodzieży jest wielkim, niedocenianym problemem. Jeśli nawet tego nie widać, to pediatrzy mówią jednym głosem, że to jest bardzo duży problem. Dowodem są rozpoznania cukrzycy typu drugiego w populacji nastolatków, co jeszcze niedawno w Polsce było nie do pomyślenia. Myśleliśmy, że to jest obszar zastrzeżony tylko dla Stanów Zjednoczonych.

W diabetologii, konfrontuję się codziennie z konsekwencjami nadwagi i otyłości różnego stopnia. Czasami bardzo zaawansowanej. Ci pacjenci mają cukrzycę, wtedy trafiają do nas, ale mają też wiele innych problemów. Tutaj myślę, że sama edukacja nie wystarczy, bo jedzenie jest dla nas wszystkich zbyt ważne. A przecież można panować nad tym, co się je, a na pewno można panować nad jakością spożywanego jedzenia. I tutaj z pomocą powinny przyjść szkoły. To nie byłyby zmarnowane pieniądze. Po przeciwnej stronie mamy potężnych przeciwników, czyli przemysł spożywczy, który odgrywa taką rolę, jak przemysł tytoniowy w paleniu papierosów. Tutaj wiemy, jaki jest system naczyń połączonych i ile państwo czerpie ze sprzedaży papierosów, i tak dalej, i tak dalej. Z jedzeniem jest trudniej, bo można przestać palić, ale nie można przestać jeść. Myślę, że będziemy w Medycznej Racji Stanu zajmować się tym tematem w coraz większym stopniu, próbując wypracować rozwiązania, które nie byłyby bardzo trudne, jak np. podatek cukrowy, który się sprawdził, choć pewnie mógłby działać jeszcze lepiej. Pieniądze w ten sposób pozyskane może nie są wydawane tak, jakbyśmy pierwotnie chcieli, ale na pewno są wydatkowane w korzyściach, w obszarach „otyłościowych”. Chociażby KOS-BAR jest w dużym stopniu, jeśli nie w całości, finansowany z tych pieniędzy, ale także refundacja nowych leków.

Jako lekarze, od dwóch, trzech lat dostaliśmy do ręki narzędzia w postaci analogów GLP-1, które u niektórych pacjentów osiągają efekty zbliżone do tego, co może osiągnąć chirurgia bariatryczna. W przyszłym roku spodziewamy się nowych preparatów z tej grupy, tak zwanych podwójnych analogów, gdzie efekt w badaniach jest taki, że pacjenci z otyłością wyjściową i masą 105 kilogramów tracą w ciągu roku 26 kilogramów w zasadzie w bezpieczny sposób, mając tylko trochę nudności na początku terapii. Bardzo często mówimy pacjentom, że mają wskazania do chirurgicznego leczenia otyłości, ale duża grupa z nich jest tutaj ostrożna, bo przy dużej masie ciała ryzyko powikłań przy takiej interwencji jest spore. Szczęśliwie będziemy mieli przy tym problemie czym walczyć. Natomiast jeszcze raz powtórzę: młodzież, edukacja, szkoła, dzieci - to jest obszar, w którym medycyna w ogóle nie jest potrzebna. Potrzebne są natomiast dużo szersze działania na poziomie centralnych władz

państwowych. Analogi GLP1 dają niespodziewane efekty. Nie spodziewaliśmy się, że leki hormonu, który wydziela nasze jelito do krwiobiegu, informując cały organizm, że się coś zjadło, mogą przynieść tak pożądane efekty. Zostały wprowadzone do leczenia cukrzycy, zwiększając wydzielanie insuliny w sposób glukozozależny. To jest szalenie ważne, bo jeśli jest prawidłowy cukier, to insulina nie jest nadmiernie przez te leki stymulowana, dzięki temu nie ma niedocukrzeń i leki te można stosować w otyłości u osób bez cukrzycy. Natomiast obserwacje cukrzycy doprowadziły do wykonania badań tylko u osób otyłych i powstania zachwycających w tej grupie rezultatów. Dzięki także tym lekom, widzimy jak wielkim problemem jest otyłość. Według mnie wszyscy teraz chcą schudnąć - chudzi i grubi, dlatego jest problem z dostępnością tych leków. Firmy się przeliczyły, nie sądząc, że te preparaty mogą być tak skuteczne i tak pożądane. Pierwszy preparat z tej grupy pojawił się w 2005 roku, czyli mamy z nimi kilkanaście lat doświadczeń. Analogi GLP1 były pierwotnie podejrzewane o niekorzystny wpływ na trzustkę, wywołanie raka trzustki, zapalenia trzustki, raka tarczycy - nic się z tych podejrzeń nie potwierdziło. Nie chcę powiedzieć, że to jest konkurencja dla chirurgii bariatrycznej, bo my idziemy „ręka w rękę” i trochę inni pacjenci wymagają leczenia zachowawczego, a inni leczenia zabiegowego, ale i tutaj te leki są skuteczne. My, jako eksperci dostarczający wiedzę i argumenty na temat skuteczności określonych leków widzimy, że minister Maciej Miłkowski, dzięki któremu wiele leków jest refundowanych, nie tylko w diabetologii, nie wyklucza możliwości wprowadzenia refundacji analogów GLP-1 do leczenia otyłości bez cukrzycy. Od września 2022 r. poszerzyła się możliwość stosowania tych leków w samej cukrzycy. Z naszego punktu widzenia to jest absolutna rewolucja, która wykroczy szeroko poza diabetologię, co już obserwujemy, bo analogi GLP-1 w cukrzycy hamują postęp przewlekłych powikłań, mają bardzo korzystny wpływ m.in. na układ krążenia i na nerki. Przemawia przede mną wiedza z badań naukowych, ale też bardzo szybko rosnące doświadczenie kliniczne i uśmiechy na twarzy pacjentów, którym jakość życia dramatycznie się poprawiła. Niektórzy, zmniejszyli swoją masę ciała o 10 kilogramów, a niektórzy nawet o 30.

Występują oczywiście kraje, gdzie otyłość jest na poziomie kilku procent. Takim krajem w Europie jest np. Francja. Wpływ na to ma wiele czynników, m.in. edukacja, model żywienia i funkcjonowania rodzin. Są to czynniki, które podlegają jednak długofalowym zmianom. Nam brakuje skutecznej profilaktyki. Dialog, który prowadzimy z ministerstwem jest obiecujący, nieuniknionym jest, że w najbliższym czasie będziemy dyskutować o wysokiej liczbie otyłych, w tym dzieci i młodzieży, ale z drugiej strony będziemy też dyskutować o coraz większych możliwościach ich leczenia.

Prof. Mariusz Wyleźoł, Wiceprezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości, Przewodniczący Sekcji Chirurgii Metabolicznej i Bariatrycznej Polskiego Towarzystwa Badań Nad Otyłością, Kierownik Warszawskiego Centrum Kompleksowego Leczenia Otyłości i Chirurgii Bariatrycznej w Szpitalu Czerniakowskim w Warszawie



Otyłość to choroba niezawiniona przez chorych, którzy na nią chorują. Jest spowodowana zaburzeniami homeostazy energetycznej organizmu. Podłożem choroby otyłościowej są zaburzenia neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów co w konsekwencji prowadzi do nadmiernego nagromadzenia tkanki tłuszczowej przez etap pośredni, jakim jest często nadmierne spożycie pokarmów. To nadmierne spożycie pokarmów należy jednak rozumieć nie jako przyczynę

otyłości a jej skutek. Co mam na myśli? Często mówi się: ludzie chorują na otyłość, bo jedzą za dużo. Tymczasem jest zupełnie odwrotnie. Ludzie jedzą za dużo, bo chorują na otyłość, czyli najpierw są zaburzenia neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów, potem ewentualne nadmierne spożycie pokarmów, a dopiero potem nadmierne nagromadzenie tłuszczu. Powyższe spojrzenie, zgodne ze współczesnymi wynikami badań naukowych, wymaga całkowitego przewartościowania naszego dotychczasowego spojrzenia na tą chorobę, tzn. pozostawiamy daleko za sobą jej podstawowy objaw czyli otyłość, a koncentrujemy się nad jej przyczynami czyli zaburzeniami neurohormonalnej regulacji spożycia pokarmów. Chciałbym podkreślić, że wspomniana operacja bariatryczna nie jest ostatecznością, jest dokładnie takim samym leczeniem, jakim jest chirurgia onkologiczna i opiera się o wskazania i przeciwwskazania. Podstawowym wskazaniem do tej metody leczenia jest zaawansowanie otyłości na poziomie powyżej 40 j. BMI. Co ciekawe, a zarazem smutne i jednocześnie niezrozumiałe, to fakt, że zgłaszają się do nas chorzy ze wskaźnikiem masy ciała często znacznie przekraczającym powyższą wartość, niejednokrotnie wynoszącym 60, 70 j. Jest to daleko idące zaniedbanie ze strony lekarzy sprawujących opiekę nad tymi chorymi gdyż wiemy, że tych chorych powinniśmy operować, kiedy ich wskaźnik masy ciała przekroczy wartość 40 j. w przeciwnym przypadku narażamy chorych na rozwój powikłań otyłości, inwalidztwo i przedwczesną śmierć. Pamiętajmy jednak, że już na wcześniejszych etapach, gdy dojdzie do rozwoju choroby otyłościowej, powinniśmy chorych zacząć niezwłocznie leczyć farmakologicznie, co w wielu przypadkach pozwoli na zatrzymanie postępu choroby otyłościowej i uniknięcie operacji.

***Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, Dziekan Centrum
Kształcenia Podyplomowego, Dyrektor Instytutu
Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego***

Warto pokusić się o ocenę efektów systemu KOS -BAR w wymiarze klinicznym i ekonomicznym. Przypomnijmy, KOS-BAR to program kompleksowej opieki medycznej nad pacjentami chorymi na otyłość olbrzymią leczoną chirurgicznie. Program KOS-BAR zakłada kompleksową, koordynowaną opiekę nad pacjentem, realizowaną przez wielospecjalistyczny zespół, w skład którego wchodzi chirurg, internista, dietetyk, psycholog i fizjoterapeuta. Leczenie operacyjne poprzedzone będzie przygotowaniem pacjenta według indywidualnie stworzonego planu leczenia i rehabilitacji, który obejmował będzie także okres po zabiegu, aby zapewnić jak najlepsze długotrwałe efekty terapeutyczne. Jeśli chodzi o KOS-BAR, to myślę, że na ocenę efektywności tego programu jest jeszcze za wcześnie, dlatego że program ruszył realnie od początku 2022 r. W końcówce 2021 r. była finalizowana lista podmiotów klinicznych, które zostały zaproszone do udziału w tym programie. Wiemy, że we wszystkich tych ośrodkach, które są w programie odbywa się rekrutacja i kwalifikacja pacjentów do programu KOS-BAR. Oczywiście, jak każdy program pilotażowy, KOS-BAR natrafia na liczne problemy systemowe, które zapewne utrudniają realizację, ale i też zabezpieczenie opieki dla wszystkich pacjentów. Myślę, że jednym z takich największych ograniczeń, z którymi mierzą się dzisiaj ośrodki, jest przede wszystkim interpretacja po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia zasad realizacji rehabilitacji, która powinna być realizowana, zarówno przed jak i po operacji na podstawie indywidualnego planu rehabilitacji. Intencją twórców projektu, aby każdy pacjent musiał przejść przez co najmniej jeden cykl (20 dni), rozpisany na czas przed i po zabiegu. Tymczasem NFZ zdefiniował wymóg realizacji dwóch cykli 20 dniowych. Sednem problemu jest to, że płatnik publiczny chcąc dostarczyć pacjentom więcej rehabilitacji może



go „Zagłaskać do bólu”. Niestety dla wielu pacjentów wymagających leczenia bariatrycznego nie możliwe jest wyjęcie z życia 40 dni na rehabilitację, która wymaga wizyty w szpitalu, choćby na godzinę dziennie. Choć rehabilitacja jest ważnym wsparciem procesu opieki nad pacjentem chorym na otyłość olbrzymią, to w KOS-BAR główną metodą terapeutyczną jest zabieg chirurgiczny i zbyt wysokie wymagania skorzystania z niego ograniczą dostępność dla ciężko chorych pacjentów. Myślę, że po tym pierwszym roku warto by było zrobić tak zwaną ocenę śródokresową. Mimo, że pilotaż KOS-BAR trwa dwa lata, to bardzo racjonalne byłoby spojrzenie na to, co już wiemy po tym pierwszym roku trwania programu, zważywszy, że w pierwszym roku zawiera się zarówno moduł kwalifikacji do leczenia, leczenie chirurgiczne, jak również leczenie pooperacyjne. I na pewno świadczeniodawcy będą mieli dużo do powiedzenia na ten temat. Ale pamiętajmy, że to jest też program, który jest nakierowany na to, aby premiować ośrodki za osiągnięcie jasno określonych oczekiwanych efektów terapeutycznych. I to jest jego szczególnym wyróżnikiem. Warunkiem osiągnięcia zakładanych celów jest modyfikacja programu w trakcie, tak aby usuwać wszelkie bariery i ograniczenia na rzecz jak najlepszych efektów terapeutycznych. Natomiast, jeśli mogłabym trochę szerzej odnieść się i do tematu dzisiejszej konferencji, czyli zdrowia kobiety, ale i tematu głównego, jakim jest walka z otyłością i co zrobić, żeby się uchronić przed tym *tsunami*, to wydaje mi się, że powinniśmy zainwestować w to, co już wybrzmiewało w wypowiedzi każdego z ekspertów wcześniej. Powinniśmy zainwestować, jako Państwo przede wszystkim w prewencję, profilaktykę i w edukację. To są najbardziej kosztowo-efektywne interwencje w medycynie. Przypomnę tylko dwie liczby. Narodowy Fundusz Zdrowia w 2020 r. wydał na świadczenia zdrowotne prawie 100 miliardów złotych. W tym samym czasie Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydał na pokrycie świadczeń związanych z długotrwałą niezdolnością do pracy ponad 42,5 miliarda złotych. Czyli wydaliśmy, tak naprawdę ok. 150 miliardów złotych. Nie liczę kosztów pośrednich związanych z chorobami. A na prewencję i profilaktykę wydajemy mniej niż 2% wydatków na zdrowie. To jest wciąż najbardziej szara, jeśli nie użyję czarna strona polskiego systemu ochrony zdrowia. Prowadzimy rozmowy i dyskusje na temat lekcji o zdrowiu w szkołach oraz szeroko rozumianej edukacji zdrowotnej. I gdybym miała wskazać rozwiązanie, które może posłużyć do tego, abyśmy zatrzymali *tsunami* otyłości, a zatem ponad dwustu innych chorób cywilizacyjnych, które często są z nią związane, to powinniśmy rzeczywiście zrealizować ideę zdrowia we wszystkich działaniach państwa. Powinniśmy stworzyć narodową strategię, strategię walki z otyłością, realizowaną przez kluczowe resorty: zdrowia, rolnictwa, sportu, kultury, edukacji, infrastruktury itd.

I ostatni postulat, który chciałabym jeszcze raz powtórzyć, choć na jednej z debat MRS już o tym mówiłam - sięgnijmy po potencjał położnych. Położne, to mocna i liczna grupa zawodowa. Statystyki międzynarodowe pokazują, że Polskę charakteryzuje wysoki wskaźnik położnych na 1000 mieszkańców, co jest naszym wielkim kapitałem. Położne to świetnie wykształcone profesjonalistki, ale bardzo mało efektywnie wykorzystane w polskim systemie ochrony zdrowia. Apeluję, abyśmy rozważyli, aby być może przy szczepieniu przeciw HPV, które się odbywa w wieku 12 lat, pojawiła się ta pierwsza edukacyjna porada położnej. Zacznijmy budować relacje młodych Polek z położną, które przełożą się na wysokie kompetencje nt. zdrowia kobiety i prewencji wielu chorób cywilizacyjnych.

*Prof. Irena Walecka, Kierownik Kliniki Dermatologii
CMKP/CSK MSWiA, Konsultant wojewódzki w dziedzinie
dermatologii i wenerologii*



Choroby autoimmunologiczne częściej dotyczą kobiet. Z reguły pojawiają się u kobiet młodych, pomiędzy 20. a 40. rokiem życia. Łuszczycą jest właśnie taką chorobą, którą dodatkowo niestety widać, i którą trudno jest ukryć. Jeżeli pacjentka ma zmiany na skórze owłosionej głowy, na paznokciach to są to okolice bardzo stygmatyzujące i bardzo obniżające jakość życia. To samo dotyczy łuszczycy w okolicach intymnych, która to lokalizacja wywołuje wstyd i unikanie bliższych kontaktów. Niestety stygmatyzacja towarzyszy pacjentom z łuszczycą przez całe życie, niezależnie od tego, czy jest to okres szkolny, studencki, czy życie dorosłe. Pacjenci cały czas mają ograniczenia, nie chcą chodzić na WF, bo się wstydzą, nie chcą iść na basen, nie chcą się rozebrać. I to rodzi tysiące problemów, niezrealizowanych marzeń i planów i niestety negatywnie wpływa na psychikę. Zostało udowodnione, że choroba przewlekła jaką jest łuszczycą, wywołuje u kobiet dużo większy stres, niż u mężczyzn. Mężczyźni mniej przywiązują wagę do tego, jak wyglądają (pomimo tego, że mężczyźni z reguły mają cięższą postać łuszczycy) i lepiej znoszą chorobę, co widać w badaniach jakości życia z chorobą dermatologiczną, która u kobiet jest zdecydowanie bardziej obniżona. Taki przewlekły stres związany z chorobą często kończy się ucieczką w różnego rodzaju używki, głównie w papierosy i alkohol, co jeszcze zaostrza przebieg choroby i tworzy błędne koło. Kolejny problem kobiet z łuszczycą to plany rodzicielskie. U kobiet młodych, w okresie prokreacyjnym, a zwłaszcza planujących dziecko sama decyzja o podjęciu leczenia czasami jest bardzo trudna. Młode kobiety z reguły mają dylemat czy w ogóle brać leki, a jeżeli tak, to czy one nie będą miały negatywnego wpływu na ciążę i przyszłego potomka. Jeżeli pacjentka ma łuszczycę o nasileniu łagodnym, to oczywiście taką pacjentkę leczymy preparatami miejscowymi i kobiety to akceptują i spokojnie zachodzą w ciążę. Natomiast jeżeli pacjentka ma łuszczycę o nasileniu umiarkowanym do ciężkiego, to taka pacjentka powinna być leczona fototerapią, fotochemioterapią lub leczeniem ogólnym. I tu właśnie rodzi się u nich obawa o przyszłego potomka i pierwsze pytanie czy mogę na tych lekach zajść w ciążę i czy jak zajdę w ciążę, to lek trzeba odstawić. Drugie bardzo częste pytanie, to czy w ogóle się leczyć w ciąży, czy może jednak dać sobie spokój. Kolejny problem młodych kobiet z łuszczycą to niepewność czy prześlą chorobę potomstwu. To setki pytań i tysiące stresów, jakie mają te pacjentki. Już nie mówiąc o tym, że część kobiet tak bardzo boi się, że ich potomek będzie miał łuszczycę, że rozważają adopcję dziecka. Wydaje mi się, że ta niepewność wynika po części z braku wiedzy i braku jej rzetelnego przekazania przez lekarzy. W Polsce, jest za mało ośrodków dermatologicznych, które leczą te najczęściej chore pacjentki, (myślę tu o wszystkich chorobach autoimmunologicznych w dermatologii), w większości są to duże ośrodki kliniczne i nie każda pacjentka ma możliwość do nich dotrzeć i w nich się leczyć. Natomiast edukacja w tym zakresie, niestety szwankuje i pacjentki nie do końca wiedzą, do kogo się zgłosić, do dermatologa, ginekologa, a może pediatry, i z kim omówić ten problem. Jeżeli pacjentka z łuszczycą ma już rodzinę, to te rodziny są statystycznie mniejsze, dlatego że większość pacjentek z łuszczycą ma tylko jedno dziecko. Wydaje się, że poza solidną informacją, bardzo istotne jest też wsparcie psychologiczne, szczególnie ważne u kobiet młodych i kobiet, które starają się o dziecko. Łuszczycą jest przewlekłą ogólnoustrojową chorobą zapalną i chorzy powinni być objęci opieką skoordynowaną. U tych pacjentów zdecydowanie częściej występują choroby układu sercowo-naczyniowego, otyłość, niealkoholowe złuszczenie wątroby, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, łuszczycowe zapalenie stawów

czy depresja. W związku z wielochorobowością taki pacjent powinien być prowadzony przez kilku specjalistów. Nawet jeżeli nie rozwija zmian narządowych, to i tak powinien być pod kontrolą zespołu. Czy my w Polsce mamy taką kompleksową opiekę, czy jest wielospecjalistyczny zespół leczący taką pacjentką? Niestety nie. Bardzo poważnym problemem pacjentów z chorobami skóry jest depresja. Niestety wygląd i związana z nim stygmatyzacja często prowadzą u naszych pacjentów do obniżonego nastroju, depresji, myśli i prób samobójczych. Dlatego też, pacjenci ci powinni być objęci opieką i wsparciem psychologów i psychiatrów.

Dzięki współpracy środowiska dermatologów, fundacji i pacjentów z Ministerstwem Zdrowia pojawiły się dla chorych z umiarkowaną i ciężką łuszczycą nowoczesne leki biologiczne refundowane w ramach programów lekowych. W grupie tej są również leki które, mogą stosować kobiety w ciąży i kobiety karmiące piersią. Pojawiły się również inne leki w programach lekowych dla pacjentów z innymi przewlekłymi dermatozami, w tym leki dla pacjentów z ciężkim atopowym zapaleniem skóry, czy pokrzywką. To, czego nam na pewno brakuje, to zniesienie okresu administracyjnego ordynacji dla nowoczesnych leków. Przewlekłe choroby dermatologiczne, takie jak łuszczycyca, to są choroby, które pacjent będzie miał całe życie i nie ma możliwości, żeby po 96 tygodniach pacjent zupełnie się wyleczył. Chory ten, wcześniej, czy później będzie miał nawrót zmian i na pewno do tych leków powróci, więc naszym zdaniem takie fundowanie pacjentowi dodatkowych stresów, przy i tak stresującym życiu z chorobą, mija się z celem i jest nieuzasadnione ze względów medycznych.

Prezes Dagmara Samselska, Prezes AMICUS Fundacji Łuszczycy i ŁZS

Dzisiaj rozmawiamy o kobietach chorujących na dermatologiczne choroby przewlekłe. Razem z dermatologami i psychologami współpracujemy w zakresie wielu projektów, w tym infolinii PSOs łuszczycyca. Dzięki temu jesteśmy w stanie merytorycznie pomagać pacjentom. Pod stałą opieką Fundacji w ramach infolinii jest już niespełna 700 osób. Otrzymują one kompleksowe informacje na temat samej choroby, wsparcia psychologicznego świadczonego przez Fundację Amicus, referencyjnych ośrodków prowadzących leczenie, ale także informację, że na każdym etapie procesu mogą otrzymać od nas niezbędną pomoc logistyczną w dotarciu do celu jakim jest uzyskanie adekwatnej terapii. W większości osób kontaktujących się z nami są kobiety - ponad 54% wszystkich dzwoniących. Kobiety kontaktują się w sprawie dzieci, a także w imieniu swoich partnerów czy mężów. Ja również odebrałam dzisiaj telefon od matki dziecka, które jest obarczone bardzo poważną chorobą przewlekłą skóry. Ma trudności w opiece nad dzieckiem, efektywnym zarządzaniu chorobą, ale też obwinia się, ponieważ osobą, która przekazała chorobę dziecku w genach jest właśnie ona. Jest to dla matki podwójne obciążenie. Poza poczuciem winy, to na niej najczęściej spoczywa ciężar wspierania dziecka w chorobie. Kobieta - matka bardzo często nie potrafi sobie z tym poradzić. Prowadzimy także grupy wsparcia online dla osób z przewlekłymi dermatozami. W tej chwili kończymy już piątą edycję. Biorą w nich udział osoby chore, ale też właśnie mamy chorych dzieci. Po odbyciu dwunastu spotkań w ramach grupy, uczestniczka znacznie lepiej komunikuje się z małym pacjentem, sama lepiej funkcjonuje, ale, co bardzo istotne ma zasób wiedzy odnośnie tego, gdzie szukać specjalistycznego leczenia i jak zadbać o siebie, żeby móc sprostać codzienności z chorobą przewlekłą.



Ciążar zarządzania systemem rodzinnym przeważnie spoczywa na kobietach, które powinny być szczególnie wspierane w przypadku choroby. Jeśli kobieta otrzymuje diagnozę przewlekłej, zapalnej choroby autoimmunologicznej, pojawiają się w jej głowie pytania: „jak ja sobie poradzę właśnie z tym, żeby tę rodzinę „ogarnąć”; czy będę w pełni sprawna, żeby zająć się dzieckiem, żeby móc zarządzać obowiązkami w domu?”. Często partnerzy, czy mężowie nie dają takiego wsparcia, jakiego by kobieta potrzebowała. Bardzo dużo rodzin rozpada się z powodu schorzenia autoimmunologicznego, które dotyka jej członków. Takim nieoczywistym przykładem jest np. atopowe zapalenie skóry u dziecka, gdzie nierzadko matki zostają z „problemem” same. Ranga kobiety w rodzinie, także w wychowaniu dzieci jest ogromna. Kobieta zmagą się również z dużo większym obciążeniem psychicznym, jeśli chodzi o samą diagnozę. Program „Psycholog dla skóry” poza wsparciem psychologicznym, oferuje szkolenia dla psychologów. Na stronie psychologdlaskory.pl dostępne są webinaria. Po ukończeniu kursu jest możliwość otrzymania certyfikatu. Projekt realizowany jest we współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. W kwestii bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet nie można pominąć kwestii organizacji terapii dla najczęściej chorych. Postulujemy zmianę zapisów programu lekowego leczenia łuszczycy - zniesienie administracyjnej przerwy w terapii oraz udostępnienie najnowocześniejszych i najbardziej efektywnych terapii dla chorych na łuszczycę już od umiarkowanego nasilenia zmian skórnych. Optymalizacja leczenia przybliży nas do poziomu leczenia na takim poziomie jaki funkcjonuje już nawet u naszych południowych sąsiadów, a także na całym świecie.

***Prof. Małgorzata Kołodziejczak, Prezes Polskiego Klubu
Kołoproktologii Towarzystwo Naukowe, Kierownik
Warszawskiego Ośrodka Proktologii Szpitala św. Elżbiety w
Warszawie***

Problem uszkodzeń okołoporodowych oraz inkontynencji u kobiet po porodzie jest problemem niedoszacowanym i niezauważalnym w Polsce. Dane epidemiologiczne wykazują te problemy na poziomie 1%, co jest zupełnie rozbieżne z danymi europejskimi i potwierdza niedoszacowanie tego problemu w Polsce. W Anglii uszkodzenia kształtują się na poziomie 6%. Te uszkodzenia to mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu, które doprowadzają do nietrzymania stolca, które ujawnia się stosunkowo krótko po porodzie. Nietrzymanie stolca po porodzie jest jednostką chorobową, która ma absolutnie dewastujący wpływ na zdrowie kobiety: brak kontynencji wymusza m. in. konieczność noszenia wkładek czy pieluch, w sposób istotny wpływa na aktywność życiową, seksualną, zawodową, spędzanie czasu wolnego. Dodatkowo powoduje ciężką dysfunkcję seksualną i psychiczną. Mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu można - i należy - rozpoznawać i leczyć niemal natychmiast, lub w krótkim czasie po porodzie. Im szybciej zwieracz zostanie zaopatrzony, tym większa szansa, że naprawa będzie wysoce skuteczna. Jako wysoką skuteczność rozumiemy prawidłową pracę zwieracza w długim okresie czasu. Dlatego uważam za niezbędne objęcia tych Pacjenteń uporządkowanym programem opieki już od czasu rozpoznania uszkodzenia zwieraczy ze szczególnym zwróceniem uwagi na pilność postępowania diagnostycznego, chirurgicznego i szalenie ważnego postępowania rehabilitacyjnego oraz uprzywilejowanie w otrzymywaniu porad ambulatoryjnych. Należy te procedury odpowiednio wycenić i refundować w ramach świadczeń NFZ.



*Prezes Cezary Pruszko, Prezes firmy MAHTA,
farmakoekonomista*

Młoda matka, z poporodowymi uszkodzeniami zwieraczy odbytu, której grozi inwalidztwo generuje ogromne koszty medyczne, społeczne i ekonomiczne. Pacjentki wymagające planowej rekonstrukcji zwieraczy odbytu jako leczenia powikłania poporodowego nie mają dziś dostępu do takiego świadczenia, bo w trybie planowym są one wyceniane poniżej ich faktycznego kosztu. Dzisiaj zabieg planowej rekonstrukcji zwieraczy odbytu jest wyceniony przez NFZ na ok. 1 400 złotych. W katalogu świadczeń jest wyceniona odpowiednia procedura, jednak dotyczy sytuacji, kiedy jest wykonywana zaraz po porodzie. Jej wycena przez NFZ na poziomie ok. 9 tysięcy złotych jest adekwatna do ponoszonych przez szpital kosztów, w pełni pokrywa koszty zabiegu jaki ponosi ośrodek kliniczny. Zabieg jest rozliczany w katalogu świadczeń szpitalnych, jednak należałoby rozszerzyć go o operacje planowe. Gdyby taka sytuacja miała miejsce, to operacja mogłaby być wykonywana u pacjentek u których uszkodzenie zwieraczy jest diagnozowane jakiś czas po porodzie. Bez możliwości zoperowania tych kobiet pojawiają się koszty, których szacunki są niezwykle trudne, bo mają związek z długoterminowym wpływem na życie kobiety. Takich aspektów jest bardzo dużo, ponieważ kobiety, które nie są dziś w stanie same sfinansować operacji borykają się z trudnymi do opisanego problemami, które w konsekwencji istotnie wpływają na obniżenie jakości ich życia. Nasilają się problemy psychiczne, wycofanie z życia społecznego, utrudnione relacje z rodziną i najbliższymi. Objawy uszkodzenia nasila w kobietach poczucie wstydu i bezsilności. Skutkuje to brakiem zgłaszania się po profesjonalną pomoc medyczną. Dodatkowo sam problem, często potrafi być bagatelizowany przez personel medyczny. Nowa rola, przed jaką staje kobieta, czyli rola matki jest niezwykle stresująca. Nieprawidłowości poporodowe sprawiają, że są dodatkowym obciążeniem i naturalny okres rekonwalescencji poporodowej jest poważnie zaburzony. Ból, jaki towarzyszy temu inwalidztwu i powikłania, wiążą się z koniecznością przyjmowania nie tylko środków przeciwbólowych, ale również stosowania ochrony higienicznej w postaci pieluchomajtek i majtek chłonnych. Roczny koszt, jaki ponosi NFZ na finansowanie środków ochrony osobistej dla jednej osoby wynosi blisko 1 300 zł. A zabieg, który mógłby uchronić kobiety przed tym inwalidztwem kosztuje niespełna 10 tysięcy złotych. Czyli jak nietrudno policzyć, 8 lat finansowania pieluchomajtek jest w stanie pokryć koszt świadczenia, które to inwalidztwo wyeliminuje w całości. W wielu badaniach został już oceniony wpływ na krótko- i długoterminowe konsekwencje dla kobiet oraz ich rodzin. Kobiety mówią, w jakim stopniu schorzenie to wpływa na obniżenie jakości ich życia, jak wpływa na sferę społeczną oraz psychiczną. I znów z perspektywy systemowej ponoszone są kolejne koszty, tym razem związane z opieką psychologiczną, psychiatryczną, w tym również refundacją leków związanych z leczeniem tych schorzeń. Kobiety z okołoporodową dysfunkcją zwieraczy odbytu raportują zestaw objawów charakterystycznych dla zespołu stresu pourazowego, a jego nasilenie jest wprost proporcjonalne do rozmiaru inwalidztwa. Wykazano, że występowanie PTSD miało wpływ na relację kobiety z dzieckiem, partnerem, a u części kobiet trauma była tak duża, że myśl o kolejnej ciąży odkładały na zawsze. Czyli mamy kolejną konsekwencję społeczną, jaką jest wpływ na dzietność. Dodatkowo, należy zwrócić uwagę na element pozwów o odszkodowanie od zakładów opieki zdrowotnej, które są dzisiaj wnoszone przez kobiety, które doznały uszczerbku na zdrowiu. Dzisiaj koszty odszkodowań i rekompensat wynoszą od kilku do nawet kilkuset tysięcy złotych. To są koszty, które ponosimy my wszyscy. No i jeszcze koszty absencji chorobowej, rent z tytułu niezdolności do pracy, a także utraty produktywności. To wszystko sprawia, że właściwie wydaje się wręcz nieprawdopodobne, że dziś nie



ma świadczenia, które mogłoby zagwarantować planową operacyjną rekonstrukcję zwieraczy odbytu, która mogłaby rozwiązać wszystkie te problemy. W tym aspekcie koszty bezpośrednie, koszty związane z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej, ale również koszty, jakie ponosi matka i jej najbliższa rodzina powinny być liczone w sposób całościowy.

4. Wnioski i rekomendacje

Wnioski	Rekomendacje
Kobiety stanowią połowę polskiego społeczeństwa odgrywając kluczowe role społeczne. Wg badań kobiety na pierwszym miejscu wartości wymieniają swoje zdrowie, ale tylko połowa z nich bada się regularnie i dba o swój stan zdrowia.	Zdrowie kobiety powinno być traktowane priorytetowo w polskim systemie ochrony zdrowia.
W przypadku kobiet, nadumieralność w Polsce dotyczy przede wszystkim chorób układu krążenia oraz nowotworów.	Choroby układu krążenia oraz nowotwory – rak piersi, trzustki, trzonu macicy i jajnika powinny być traktowane priorytetowo w profilaktyce, diagnostyce, terapii i rehabilitacji w populacji kobiet w Polsce.
Mutacje w genach BRCA 1/2 mogą być przyczyną wystąpienia raka jajnika, piersi, trzustki i prostaty.	Rekomendowane jest stworzenie wytycznych dotyczących diagnostyki w kierunku mutacji w genach BRCA, które skupią się na wszystkich nowotworach BRCA-zależnych i wprowadzenie ich do codziennej praktyki.
Według danych z KRN w 2017 roku w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na raka piersi, a zmarło z jego powodu 6 670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór w ciągu swojego życia.	Rekomendowana jest refundacja publiczna leków: <ul style="list-style-type: none"> • Abemacyklib w leczeniu wczesnej postaci raka piersi; • Pembrolizumab w leczeniu wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi wysokiego ryzyka. • Trastuzumab derukstekan w II linii leczenia HER2- dodatniego przerzutowego raka piersi, bądź w dalszych liniach, jeśli lek ten nie został wykorzystany w II linii leczenia Należy rozwijać Breast Cancer Units na terenie całej Polski.
Rak endometrium to najczęstszy nowotwór żeńskich narządów rodnych. W 2020 roku odnotowano 9869 nowych przypadków zachorowalności i 2195 zgonów tej choroby, zajmując odpowiednio 4. oraz 6. miejsce na liście nowotworów u kobiet w Polsce.	Rekomendowana jest refundacja publiczna leku: <ul style="list-style-type: none"> • Dostarlimab w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.
Pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych rak trzustki zajmuje 6. pozycję. Jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów – szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie ok 5%	Rekomendowana jest refundacja publiczna leku: <ul style="list-style-type: none"> • Irynotekan liposomowy w leczeniu gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z

pacjentów, a rok od postawienia diagnozy przeżywa zaledwie 25 proc. chorych.	progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie.
Nowe formy trastuzumabu umożliwiają optymalizację opieki zdrowotnej i poprawę jakości życia pacjenta.	Rekomendowane jest utrzymanie refundacji publicznej nowych form trastuzumabu – formy podskórnej trastuzumabu oraz trastuzumabu emtanzyny, który jest koniugatem przeciwciała z lekiem.
HPV to wirus wywołujący raka szyjki macicy oraz inne nowotwory i choroby HPV-zależne, które przez WHO uznawane są za jeden z globalnych problemów zdrowia publicznego. W ramach eliminacji zachorowań na raka szyjki macicy wiele krajów w Europie wprowadziło bezpłatne szczepienia przeciwko HPV, a Europejski Plan Zwalczania Raka zakłada zaszczepienie co najmniej 90% populacji docelowej dziewcząt oraz znaczne zwiększenie liczby szczepień chłopców do 2030 roku.	Rekomendowana jest refundacja publiczna szczepień przeciwko HPV wśród dziewcząt i chłopców w Polsce.
W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w naszym kraju ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, a otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet.	Rekomendowany jest rozwój programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Rekomendowana jest refundacja analogów GLP-1 w leczeniu otyłości.
Nietrzymanie gazów i stolca jest schorzeniem znacznie upośledzającym jakość życia pacjenta w sferze osobistej, zawodowej i społecznej. Najczęstszą przyczyną inkontynencji (prawie 70%) jest uszkodzenie zwieraczy w trakcie porodu u kobiet.	Zabieg rekonstrukcji zwieraczy powinien znaleźć się na liście operacji refundowanych przez NFZ. Refundacja powinna być odpowiednia do poniesionych kosztów przez szpital i kompatybilna z trudnością operacji. Należy stworzyć ośrodki szkoleniowe w zakresie rekonstrukcji zwieraczy oraz sieć ośrodków rehabilitacyjnych dla pacjentów z inkontynencją, dostępnych w ramach świadczeń NFZ. Ze względu na trudność zabiegów operacje powinny być wykonywane w dedykowanych, referencyjnych ośrodkach przez wykwalifikowaną kadrę specjalistów.

5. Kluczowe informacje przy gotowane na debatę przez Medyczną Rację Stanu z zakresu zdrowia kobiety

Poniżej przedstawiono wybrane obszary terapeutyczne w aspekcie niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych kobiet w Polsce.

Onkologia

Szczepienia przeciwko HPV w efektywnej profilaktyce raka szyjki macicy

Ministerstwo Zdrowia deklaruje dwutorowe podejście do wdrażania szczepień przeciwko HPV, które ma opierać się na wprowadzeniu programu profilaktyki zdrowotnej powszechnych i bezpłatnych szczepień przeciwko HPV od stycznia 2022 r. dla danej populacji dziewcząt, uzupełnionego o refundację apteczną szczepionki dla pozostałych roczników. Od 1 listopada 2021 roku jedna z dostępnych na rynku szczepionek przeciwko HPV będzie dostępna w ramach 50% refundacji aptecznej, to dobry początek, jednak Ministerstwo nie powinno ustawać w swoim wysiłku nad wdrażaniem programu profilaktyki zdrowotnej szczepień przeciwko HPV, który powinien być podstawą profilaktyki raka szyjki macicy. Tylko bezpłatny i powszechny dostęp do szczepień w ramach programu zdrowotnego może zagwarantować wyszczepialność na poziomie 60%, a taki poziom jest celem zapisanym w Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO). Projekt programu zdrowotnego został opracowany przez organizacje pacjentów i przedstawiony Ministerstwu Zdrowia. Niezbędne jest stworzenie finalnej jego wersji, a także wprowadzenie odpowiednich zapisów legislacyjnych, które umożliwią zakup przez Ministerstwo Zdrowia szczepionek zalecanych, dla potrzeb realizacji programu.

HPV to wirus wywołujący raka szyjki macicy oraz inne nowotwory i choroby HPV-zależne, które przez Światową Organizację Zdrowia uznawane są za jeden z globalnych problemów zdrowia publicznego. W ramach eliminacji zachorowań na raka szyjki macicy wiele krajów w Europie i na świecie wprowadziło bezpłatne szczepienia przeciwko HPV, a Europejski Plan Zwalczania Raka zakłada zaszczepienie co najmniej 90% populacji docelowej dziewcząt w UE oraz znaczne zwiększenie liczby szczepień chłopców do 2030 roku. Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym narodowy program zdrowotny dotyczący szczepień przeciwko HPV jeszcze nie istnieje. Wprowadzenie szczepionki przeciwko HPV do 50% refundacji aptecznej i dalsze deklaracje Ministerstwa Zdrowia dotyczące wprowadzenia od stycznia 2022 roku programu bezpłatnych, nieobowiązkowych szczepień przeciwko HPV dla 12-latek to dobry fundament do stworzenia rozwiązania, które zapewni efektywną profilaktykę raka szyjki macicy.

O efektywności szczepień ochronnych, nie tylko przeciwko HPV, możemy mówić wtedy, gdy zostanie osiągnięta tzw. odporność zbiorowa, a więc zaszczepionych będzie co najmniej 60% populacji, a w niektórych chorobach zakaźnych ta liczba powinna być jeszcze większa. Tylko wtedy rozprzestrzenianie się wirusa można skutecznie zahamować. Doświadczenia innych krajów pokazują, że jedynie bezpłatne programy zdrowotne mogą zapewnić wymagany poziom wyszczepialności. Zaproponowany program profilaktyki zdrowotnej obejmie dziewczynki i chłopców w określonym wieku, a refundacja apteczna będzie dobrym uzupełnieniem możliwości szczepień dla osób, które chciałyby się zabezpieczyć przed wirusem HPV, a które do programu się nie zakwalifikują.

Program profilaktyki zdrowotnej dotyczący szczepień przeciwko HPV powinien umożliwić rodzicom dostęp do bezpłatnej szczepionki w gabinetach pediatrycznych lub gabinetach POZ. Rodzice powinni móc, po rozmowie z lekarzem, wybrać preparat, który według nich będzie najlepszy dla ich dziecka.

W Polsce rośnie liczba rodziców, którzy nie decydują się na szczepienie swoich dzieci. Dotyczy to szczepień obowiązkowych, a więc wdrażanie szczepień przeciwko HPV, które będą nieobowiązkowe, a jedynie zalecane powinno być poprzedzone szeroko zakrojoną kampanią edukacyjną, która będzie kontynuowana w trakcie realizacji programu profilaktyki zdrowotnej. Niezbędna jest edukacja młodzieży, a także ich opiekunów nie tylko w zakresie wirusa HPV, ale także w zakresie raka szyjki

macicy i możliwości jego zapobiegania. Młodzież powinna wiedzieć co to jest wirus HPV, gdzie występuje, jak można się nim zakazić, jakie choroby może wywołać i co zrobić, aby się przed nim uchronić. Rak szyjki macicy to nowotwór, którego występowanie można znacznie ograniczyć dzięki szczepieniom profilaktycznym. Szczepienie przeciwko HPV daje wymierne korzyści zdrowotne. To najskuteczniejszy sposób zapobiegania chorobom HPV-zależnym.

Badania obserwacyjne przeprowadzone w 14 krajach, w których stosowane są powszechne szczepienia przeciwko HPV potwierdzają ich skuteczność w zmniejszaniu zachorowalności, a dzięki temu śmiertelności z powodu raka szyjki macicy. Szczepienia przeciwko HPV wpłynęły na zmniejszenie liczby przypadków neoplazji nabłonkowej szyjki macicy (CIN), brodawek płciowych i zakażenia onkogennymi podtypami wirusa HPV (16, 18, 31, 33 i 45) u kobiet. W Australii, gdzie szczepienia populacyjne są prowadzone od ponad 10 lat bliskie jest wyeliminowanie zachorowań na raka szyjki macicy.

W Polsce niezbędne jest jak najszybsze wdrożenie rozwiązań, które pozwolą chronić polską młodzież przed wirusem HPV. Tylko takie działania mogą wpłynąć na znaczne zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności na raka szyjki macicy i inne nowotwory HPV-zależne.

Irynotekan liposomowy w terapii raka trzustki

Rak trzustki w Polsce jest przyczyną 3% wszystkich diagnoz onkologicznych. Zajmuje 10. pozycję pod względem zachorowalności – rocznie raka trzustki rozpoznaje się u około 4 000 chorych, z tego aż u ponad 80% w momencie rozpoznania występują już przerzuty. Pod względem przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych rak trzustki zajmuje 6. pozycję. Jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów – szansę na 5-letnie przeżycie ma zaledwie ok 5% pacjentów, a rok od postawienia diagnozy przeżywa zaledwie 25 proc. chorych. W krajach UE np. w UK przeżywalność utrzymuje się na stałym poziomie od lat 70. ubiegłego wieku, a 10-letnia przeżywalność wynosi 1%. Tylko ok. 20% przypadków RT jest operacyjnych/potencjalnie operacyjnych. W takich przypadkach wskazana jest terapia adjuwantowa w oparciu o gemcytabinę, która wykazała skuteczność kliniczną w badaniach Conco001 oraz ESPAC-3.(DFS – 13,4 mies., OS – 22,8 mies.). Ogromny postęp w zakresie terapii i rokowań w niektórych rakach (np. w raku piersi, czy prostaty), nie poprawił rokowań dla pacjentów z rakiem trzustki. RT pozostaje wciąż w czołówce raków o najgorszym rokowaniu. To sprawia, że RT jest nowotworem o niezaspokojonych potrzebach medycznych. Fatalne rokowanie w raku trzustki związane jest z budową guza nowotworu, która jest odmienna od pozostałych raków: w guzie dominuje podścielisko łącznotkankowe, jest on słabo unaczyniony, co ogranicza penetrację leków do guza, wewnątrz guza jest mało komórek immunokompetentnych, które są punktem uchwytu dla leków immunoonkologicznych. Nowotwór ten jest mało wrażliwy na terapie celowane. W RT największe innowacje dotyczą form podawania chemioterapii, a nie wprowadzenia nowych leków - lekarze mają bardzo ograniczone możliwości terapeutyczne w tej chorobie. Poza standardową chemioterapią, możliwości leczenia raka trzustki wciąż pozostają ograniczone. Na świecie dostępne są opcje terapii celowanej, takie jak inhibitory TRK dla pacjentów z fuzją NTRK. Dodatkowo, immunoterapia może być opcją dla wąskiego grona pacjentów z chorobą o wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej. Pacjenci z mutacjami germinacyjnymi BRCA mogą być kwalifikowani do leczenia inhibitorami PARP. Tylko około 5% pacjentów z rakiem trzustki kwalifikuje się do tych ukierunkowanych terapii. Pozostałe 95% pacjentów ma wciąż bardzo ograniczone możliwości leczenia; mimo wielu przeprowadzonych prób klinicznych nie udało się wykazać efektywności kolejnych molekuł.

Jedyną nową opcją terapeutyczną, która wykazała się skutecznością i bezpieczeństwem i została zarejestrowana przez FDA i EMA jest lek irynotekan liposomowy. Irynotekan liposomowy blokuje

enzym zwany topoizomerazą I. Poprzez blokowanie tego enzymu komórki nowotworowe nie mogą się rozmnażać i w końcu umierają. W preparacie irynotekan liposomowy jest zawarty w małych cząsteczkach tłuszczu zwanych "liposomami". Liposomy gromadzą się wybiórczo w obrębie raka trzustki i następnie powoli uwalniają lek, dzięki czemu może on działać dłużej w obrębie guza. Irynotekan liposomowy jest stosowany w II linii leczenia i jest rekomendowany przez międzynarodowe wytyczne: ESMO, NCCN, ASCO. Zarejestrowane wskazanie to leczenie gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie. Standardem terapii postaci przerzutowej raka trzustki w 1 linii u pacjentów PS 0-1, według wytycznych ESMO oraz NCCN jest polichemioterapia FOLFIRINOX lub nab-paklitaxel w połączeniu z gemcytabiną. Obie opcje terapeutyczne uznane są jako równoznaczne pod względem skuteczności. Irynotekan liposomowy jest pierwszym i jedynym lekiem zarejestrowanym dla dorosłych pacjentów z przerzutowym rakiem trzustki, wykazujących progresję choroby po terapii opartej na gemcytabinie, którego skuteczność w zakresie istotnego przedłużenia OS została wykazana w randomizowanej próbie klinicznej (badanie NAPOLI-1). Badanie NAPOLI-1 wykazało istotne statystycznie i znaczące klinicznie wydłużenie OS o 45% (całkowita korzyść OS – 1,9 mies.; Irynotekan liposomowy+5FU+LV 6,1 mies. vs 4,2 mies. w ramieniu 5FU+LV). Zastosowanie terapii opartej na irynotekanie liposomowym pozwoliło pacjentom na wydłużenie OS o 45% (vs grupa 5FU+LV). Po 12 miesiącach terapii nadal żyło 26% pacjentów stosujących terapię opartą na irynotekanie liposomowym (vs 16% grupa porównywana). U pacjentów, którzy otrzymali min. 80% intensywność leczenia w ciągu pierwszych 6 tygodni terapii zaobserwowano największe korzyści – wydłużenie mediany OS o 75% (3,8 mies.; 8,9 mies vs 5,1 mies.) vs. grupa porównywana. W analizie post hoc wykazano, że w grupie pacjentów dobrego rokowania: z PS Karnofsky => 90 ; u pacjentów poniżej 65 roku życia, z niskimi mianami Ca 19.9, wskaźnikiem limfocyty/neutrofile poniżej lub = 5 oraz bez przerzutów do wątroby OS wyniósł ponad 1 rok. Zamknięcie cząsteczki leku irynotekan liposomowy w nanoliposomie pozwala na wydłużenie czasu obecności i aktywności leku w obrębie guza nowotworowego oraz zwiększa konwersję do aktywnego metabolitu SN-38 i wydłuża czas na jego ekspozycję. W oparciu o dane z badania Napoli-1: terapia lekiem irynotekan liposomowy nie pogarsza jakości życia chorych. AEs podczas terapii mają przewidywalny charakter, są łatwe w większości przypadków do zarządzenia, poprzez leczenie objawowe lub dostosowanie dawki terapii do stanu pacjenta.¹⁵ Irynotekan liposomowy został zarejestrowany w Unii Europejskiej w dniu 14 października 2016 r. i aktualnie jest refundowany w 17 krajach wspólnoty.¹⁶ Refundowane wskazanie to: Leczenie gruczolakoraka trzustki z przerzutami, w połączeniu z 5-fluorouracylem (5-FU) i leukoworyną (LV), u dorosłych pacjentów z progresją choroby po terapii opartej na gemcytabinie.¹⁷

Sacytuzumab gowitekan w terapii potrójnie ujemnego raka piersi

Rak piersi był w roku 2020 najczęściej diagnozowanym spośród nowotworów złośliwych na świecie. W Polsce sytuacja jest podobna. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów w 2017 r. w Polsce stwierdzono 18 529 nowych zachorowań na ten nowotwór, a z powodu raka piersi zmarło 6670 kobiet. Szczyt zachorowań występuje u kobiet w wieku 50-69 lat. 1 na 8 kobiet zachoruje na ten nowotwór

¹⁵ https://journals.viamedica.pl/onkologia_w_praktyce_klin_edu/article/download/66378/49509

¹⁶ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1130.htm>

¹⁷ https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2016/20161014135718/anx_135718_pl.pdf

w ciągu swojego życia. Podział molekularny ma znaczenie dla ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego, odbywa się poprzez ocenę: ekspresji receptorów ER, ekspresji receptorów PgR oraz statusu receptora HER2. Uwzględniając powyższe, czyli ocenę ekspresji receptorów, raka piersi możemy podzielić na 4 główne podtypy: HR+/HER2- (Luminal A), HR+/HER2+ (Luminal B), HR-/HER2+ (HER2-enriched) oraz HR-/HER2 (TNBC). Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC, triple-negative breast cancer) to nowotwór, który nie wykazuje obecności receptorów estrogenowych (ER), receptorów progesteronowych (PgR) i nadekspresji ludzkiego naskórkowego receptora typu 2 (HER2, human epidermal receptor 2) w ocenie immunohistochemicznej. Ujemne wyniki oceny tych parametrów oznaczają, że proliferacja (rozwój) komórek tego nowotworu i jego progresja nie są stymulowane przez receptory dla estrogenu i progesteronu ani poprzez receptor HER2. Rak potrójnie ujemny stanowi około 10-15% wszystkich nowotworów piersi. Według danych z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie w latach 2016–2018 w Polsce pierwotne TNBC stanowiły 9,6%, a rozsiane (czyli z przerzutami) - 17,9%. TNBC, jest podtypem biologicznym raka piersi charakteryzującym się najgorszym rokowaniem i najczęstszym występowaniem u chorych w młodszym wieku. Wynika to z samej biologii komórek nowotworowych, charakteryzujących się większą dynamiką wzrostu, większą złośliwością kliniczną, czy niższym zróżnicowaniem komórek nowotworu, ale również z braku możliwości zastosowania wielu terapii systemowych skutecznych w innych podtypach biologicznych raka piersi, takich jak hormonoterapii czy terapii anty-HER2 (Human epidermal growth factor receptor 2 -receptor ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu). Wobec tego bardzo ważny jest dalszy rozwój terapii systemowych dostępnych dla tej grupy chorych. Przeciwnowotworowe leczenie systemowe (inaczej „układowe”) polega na stosowaniu leków podawanych w taki sposób, by działały na cały organizm. Obecnie można wskazać trzy główne sposoby przeciwnowotworowego leczenia systemowego: chemioterapia, czyli leczenie cytotoksyczne (powodujące śmierć komórek); hormonoterapia, czyli celowe oddziaływanie na produkcję/działanie hormonów (rzadko wywołuje śmierć komórek, ale często powoduje zatrzymanie ich rozwoju – leczenie cytostatyczne); leczenie biologiczne, czyli wpływające na działanie układu odpornościowego i ukierunkowane na określone cele molekularne (np. szczególne receptory na powierzchni komórek). Część przypadków TNBC ściśle wiąże się z zaburzeniami genów BRCA i ich produktów białkowych. W grupie kobiet z mutacją w genie BRCA1 75% rozpoznawanych raków piersi ma postać raka potrójnie ujemnego. Ogólna charakterystyka TNBC to: agresywny przebieg kliniczny, bardzo ograniczona liczba opcji terapeutycznych, gorsze prognozy przeżycia 5-letniego w porównaniu do innych podtypów molekularnych, oraz wyższym ryzykiem występowania przerzutów do narządów trzewnych (najczęściej płuca - 40%, mózg - 30%, wątroba - 20%, kości - 10%), występuje częściej u kobiet młodszych, w wieku przed-menopauzalnym. Wytyczne europejskie (ESMO - European Society of Medical Oncology) rekomendują u pacjentek we wczesnym stadium choroby zastosowanie chemioterapii. Gdy pacjentka przestaje odpowiadać na leczenie i pojawiają się przerzuty, rekomendowane są inhibitory PARP (w przypadku wystąpienia mutacji BRCA), immunoterapia lub kontynuowana jest chemioterapia. W kolejnym etapie preferowaną opcją jest terapia lekiem - sacytuzumab gowitekan lub w przypadku braku jego dostępności - chemioterapia. Pacjentki z przerzutowym TNBC (mTNBC) gorzej odpowiadają na chemioterapię niż pacjentki z innymi podtypami. Pozytywna odpowiedź na to leczenie uzyskiwana jest u maksimum 10-15% chorych z mTNBC. Mediana przeżycie całkowitego (OS) dla pacjentek z mTNBC leczonych konwencjonalną chemioterapią to 9-12 miesięcy. Lek został zarejestrowany przez EMA w listopadzie ubiegłego roku.

W dniu 25 lutego lek sacytuzumab gowitekan został ujęty w opublikowanym przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych wykazie technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności na rok 2022. Zgodnie z opinią Rady Przejrzystości Agencji sacytuzumab gowitekan zakwalifikowany został do kategorii A, czyli technologii przewidzianych do finansowania w ramach Funduszu Medycznego w pierwszej kolejności. Dzięki decyzji Ministra Zdrowia opublikowanej w obwieszczeniu refundacyjnym nr 66 od dnia 1 listopada 2022 r. sacytuzumab gowitekan będzie refundowany publicznie w ramach programu lekowego B.9.FM „LECZENIE CHORYCH NA RAKA PIERSI (ICD-10: C50)” we wskazaniu „Leczenie II lub III linii przerzutowego potrójnie ujemnego w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali co najmniej dwie linie leczenia systemowego”. Jest to technologia lekowa o wysokim poziomie innowacyjności finansowana z Funduszu Medycznego.¹⁸

Pembrolizumab w leczeniu wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi wysokiego ryzyka

Statystycznie istotne wyniki przeżycia wolnego od zdarzeń (event-free survival – EFS) w badaniu KEYNOTE-522 stanowiły silny sygnał do aktualizacji wytycznych ASCO z 2021 r. dotyczących roli pembrolizumabu w leczeniu wczesnego TNBC wysokiego ryzyka. W 2021 r. Association for Clinical Oncology (ASCO) opublikowało wytyczne dotyczące chemioterapii neoadjuwantowej, terapii hormonalnej i terapii celowanej w raku piersi. Niedawno zaprezentowano wyniki czwartej analizy pośredniej danych z randomizowanego, zaślepionego, kontrolowanego placebo badania KEYNOTE-522. W ramach badania KEYNOTE-522 oceniano połączenie neoadjuwantowej chemioterapii z karboplatiną i paklitakselem, a następnie doksorubicyną lub epirubicyną i cyklofosfamidem z pembrolizumabem (n = 784) lub placebo (n = 390), z rocznym leczeniem adjuwantowym pembrolizumabem lub placebo po operacji u 1174 pacjentek z wcześniej nieleczonym, potrójnie ujemnym rakiem piersi w stadium II lub III (triple-negative breast cancer – TNBC). Pacjentki kwalifikowały się do KEYNOTE-522 niezależnie od ekspresji PD-L1.

Stosowanie kapecytabiny jako terapii adjuwantowej nie było dozwolone. Statystycznie istotne wyniki przeżycia wolnego od zdarzeń (event-free survival – EFS) w badaniu KEYNOTE-522 stanowiły silny sygnał do aktualizacji wytycznych ASCO z 2021 r. dotyczących roli pembrolizumabu w leczeniu wczesnego TNBC wysokiego ryzyka. Przy medianie czasu obserwacji wynoszącej 39,1 miesiąca zaktualizowana analiza wykazała statystycznie istotną poprawę EFS wśród pacjentek, które otrzymywały pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią neoadjuwantową, a następnie pembrolizumab adjuwantowo po operacji, w porównaniu z pacjentkami, które otrzymywały chemioterapię z placebo (3-letni EFS 84,5% wobec 76,8%; współczynnik ryzyka 0,63, 95% CI, 0,48 do 0,82; p <0,001). Po 36 miesiącach szacowane przeżycie całkowite (OS) w grupie otrzymującej chemioterapię z pembrolizumabem wyniosło 89,7% (95% CI, 87,3 do 91,7), natomiast szacowany OS w grupie placebo-chemioterapii wyniósł 86,9% (95% CI, 83,0 do 89,9). Zmarło 80 pacjentów (10,2%) w grupie otrzymującej pembrolizumab i chemioterapię oraz 55 pacjentów (14,1%) w grupie otrzymującej placebo (współczynnik ryzyka zgonu 0,72; 95% CI, 0,51 do 1,02). Warto zauważyć, że dane OS

¹⁸ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenie-ministra-zdrowia-z-dnia--20-pazdziernika-2022-r-w-sprawie-wykazu-refundowanych-lekow-srodkow-spozywczych-specjalnego-przeznaczenia-zywniowego-oraz-wyrobow-medycznych-na-1-listopada-2022-r>

przedstawione wyłącznie w celach opisowych były niedojrzałe w tej analizie okresowej i trwają dalsze obserwacje uczestników w fazie follow up. W fazie neoadjuwantowej i adjuwantowej badania zdarzenia niepożądane związane z leczeniem (treatment-related adverse events – TRAE), które były stopnia III lub wyższego, wystąpiły odpowiednio u 77,1% i 73,3% pacjentów w grupie chemioterapii z pembrolizumabem i chemioterapii z placebo. Większość zdarzeń niepożądanych wystąpiła w fazie leczenia neoadjuwantowego w porównaniu z fazą adjuwantową. Najczęściej występującymi TRAE stopnia III lub wyższego w grupach chemioterapii z pembrolizumabem i chemioterapii z placebo były neutropenia (34,5% wobec 33,4%), obniżenie liczby neutrofilii (18,6% wobec 23,1%) i niedokrwistość (18,0% wobec 14,9%). Cztery zgony w grupie otrzymującej chemioterapię z pembrolizumabem i jeden zgon w grupie otrzymującej chemioterapię z placebo przypisano stosowanemu leczeniu. TRAE, które doprowadziły do przerywania schematu leczenia, wystąpiły u 27,7% pacjentów w grupie chemioterapii z pembrolizumabem i 14,1% pacjentów w grupie otrzymującej chemioterapię z placebo. Zdarzenia niepożądane o podłożu immunologicznym stopnia III lub wyższego (immune-mediated adverse events – irAE) wystąpiły u 12,9% pacjentów w grupie chemioterapii z pembrolizumabem i u 1,0% pacjentów w grupie otrzymującej placebo. Stwierdzono większą częstość występowania zaburzeń endokrynologicznych dowolnego stopnia – niedoczynność lub nadczynność tarczycy, niewydolność nadnerczy, zapalenie tarczycy i zapalenie przysadki – obserwowaną w grupie chemioterapii z pembrolizumabem (26,8%) niż w grupie otrzymującej chemioterapię z placebo (9,1%). Na podstawie powyższych wyników badania KEYNOTE-522 u pacjentek z potrójnie ujemnym rakiem piersi (TNBC) T1c N1-2 lub T2-4 N0 (stadium II lub III)) eksperci ASCO zalecają stosowanie pembrolizumabu (200 mg raz na 3 tygodnie lub 400 mg raz na 6 tygodni) w skojarzeniu z chemioterapią neoadjuwantową, a następnie adjuwantową terapię pembrolizumabem po operacji. Terapię uzupełniającą pembrolizumabem można podawać jednocześnie z radioterapią lub po jej zakończeniu. Biorąc pod uwagę, że irAE związane z terapią pembrolizumabem mogą być ciężkie i trwałe, wymagane są staranne badania przesiewowe i postępowanie w przypadku wystąpienia toksyczności. Wytyczne ASCO dotyczące postępowania w przypadku irAE u pacjentów leczonych inhibitorami immunologicznych punktów kontrolnych zawierają szczegółowe zalecenia dotyczące praktyki klinicznej i powinny być znane przez klinicystów stosujących pembrolizumab u pacjentów z wczesnym TNBC.¹⁹

Pembrolizumab został zarejestrowany przez EMA w dniu 19 października 2021 r. w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie neoadjuwantowe, a następnie kontynuowany w monoterapii jako leczenie adjuwantowe po zabiegu chirurgicznym, w leczeniu osób dorosłych z miejscowo zaawansowanym lub we wczesnym stadium potrójnie ujemnym rakiem piersi, u których ryzyko nawrotu jest wysokie. Produkt leczniczy pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią jest wskazany do stosowania w leczeniu miejscowo nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi nieoperacyjnego lub z przerzutami u osób dorosłych, u których CPS z ekspresją PD-L1 w tkance nowotworowej wynosi

¹⁹ Pembrolizumab w leczeniu wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi wysokiego ryzyka – zalecenia ASCO. Termedia. 13.05.2022 <https://www.termedia.pl/onkologia/Pembrolizumab-w-leczeniu-wczesnego-potrójnie-ujemnego-raka-piersi-wysokiego-ryzyka-zalecenia-ASCO,46966.html>

≥ 10 i które wcześniej nie otrzymywały chemioterapii w związku z chorobą nowotworową z przerzutami.²⁰

Abemacyklid w leczeniu wczesnej postaci raka piersi

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet – według KRN, stanowił 23% wszystkich nowo rozpoznanych nowotworów w 2019 r. Stanowił on też drugą przyczynę zgonów na nowotwory złośliwe, tuż po nowotworze płuc. Rokowanie w raku piersi zależy m.in. od stadium zaawansowania nowotworu oraz konkretnego podtypu molekularnego. Najczęściej spotykany jest rak hormonozależny, diagnozowany we wczesnym stadium. Wczesny rak piersi oznacza taki etap choroby, w którym nie ma jeszcze przerzutów odległych. Celem terapii wczesnego raka piersi jest całkowite wyleczenie. Zaawansowany rak piersi to choroba z przerzutami. Zaawansowany rak piersi nie może być całkowicie wyleczony, celem terapeutycznym jest wydłużenie przeżycia pacjenta i utrzymanie go w jak najlepszej jakości życia. Populacja pacjentów z diagnozą wczesnego raka piersi nie jest jednorodna - zdarzają się w niej również pacjenci z bardziej rozwiniętą chorobą – np. mający przerzuty do licznych węzłów czy większy rozmiar guza. Czynniki te przyczyniają się do gorszego rokowania. Mimo wczesnego stadium, u tych pacjentów choroba jest groźniejsza - w tej grupie pomimo dostępnego leczenia nawrót choroby występuje u nawet 30% osób. Nawrót występuje najczęściej w postaci przerzutów odległych, co czyni chorobę nieuleczalną. Możemy z dużym prawdopodobieństwem określić, czy u danego pacjenta występuje wysokie ryzyko nawrotu choroby, korzystając z cech kliniczno-patologicznych takich jak m.in. podtyp molekularny guza, liczba zajętych lokalnych węzłów chłonnych, stopień złośliwości guza czy wielkość zmiany nowotworowej i dzięki temu dostosować terapię tak, aby jak najskuteczniej zredukować u niego podwyższone ryzyko wystąpienia nawrotu choroby. Rak piersi wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno dla chorego, jego rodziny, jak i społeczno-ekonomicznymi. Z perspektywy pacjenta deficyt zdrowia odbija się na wszystkich aspektach jego życia. W przypadku wczesnej postaci choroby, przebyte leczenie może pozostać jedynie epizodem zakończonym trwałym wyleczeniem, powrotem do pełnego zdrowia, ról społecznych, zdolności do pracy - pełni normalnego funkcjonowania. W przypadku zaawansowanego raka piersi jest to choroba nieuleczalna, wymagająca długotrwałej farmakoterapii i monitorowania, mogąca tym samym prowadzić do wypadania z ról społecznych, obniżenia jakości życia, cierpienia – wiążąca się ze znacznym obciążeniem psychicznym chorego, wymagająca wsparcia psychologicznego. Konsekwencje społeczne i ekonomiczne raka piersi są znaczne, mimo że rokowanie raka piersi na przestrzeni ostatnich lat bardzo się poprawiło dzięki dostępowi do innowacyjnych terapii, które zmieniają oblicze tej choroby. Konsekwencje obejmują zarówno koszty dla systemu ochrony zdrowia, jak i systemu ubezpieczeń społecznych i całej gospodarki kraju – wynikają z przedwczesnych zgonów, rent z tytułu niezdolności do pracy, absenteizmu i prezenteizmu zarówno samych chorych jak i ich opiekunów. W tym kontekście kluczowe jest podkreślenie, że im szybciej, na wcześniejszym etapie zdiagnozowana jest choroba, tym większa szansa na całkowite wyleczenie pacjenta i tym samym uniknięcie systemowych kosztów wygenerowanych przez trwałą niezdolność do pracy, renty i straty spowodowane przedwczesnymi zgonami.

²⁰ https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/keytruda-epar-product-information_pl.pdf

Aktualnie w Polsce dla pacjentów z rakiem piersi refundowanych jest w ramach programu lekowego wiele cząsteczek, jednak nie wszystkie podtypy raka mają aktualnie zapewnione optymalne leczenie - pacjenci z najczęstszą postacią raka – hormonozależnym, wczesnym rakiem piersi HER2- nie mają aktualnie dostępu do innowacyjnej terapii, a jedynie do niespecyficznego chemioterapii oraz hormonoterapii klasycznej. W przypadku tego rodzaju raka, mimo że większość pacjentów dobrze reaguje na aktualnie dostępne leczenie, istnieje szczególna populacja chorych, mających wysokie ryzyko nawrotu choroby. Nawet u 30% pacjentów w ciągu pierwszych kilku lat od wdrożenia terapii wytwarza się oporność na aktualnie dostępne leczenie, skutkując nawrotem choroby w postaci przerzutów odległych, które nie są uleczalne i prowadzą do przedwczesnego zgonu. W związku z tym, w tej szczególnie narażonej na nawrót subpopulacji chorych z wczesnym rakiem hormonozależnym HER2-, istnieje niezaspokojona potrzeba wdrażania skutecznego leczenia redukującego ryzyko nawrotu choroby. Dla tych właśnie pacjentów w ostatnim czasie pojawiły się nowe opcje terapeutyczne, polegające na skojarzeniu hormonoterapii z leczeniem celowanym, dla którego wykazano skuteczność w redukcji ryzyka nawrotu choroby. Aktualnie dostępne, refundowane leczenie pacjentów z hormonozależnym HER2- rakiem piersi obejmuje kombinację leczenia chirurgicznego, radioterapii, chemioterapii i hormonoterapii – jest to leczenie powszechnie dostępne, natomiast charakteryzujące się małą specyficznością w walce z nowotworem. Ostatni przełom jaki dokonał się w leczeniu tego typu raka to właśnie zastosowanie hormonoterapii. Kolejne badania prowadzone w tym obszarze na przestrzeni ostatnich dwóch dekad nie przynosiły przełomu. Nowy trend terapeutyczny to inhibitory CDK 4 i 6, znane już z terapii zaawansowanego, hormonozależnego raka piersi, wchodzące teraz również do terapii na wczesnym etapie choroby. Dane z badań klinicznych wskazują, że u pacjentek z wczesnym rakiem piersi o wysokim ryzyku nawrotu, zastosowanie terapii skojarzonej abemacyklibem (inhibitorem CDK 4 i 6) w połączeniu z hormonoterapią o ponad 30% obniża ryzyko nawrotu choroby, przy akceptowalnym profilu bezpieczeństwa. Ma to szczególnie istotne znaczenie, bo dotyczy chorych z grupy wysokiego ryzyka wystąpienia nawrotu choroby. Ze względu na fakt, że nawrót choroby najczęściej występuje w postaci przerzutów odległych, prowadząc tym samym do rozwinięcia choroby nieuleczalnej, jest to grupa chorych, u której mimo wczesnego stadium choroby jest ona szczególnie groźna. Biorąc pod uwagę pojawianie się nowych opcji terapeutycznych adresujących aktualnie niezaspokojone potrzeby, kluczowe jest ich jak najszybsze udostępnianie pacjentom, umożliwiające optymalizację terapii w celu zapobiegania wczesnym nawrotom choroby w tej szczególnie narażonej na nie grupie chorych

W 2018 r. Komisja Europejska wydała zgodę na stosowanie abemacyklibu w skojarzeniu z hormonoterapią w leczeniu uzupełniającym dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego (ang. hormone receptor, HR) i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (ang. human epidermal growth factor receptor 2, HER2), z przerzutami do węzłów chłonnych, z wysokim ryzykiem wystąpienia nawrotu.²¹ Abemacyklib to pierwszy i jedyny inhibitor CDK4 i 6 w terapii HR+, HER2- wczesnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu. Pozytywna opinia Europejskiej Agencji Leków zapadła w oparciu o wyniki badania 3 fazy monarchE1, które osiągnęło swój pierwszorzędowy punkt końcowy w drugiej

²¹ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1307.htm>

pośredniej analizie skuteczności, wykazując statystycznie istotną poprawę w zakresie przeżycia wolnego od choroby inwazyjnej (IDFS). W listopadzie 2019 r. Prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację dotyczącą objęcia refundacją abemacyklibu w skojarzeniu z inhibitorami aromatazy we wskazaniu: „Leczenie raka piersi”.²² Zgodnie z danymi z raportu Modern Healthcare Institute z 2020 r. obserwowane w ostatnich latach przyspieszenie wydawania decyzji refundacyjnych zahamowało narastające opóźnienia związane z zaleceniami onkologicznych wytycznych klinicznych. Aby utrzymać ten dobry trend w Polsce konieczne jest sukcesywne obejmowanie refundacją nowych opcji terapeutycznych - zgodnie z raportem o ok. 25% w skali roku.²³

Trastuzumab derukstekan w leczeniu HER2-dodatniego raka piersi

Postęp medycyny w leczeniu raka piersi idzie szybko do przodu. Mimo to przerzutowy rak piersi HER2-dodatni jest dalej nowotworem źle rokującym o agresywnym przebiegu. Mediana czasu przeżycia dla tego podtypu wynosi ok. 4-5 lat. Nowoczesne, celowane leczenie jest nadzieją dla pacjentek na osiągnięcie długotrwałej remisji lub wręcz doczekanie do momentu, aż pojawi się kolejna przełomowa terapia. Kluczowe jest, aby dostęp do tych terapii był na jak najwcześniejszych liniach leczenia, bowiem każda kolejna progresja choroby skraca życie pacjentek około o połowę. Nadzieją dla pacjentek na poprawę tej sytuacji jest trastuzumab derukstekan. W badaniu (DESTINY-Breast03) porównującym jego działanie do trastuzumabu emtanzyny (obecnego standardu leczenia), wykazał on wręcz bezprecedensową skuteczność w obszarze raka piersi. Prawie 100% pacjentek odpowiedziało na terapię (doszło albo do całkowitej remisji, do zmniejszenia guza, albo do stabilizacji choroby). Zaobserwowano 3-krotne wydłużenie mediany PFS (25,1 miesiąca vs 7,2 miesiąca) i redukcja ryzyka progresji lub zgonu na poziomie 72%. Odnotowano silny trend w kierunku poprawy całkowitych przeżyć (OS). Po 12 miesiącach obserwacji aż 94,1% pacjentek wciąż pozostaje przy życiu. To wszystko pozwala wnioskować, że terapia trastuzumabem derukstekanem w przeleczonej populacji chorych daje wyniki na poziomie co najmniej równym wynikom osiąganym obecnie w przypadku celowanej terapii pierwszoliniowej. W zaledwie 2 miesiące od momentu prezentacji danych z badania DESTINY-Breast03 ustalono nowy konsensus terapeutyczny. Wytyczne kliniczne (ESMO 2021, NCCN 2022) wskazują terapię trastuzumabem derukstekanem jako jedyną preferowaną opcję terapeutyczną w 2. linii leczenia HER2-dodatniego przerzutowego raka piersi, bądź w dalszych liniach, jeśli lek ten nie został wykorzystany w 2. linii leczenia. Polscy eksperci czekają teraz na możliwość udostępnienia trastuzumabu derukstekanu również dla polskich pacjentek. Członkowie zarządu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej wytypowali terapie, które powinny w 2022 r. zostać objęte refundacją. Liczba wskazań konkretnego leku decydowała o jego pozycji na liście, a tegorocznym liderem zestawienia został trastuzumab derukstekan. Lek ten został również umieszczony na wykazie technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności jako terapia, która powinna zostać objęta finansowaniem w ramach Funduszu Medycznego.

²² https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2019/193/REK/rp_102_2019_verzenio_nsai_mkp_zaczerniona.pdf

²³ <https://www.mzdrowie.pl/wp-content/uploads/2020/08/raport-onkologia-0826.pdf>

Dostarlimab w terapii raka endometrium (trzonu macicy)

Rak trzonu macicy to najczęstszy nowotwór narządu rodnych kobiet w Polsce: szósty pod względem częstości zachorowań u kobiet nowotwór na świecie, a czwarty w krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce notuje się ok. 6 tys. nowych zachorowań rocznie, co oznacza, że dziennie 16 kobiet dowiaduje się, że ma ten typ nowotworu. Liczba zachorowań rośnie, co jest związane z procesami demograficznymi, w tym starzeniem się populacji i spadkiem dzietności. Rak endometrium zwykle rozwija się u kobiet powyżej 45. roku życia, głównie po menopauzie. Rokowania są zazwyczaj dobre, ponieważ najczęściej choroba zostaje zdiagnozowana we wczesnych stadiach, gdyż pierwsze objawy są bardzo charakterystyczne: nieprawidłowe krwawienia z dróg rodnych. Skłania to kobiety do szybkiego zgłoszenia się do lekarza. Niestety, w ok. 10–15 proc. przypadków następuje wznowa, a u ok. 10–15 proc. pacjentek jest on wykrywany już w formie zaawansowanej. Te przypadki są trudne do leczenia: 5-letnie przeżycia nie przekraczają 19–20 proc. Wymaga to nowego podejścia do terapii. Nadzieją na leczenie trudnych przypadków okazało się wykrycie w tych guzach defektu genów naprawy niedopasowań (dMMR) i niestabilności mikrosatelitarnej (MSI). – Okazuje się, że aż 30 proc. raków endometrium ma cechy niestabilności mikrosatelitarnej. W UE i USA rekomendowane jest wykonywanie badań w kierunku niestabilności mikrosatelitarnej u wszystkich chorych z rakiem endometrium. Leczeniem z wyboru dla tych chorych jest immunoterapia, a przede wszystkim tzw. inhibitory punktów kontrolnych. To leki, które odwracają hamowanie odpowiedzi immunologicznej. Pozwalają układowi immunologicznemu znów „zobaczyć” komórkę nowotworową i ją zwalczać. Nie daje się on już „oszukać” nowotworowi. U chorych z rakiem endometrium takim lekiem zarejestrowanym w Polsce jest dostarlimab. W badaniu GARNET prowadzonym u pacjentek z rakiem endometrium z cechami niestabilności mikrosatelitarnej aż 42 proc. chorych z nawrotami choroby lub zaawansowanym nowotworem uzyskało odpowiedź na leczenie, a u 58 proc. uzyskano kontrolę choroby. Wyniki tego badania są jednoznacznie pozytywne, a lek jest bardzo dobrze tolerowany.²⁴ Dostarlimab to pierwsze przeciwciało anti-PD-1 dopuszczone w kwietniu 2021 r. przez Komisję Europejską do stosowania w leczeniu nawrotowego lub zaawansowanego raka endometrium u kobiet, które wcześniej były leczone nieskutecznie.²⁵ Niestabilność mikrosatelitarna powoduje oporność na chemioterapię, za to wrażliwość na leki immunologiczne (inhibitory punktów kontrolnych). To leczenie jest skuteczne u kobiet, których guzy mają właśnie tę cechę.

Dostęp do diagnostyki nowotworów BRCA-zależnych

Mutacje w genach BRCA1/2 mogą być przyczyną wystąpienia raka jajnika, raka piersi, raka trzustki i raka prostaty. Często zapomina się, że mutacje w genach BRCA1/2 mogą być dziedziczone od obojga rodziców. Nosiciele mutacji w genach BRCA1/2 mają większe ryzyko wystąpienia nowotworu jajnika, prostaty, trzustki, piersi. A jeśli zachorują to zazwyczaj w młodszym wieku, co istotnie wpływa zarówno na ich życie, jak i ich rodzin. Niestety w dalszym ciągu liczba badań diagnostycznych (są refundowane) u kobiet chorujących na raka jajnika nie przekracza 30%. Kluczowe jest stworzenie wytycznych dot. diagnostyki w kierunku mutacji w genach BRCA, które skupią się na wszystkich nowotworach BRCA-zależnych i wprowadzenie ich do codziennej praktyki. Rozwiązaniem w przypadku raka jajnika może być powiązanie procedury operacji z diagnostyką, co oznacza, że operacja zostanie rozliczona wówczas,

²⁴ <https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/fullarticle/2771011>

²⁵ <https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h1538.htm>

gdy pacjentka będzie miała przeprowadzenie badanie z tkanki w kierunku mutacji BRCA1/2. W przypadku raka piersi, trzustki, prostaty, istotne będzie wdrożenie standardu postępowania, który określiłby na jakim etapie i komu należy wykonać diagnostykę w kierunku wystąpienia mutacji BRCA1/2. Wszyscy zdrowi nosiciele mutacji w genach BRCA powinni zostać objęci działaniami profilaktycznymi. Obecnie ogromnym problemem jest niepewność w związku z funkcjonowaniem „Programu opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe”, w ramach którego rodziny osób BRCA+ były pod opieką profilaktyczną. Pacjenci są głęboko zaniepokojeni sytuacją, ponieważ brakuje informacji co obecnie dzieje się programem. Nikt z organizacji pacjentów do tej pory nie został też poproszony o uczestnictwo w pracach nad programem.

Rak jajnika jest jednym z najgorzej rokujących nowotworów ginekologicznych. Szansę na wyleczenie pacjentki mają jedynie w pierwszej linii leczenia, ponieważ kiedy pojawi się pierwszy nawrót, już wiadomo, że jest to choroba nieuleczalna. Dlatego tak ważne jest, aby nowozdiagnozowane pacjentki otrzymały jak najskuteczniejsze leczenie na samym początku postępowania medycznego. Wybór optymalnej terapii jest ściśle powiązany z oznaczeniem u każdej pacjentki statusu mutacji w genach BRCA. Procedura ta powinna mieć charakter obligatoryjny. Daje bowiem informację nie tylko o spodziewanych efektach leczenia chorej, ale także pozwala na podjęcie działań profilaktycznych w przypadku jej rodziny. Dodatkowo, obecnie program lekowy B.50 nie daje możliwości zastosowania inhibitora PARP w połączeniu z bewacyzumabem, dlatego istotna będzie zmiana zapisów programu lekowego tak, aby umożliwić jednoczesne podawanie obydwu terapii. Badania wskazują, że taki schemat niemal 3-krotnie bardziej wydłuża przeżycie wolne od progresji choroby niż stosowanie samego bewacyzumabu (z 5,7 mies. do 15,5 mies.) – to jest dodatkowy czas dany pacjentce, którego obecnie nie ma.

Wystąpienie mutacji w genach BRCA u pacjenta chorującego na raka prostaty to świadomość zupełnie innej, trudniejszej choroby. Pacjenci chorują w młodszym wieku, ich choroba jest bardziej agresywna, częściej dochodzi do przerzutów. Wykrycie mutacji w genach BRCA u pacjentów z rakiem prostaty to jednocześnie możliwość dobrania precyzyjniejszego leczenia. Szansą dla tej grupy pacjentów może być inhibitor PARP – olaparyb, którego zastosowanie w leczeniu raka prostaty wydłuża przeżycie całkowite w chorych BRCAm o niemal rok [w adjustowanej analizie].

Jednym z czynników ryzyka wystąpienia raka trzustki jest obecność mutacji w genach BRCA, która występuje u ok. 4-7% pacjentów chorujących na raka trzustki. Osoby BRCA+ mają 3,5 razy większe ryzyko wystąpienia raka trzustki oraz chorują młodziej – mediana wieku to 63 lata vs 70 lat. Nadzieją dla pacjentów z rakiem trzustki, z mutacjami BRCA po uprzednim leczeniu chemioterapią opartej o platyny – może być leczenie inhibitorem PARP – olaparybem, zastosowanie którego dwukrotnie wydłuża 3-letnie przeżycia całkowite – z niemal 18% do niemal 34%.

5-15% raków piersi jest związana z genetycznymi dziedzicznymi mutacjami, w tym w genach BRCA. Germinalne mutacje BRCA zwiększają ryzyko zachorowania na raka piersi o 45-65%! Kobiety będące nosicielkami chorują ciężiej, w młodszym wieku (40-46 lat vs. 65 lat), występuje u nich większe i szybsze ryzyko nawrotu choroby i przerzutów odległych; mają większe ryzyko rozwoju przerzutów wielonarządowych i przerzutów do mózgu; mają większe ryzyko wystąpienia raka piersi w tej samej piersi lub w piersi przeciwnej, ale też większe ryzyko wystąpienia raka jajnika: 40% dla BRCA1 i 18%

dla BRCA2. Po zastosowaniu standardu leczenia u chorych z mutacjami BRCA, HER2-/HR+ lub potrójnie ujemnym raku piersi nie ma dostępnych żadnych opcji leczenia, dopóki chora nie progresuje do choroby bardziej zaawansowanej. Leczenie choroby zaawansowanej jest bardziej intensywne, inwazyjne, toksyczne i daje gorsze wyniki – dlatego chore powinny dostawać najlepszą możliwą terapię jak najwcześniej. Celem leczenia wczesnego raka piersi jest wyleczenie lub osiągnięcie długoczasowej remisji choroby. Rozwiązaniem może być leczenie inhibitorem PARP – olaparybem, zastosowanie którego wydłuża istotnie statystycznie przeżycia całkowite wg najnowszych doniesień z kongresu ESMO oraz wg wielu ekspertów wyznacza nowy standard terapii.

Nowe formy trastuzumabu, jako wyjście naprzeciw optymalizacji opieki zdrowotnej i jakości życia pacjenta

Trastuzumab to produkt leczniczy, który spektakularnie zmienił sposób leczenia agresywnej postaci HER2-dodatniego raka piersi pacjentek na całym świecie, poprawiając istotnie wyniki leczenia i podnosząc jakość życia chorych na raka piersi. Udostępniona w 2016 roku nowa, innowacyjna forma podania leku jest preferowana przez pacjentki. Terapia w formie podskórnej poprawia komfort leczenia, skraca czas podania leku, a także umożliwia aktywność zawodową oraz społeczną chorych, co wpływa bezpośrednio na jakość ich życia. Krótszy czas podania leku przekłada się także na skrócenie kolejek w oczekiwaniu na leczenie onkologiczne. Wprowadzenie trastuzumabu do praktyki klinicznej stanowiło przełom w leczeniu chorych na HER2-dodatniego raka piersi. W licznych badaniach klinicznych wykazano jego skuteczność u chorych na wczesnego, miejscowo zaawansowanego i przerzutowego raka piersi. Niedawno opracowano bardziej wygodną do podawania formę podskórną (s.c.) tego leku. Na podstawie wyników badania HannaH, w którym porównano postać dożylną (i.v.) z s.c., European Medicines Agency zarejestrowała formę s.c. trastuzumabu. W badaniu wykazano, że odsetek patologicznych odpowiedzi całkowitych, a także minimalne stężenie leku przed 8. cyklem terapii nie były gorsze w przypadku stosowania trastuzumabu s.c. w porównaniu z formą i.v. Ostatnio przedstawiono wyniki badania HannaH dotyczące skuteczności terapii po medianie czasu obserwacji wynoszącej 40 miesięcy. Odsetki chorych bez niekorzystnych zdarzeń (nawrotu, progresji lub zgonu z każdej przyczyny) po 3 latach były porównywalne w obu ramionach badania (76% trastuzumab s.c. vs. 73% trastuzumab we wlewie i.v.). Z kolei w badaniu PrefHer zdecydowana większość chorych oraz przedstawiciele personelu medycznego preferowała postać s.c. leku. Reakcje związane z podaniem leku wystąpiły tylko u chorych stosujących formę s.c., niemniej ich nasilenie było niewielkie. Obecnie trwa duże badanie SafeHer oceniające bezpieczeństwo i tolerancję trastuzumabu s.c. Wstępne wyniki tego badania potwierdzają dotychczasowe doniesienia i bezpieczeństwo terapii. Dodatkowo stosowanie formy s.c. skraca czas podawania leku i pobytu chorych w przychodni, zmniejsza ryzyko błędów w dawkowaniu leku dzięki zastosowaniu stałej dawki i stwarza możliwość wykonywania innych obowiązków w ramach istniejących zasobów personelu medycznego.²⁶ Trastuzumab, który jest stosowany od ok. 20 lat, początkowo był podawany dożylnie pacjentkom z rozsiałym rakiem piersi. Po wielu latach jest możliwość stosowania nowej formy tego leku – podskórnej. Szczególnie w dobie

²⁶ Katarzyna Pogoda, Anna Niwińska. Trastuzumab podawany podskórnie — najnowsze doniesienia dotyczące skuteczności i bezpieczeństwa leczenia chorych na HER2-dodatniego raka piersi. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2015, tom 11, nr 2, 93–99 Copyright © 2015 Via Medica ISSN 1734–3542 www.opk.viamedica.pl

pandemii jest to spore udogodnienie zarówno dla personelu medycznego, jak i dla pacjentek. Przede wszystkim jest to jedna dawka, nieprzeliczana na kilogram, co zmniejsza ryzyko błędów w dawkowaniu. Lek w formie podskórnej podaje się tylko przez 5 minut, co 3 tygodnie w trybie ambulatoryjnym, podczas gdy podanie dożylnie zajmuje 30 minut. W przypadku choroby rozsianej, której leczenie staje się już dziś leczeniem przewlekłym, oznacza to dla pacjentki ogromny komfort. Jeśli jej choroba jest w trakcie stabilizacji, może ona wrócić do aktywności zawodowej. Forma podskórna leku jest przyjazna zarówno dla pacjentek, jak i dla systemu opieki zdrowotnej. Preparat dożylny musi być przygotowany w aptece szpitalnej, co wymaga zaangażowania farmaceuty, a później przy podaniu leku pielęgniarki. Mając postać podskórną, można dużo lepiej zorganizować opiekę. To jest zasadnicza różnica między oboma formami leku. Pacjentka może obecnie w inny sposób myśleć o swojej chorobie. Często dostaje od pracodawcy zgodę, żeby wyjść na zastrzyk i po kilku godzinach wraca do pracy. To są rewolucje, które pozwalają jej myśleć, że rak piersi to nie jest wyrok, że można przejść przez chorobę, normalnie funkcjonując.²⁷

Trastuzumab emtanzyna jest koniugatem przeciwciała z lekiem, który zawiera trastuzumab, humanizowane przeciwciało monoklonalne IgG1 wytwarzane w hodowli zawiesiny komórek ssących (komórki jajnika chomika chińskiego), związane kowalencyjnie z DM1, inhibitorem mikrotubul, poprzez stabilny łącznik tioeterowy MCC (4-[N-maleimidometylo] cykloheksano-1-karboksylan). Produkt leczniczy trastuzumab emtanzyna, stosowany w monoterapii, jest wskazany w leczeniu dorosłych pacjentów z HER2-dodatnim, nieoperacyjnym miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem piersi, poddanych wcześniej terapii trastuzumabem i taksoidem, w połączeniu lub oddzielnie. Są to pacjenci: po wcześniejszym leczeniu z powodu miejscowo zaawansowanej lub uogólnionej postaci choroby lub u których wystąpił nawrót choroby w trakcie lub przed upływem sześciu miesięcy od zakończenia leczenia uzupełniającego.

Cukrzyca

Semaglutyd w terapii cukrzycy typu 2

Od 1 września 2022 r. semaglutyd jest refundowany we wskazaniu: „Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c \geq 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI \geq 30 kg/m² oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek \geq 55 lat dla mężczyzn, \geq 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu).”

Semaglutyd, który pełni rolę agonisty receptora GLP-1 selektywnie wiąże się z receptorem GLP-1 aktywując go, podobnie jak natywny GLP-1. GLP-1 to fizjologiczny hormon o wielorakim działaniu w zakresie regulowania apetytu i stężenia glukozy oraz czynności układu sercowo-naczyniowego. Jego wpływ na stężenie glukozy i apetyt jest związany z receptorami GLP-1 znajdującymi się w trzustce i mózgu. Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) semaglutyd jest wskazany

²⁷ Innowacyjne leczenie raka piersi. Termedia <https://www.termedia.pl/mz/Innowacyjne-leczenie-raka-piersi-.45722.html>

do stosowania u dorosłych z niedostatecznie kontrolowaną cukrzycą typu 2 łącznie z odpowiednią dietą i wysiłkiem fizycznym w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania oraz w skojarzeniu z innymi produktami leczniczymi stosowanymi w leczeniu cukrzycy. Wnioskowane wskazanie zawiera się we wskazaniu rejestracyjnym.

Wg wyników badania SUSTAIN 5 wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 w grupach SEM 0,5 mg i 1 mg stosowanych razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano statystycznie istotną większą redukcję poziomu hemoglobiny glikowanej: HbA1c, stężenia glukozy na czczo w osoczu: FPG, stężenia glukozy w osoczu wg samodzielnego pomiaru: SMPG, masy ciała, wskaźnika BMI i obwodu talii oraz większą redukcję skoków glikemii po posiłku w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS. W grupie SEM 1 mg stosowanym razem z MET i INS po 30 tygodniach leczenia obserwowano również statystycznie istotny większy wzrost częstości rytmu serca i statystycznie istotną większą redukcję wartości ciśnienia skurczowego (SBP) w porównaniu do grupy otrzymującej PLA razem z MET i INS.

Otyłość

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR

Według WHO otyłość to jedna z głównych chorób cywilizacyjnych, która szczególnie zagraża mieszkańcom Europy. W ciągu ostatnich 20 lat trzykrotnie przybyło tutaj ludzi z otyłością.

W Polsce na otyłość cierpi co czwarta osoba. Nadmierną masę ciała w Polsce ma 65,7 proc. mężczyzn i 45,9 proc. kobiet. Otyłość występuje u 15,4 proc. mężczyzn i 15,2 proc. kobiet, otyłość olbrzymia (BMI 40,0 lub więcej) u 0,5 proc. mężczyzn i 0,4 proc. kobiet. To wyniki badań realizowanych przez IŻŻ/NIZP-PZH w ramach współpracy z EFSA, przeprowadzonych w latach 2019-2020.

Nadwaga i otyłość zwiększają ryzyko zachorowalności na cukrzycę typu 2, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, chorobę niedokrwinną serca, obturacyjny bezdech senny, chorobę zwyrodnieniową stawów, depresję oraz sprzyja rozwojowi niektórych typów nowotworów i podwyższa ryzyko zgonu. Leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie, jednocześnie znacząco poprawiając jego jakość. Chirurgiczne zmniejszenie żołądka zapewnia wyraźną utratę wagi i pomaga w leczeniu ponad 40 schorzeń związanych z otyłością, takich jak: cukrzyca typu 2, choroby serca, obturacyjny bezdech senny i niektóre nowotwory, włączając zapobieganie im, łagodzenie ich objawów oraz ustąpienie choroby. Po zabiegu bariatrycznym u pacjentów obserwowano redukcję incydentów kardiologicznych, udarów, występowania nowotworów oraz w szczególności lepszą kontrolę lub remisję cukrzycy, co wpływa na zmniejszenie śmiertelności związanej z patologiczną otyłością.

Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR zakłada, że pacjent będzie leczony w ośrodku koordynującym, który zapewni mu kompleksową opiekę przed- i po operacji. Pilotaż ma poprawić jakość i efektywność leczenia pacjentów z rozpoznaniem otyłości olbrzymią. Program KOS-BAR zostaje wprowadzony, gdyż stale rośnie liczba osób otyłych, a ich leczenie stanowi coraz większe obciążenie finansowe dla systemów opieki zdrowotnej oraz społeczeństwa. Do realizacji programu pilotażowego wytypowano 15 ośrodków, które będą mogły go przeprowadzić pod warunkiem zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po dokonaniu kwalifikacji do programu pilotażowego, ośrodek koordynujący

wyda pacjentowi kartę KOS-BAR i od chwili jej otrzymania przez cały okres leczenia chory będzie pod opieką tego ośrodka. Szacuje się, że w ramach pilotażu opieką zostanie objęte ok. 2907 pacjentów. Pilotaż KOS-BAR, w zależności liczby pacjentów włączonych do programu, będzie kosztował ok. 71 mln zł. Środki na ten program zostaną przekazane m.in. z tzw. opłaty cukrowej, która zgodnie z przepisami jest przeznaczona na działania o charakterze edukacyjnym i profilaktycznym oraz na świadczenia opieki zdrowotnej związane z utrzymaniem i poprawą stanu zdrowia pacjentów z nadwagą i otyłością.

Chirurgia

Zabieg rekonstrukcji zwieraczy w terapii nietrzymania gazów i stolca, jako powikłania porodu u kobiet

Problem uszkodzeń zwieraczy odbytu u kobiet po porodzie jest bardzo niezauważony. Mam tu na myśli mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu podczas porodu, a nie przejściową niewydolność zwieraczy odbytu, która występuje w pewnym odsetku u kobiet po porodzie siłami natury w wyniku samego porodu i która z czasem ustępuje. Uszkodzenia zwieraczy odbytu są ciężkimi uszkodzeniami ciała. Jest to problem wstydlivy i niedoszacowany. Uszkodzenia zwieraczy podczas porodu zwykle doprowadzają do nietrzymania stolca, które ujawnia się stosunkowo krótko po porodzie. Trzeba jednak wspomnieć, że u części kobiet występują mechanizmy działające niejako zastępczo w celu zapewnienia kontynencji (trzymania stolca). Polegają one na angażowaniu innych, poza uszkodzonymi zwieraczami, mięśni w celu zapewnienia trzymania stolca: np. mięśni ud czy pośladków. W ten sposób uszkodzenie zwieraczy jest maskowane zwykle do okresu menopauzy gdy mięśnie słabną, a nietrzymanie stolca staje się olbrzymim problemem nie tylko pacjentki ale także lekarzy. Nietrzymanie stolca po porodzie jest jednostką chorobową, która ma absolutnie dewastujący wpływ na zdrowie kobiety: brak kontynencji wymusza m. in. konieczność noszenia wkładek czy pieluch, w sposób istotny wpływa na aktywność życiową, seksualną, zawodową, spędzanie czasu wolnego. Dodatkowo powoduje ciężką dysfunkcję seksualną i psychiczną. Warto zwrócić też uwagę na kontekst wystąpienia nietrzymania stolca w związku z uszkodzeniami zwieraczy po porodzie: Pacjentka przychodzi do szpitala urodzić dziecko, a wychodzi - w przypadku nieleczenia - z ciężką i potencjalnie tylko częściowo uleczalną jednostką chorobową. W sposób szczególny na mechaniczne uszkodzenia zwieraczy narażone są kobiety, u których poród przebiega z trudnościami lub wymaga szybkiego ukończenia np. z powodu objawów zagrożenia życia płodu. Te działania, zwykle ratunkowe wobec płodu, wymuszają stosowanie szerokich nacięć krocza, wyciągaczy próżniowych czy też kleszczy. To z kolei przekłada się na wyższe ryzyko uszkodzeń tkanek miękkich kanału rodnego i okolicy odbytu. Po ciężkich porodach ocena zwieraczy stanowi wyzwanie zarówno z powodu trudności w rozpoznaniu jak i zaopatrzeniu, gdyż mięśnie te po rozerwaniu zwykle bardzo krwawią. Tym niemniej mechaniczne uszkodzenia zwieraczy odbytu można - i należy - rozpoznawać i leczyć niemal natychmiast lub w krótkim czasie po porodzie. Dane literaturowe nie pozostawiają wątpliwości, że im szybciej zwieracz zostanie zaopatrzony, tym większa szansa, że naprawa będzie wysoce skuteczna. Jako wysoką skuteczność rozumiemy prawidłową pracę zwieracza w długim okresie czasu. Wiadomo bowiem że głównym problemem tych odroczonych napraw zwieraczy, to jest napraw wykonywanych w odległym czasie po porodzie, jest ich malejąca skuteczność wraz z upływem czasu. Wczesne naprawy zwieraczy uszkodzonych podczas porodu mają jeszcze jeden ważny wymiar: oszczędzają Pacjentce, która co dopiero urodziła dziecko, wszystkich niedogodności związanych z nietrzymaniem stolca w tym noszeniem pieluch, z którymi

Pacjentka musi mierzyć się do czasu operacji naprawczej, i to ciągle sprawując opiekę nad nowo narodzonym dzieckiem a jednocześnie krążąc po poradniach w przygotowaniu do operacji naprawczej. W Polsce w przypadku amputacji w obrębie np. kończyny górnej pacjenci mają zapewnioną całodobowo dyżur replantacyjny pełniony w ośrodkach referencyjnych, do których ich się kieruje. U podstaw utworzenia tych ośrodków było zrozumienie kalectwa jakie niesie ze sobą utrata choćby części kończyny górnej. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że uszkodzenie zwieraczy, szczególnie podczas porodu w przypadku jego nieleczenia także prowadzi do ciężkiego kalectwa. Dlatego uważam za niezbędne objęcia tych Pacjenteń uporządkowanym programem opieki już od czasu rozpoznania uszkodzenia zwieraczy ze szczególnym zwróceniem uwagi na pilność postępowania diagnostycznego, chirurgicznego i szalenie ważnego postępowania rehabilitacyjnego (!) oraz uprzywilejowanie w otrzymywaniu porad ambulatoryjnych. W jakiś sposób należałoby także uwzględnić poradnictwo dla pacjentek po uszkodzeniach zwieraczy, które planują kolejną ciążę. Podsumowując uważam że temat uszkodzeń okołoporodowych zwieraczy powinien znaleźć zrozumienie tak aby Polki otrzymywały w zakresie tej potencjalnie ciężko okaleczającej jednostki chorobowej świadczenia odpowiadające aktualnemu stanowi wiedzy.

6. Tezy dla Zdrowia

W trosce o zdrowie polskiego społeczeństwa, rozumiane jako najwyższej notowana wartości w życiu osobistym każdego z nas, a także istotny gwarant bezpieczeństwa narodowego, powstał *think-tank* „Medyczna Racja Stanu”. 29 czerwca 2018 r. pod patronatem księdza Kardynała Kazimierza Nycza w siedzibie Polskiej Akademii Nauk odbyła się zorganizowana przez ISP PAN, PUO, Kolegium Lekarzy Rodzinnych i Green Communication, systemowo-ekspercka debata prezentująca inicjatorów powołania *think-tanku*, skład Rady Naukowej oraz **Tezy dla Zdrowia** wytyczające kierunki niezbędnych zmian w systemie ochrony zdrowia. Po trwających kilka miesięcy dyskusjach i konsultacjach powstała obecna wersja **Tez dla Zdrowia**, w których proponujemy:

1. PRZYJĘCIE ZASADY „ZDROWIE W POLITYCE”

ZDROWIE znajduje się na pierwszej pozycji naszych potrzeb. Nie stało się jednak priorytetem programu żadnej partii. Proponujemy zapisanie w regulaminie Sejmu zasady dorocznego expose Premiera odnoszącego się także do wyzwań związanych ze zdrowiem Polaków, wygłaszanego w Światowym Dniu Chorego – 11 lutego i odnoszącego się do aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia.

2. PROPAGOWANIE, KONTROLOWANIE I NAGRADZANIE POSTAW SŁUŻĄCYCH TROSCE O JAKOŚĆ

JAKOŚĆ powinna stać się wyznacznikiem wszelkich działań w obszarze ochrony zdrowia poczynając od stosunku do pacjenta, dbałości o jego dostęp do wykwalifikowanych kadr, procedur diagnostycznych, terapeutycznych, rehabilitacyjnych, przez kadry i procesy decyzyjne zapobiegające marnotrawieniu rosnących środków na opiekę medyczną i służących racjonalizacji wydatków. Wszystko to z myślą o budowaniu międzypokoleniowej atmosfery *continuous improvement* – ciągłej poprawy jako głównego elementu zarządzania przez jakość.

3. PRZYJĘCIE ,ŻE NAJWAŻNIEJSZE REFORMY POWINNY ZOSTAĆ PRZEPROWADZONE W CIĄGU 5 LAT. NAZYWAMY TO ZASADĄ „HORYZONT 2023”

Proponujemy by po zakończeniu społecznych konsultacji dotyczących Tez dla Zdrowia podpisana została pod patronatem Prezydenta RP, umowa społeczna uwzględniająca najważniejsze reformy w systemie ochrony zdrowia z założeniem, że w ciągu 5 lat nastąpi zwiększenie dostępności środków finansowych, organizacyjnych i infrastrukturalnych w tym obszarze. Stronami umowy powinny być wszystkie znaczące siły polityczne, a jej sens powinien polegać na kontynuacji najważniejszych zmian przez kolejne rządy. Konieczne jest też uwzględnienie aspektów zdrowotnych w procesie tworzenia i uchwalania prawa. Musimy nauczyć się dostrzegania konsekwencji wprowadzanych regulacji także pod kątem ich wpływu na zdrowie obywateli, a nie tylko skutków budżetowych.

4. SKRÓCENIE CZASU OCZEKIWANIA NA REFUNDACJĘ LEKÓW I REALIZACJĘ PROGRAMÓW LEKOWYCH, ZMNIEJSZAJĄCE W DŁUŻSZEJ PERSPEKTYWIE OBCIĄŻENIE PUBLICZNYCH FINANSÓW, A CO NAJWAŻNIEJSZE OSZCZĘDZAJĄCE CIERPIENIA CHORYM I ICH BLISKIM

Wydatki na leki powinny rosnać wraz z wydatkami publicznymi na ochronę zdrowia i stanowić co najmniej 17% całego budżetu przeznaczanego na świadczenia gwarantowane. Procedura refundacyjna powinna być przejrzysta i odbywać się tak sprawnie by zapewnić pacjentom możliwie najszybszy dostęp do leków. Konieczne jest wprowadzenie szybkiej ścieżki refundacyjnej dla terapii stanowiących jedyny ratunek w stanach bezpośrednio zagrażających życiu i zapobiegających poważnym powikłaniom chorób przewlekłych oraz określenie jakich terapii to dotyczy i wskazanie kryteriów oraz zasady ich typowania. Jesteśmy za automatyczną refundacją danego leku w ciągu 6 miesięcy od uzyskania pozytywnej oceny AOTMiT i poszerzeniem wskazań refundacyjnych zgodnie z ChPL produktu i aktualną wiedzą medyczną, przy jednoczesnym, szerszym wykorzystaniu instrumentów dzielenia ryzyka w korelacji z dowodami skuteczności terapii. W gestii Ministra Zdrowia powinna pozostać kwestia ustalenia progu refundacji. Refundacją powinny być obejmowane leki, których miesięczny koszt stosowania, w typowej dawce przekraczałyby 20 zł. W trosce o budżet państwa konieczne jest tworzenie rejestrów pacjentów i dokonywanie oceny jakości terapii finansowanych ze środków publicznych.

5. USTALENIE ZASADY, ŻE CELEM JEST ZAPEWNIENIE WSZYSTKIM PRZEWLEKLE CHORYM TAKIEGO POZIOMU LECZENIA, BY MIELI MOŻLIWOŚĆ JAK NAJDŁUŻEJ POZOSTAWAĆ NA RYNKU PRACY

Jesteśmy za wprowadzeniem ustawowego wymogu uwzględniania kosztów pośrednich i społecznych związanych z decyzjami refundacyjnymi dla wskazanej przez ekspertów grupy chorób przewlekłych i powszechnych, w tym chorób rzadkich i ultraradkich. Wprowadzenie analizy kosztów pośrednich pozwoli przeznaczyć środki publiczne na terapie, które przynoszą najlepsze efekty zdrowotne i pomagają redukować koszty pośrednie, co w dłuższej perspektywie poprawi kondycję zdrowotną Polaków i będzie miało pozytywny wpływ na budżet państwa.

6. RACJONALNE OKREŚLENIE ZAWARTOŚCI KOSZYKA ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA, PRZEPROWADZONE W OPARCIU O AKTUALNĄ WIEDZĘ MEDYCZNĄ I DOKŁADNE ROZPOZNANIE POTRZEB POLSKIEGO SPOŁECZEŃSTWA

Zasadą każdego ubezpieczenia jest precyzyjne określenie zakresu: szkód, działań i rekompensat pokrywanego przez firmę ubezpieczającą. Taka sama zasada powinna dotyczyć działań podejmowanych przez NFZ. Przy określeniu zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych proponujemy przyjęcie zasady finansowania świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych z następujących obszarów medycyny: ostre stany zagrażające życiu, drogie procedury szpitalne, diagnostyka i leczenie chorób przewlekłych. System powinien gwarantować równy dostęp

do świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną i adekwatnych do stanu zdrowia pacjenta.

7. WPROWADZENIE ZASADY RÓWNOŚCI PODMIOTÓW LECZNICZYCH WOBEC PŁATNIKA – NFZ

NFZ powinien finansować określone procedury wszędzie tam, gdzie są one wykonywane, bez względu na rodzaj placówki leczniczej. Jedynym warunkiem podpisania umowy z NFZ powinno być zweryfikowane spełnianie przez placówkę określonych wymogów jakości, umożliwiających realizację konkretnej procedury i zapewnienie kontynuacji leczenia, nie zaś wygranie procedury konkursowej. Pozwoliłoby to na faktyczny przepływ pieniędzy „za pacjentem”.

8. UMOŻLIWIENIE POZABUDŻETOWEGO DOPŁYWU ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA OCHRONĘ ZDROWIA I ZRÓWNANIE WYSOKOŚCI SKŁADEK ZDROWOTNYCH WSZYSTKICH GRUP SPOŁECZNYCH

Najpilniejsze zadania w tym zakresie to wprowadzenie:

- zasady powszechnego (tj. obejmującego wszystkich obywateli w wieku 18-62 lata) opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne, co zwiększając liczebność owej grupy mogłoby nawet pozwolić na obniżenie składki.
- możliwości finansowania przez obywateli szerszego poziomu usług poprzez umożliwienie opłacania via ZUS lub niepubliczne formy ubezpieczeniowe wyższych składek ubezpieczenia zdrowotnego (składki premium), co radykalnie zwiększyłoby strumień środków kierowanych do placówek lecznictwa publicznego.
- reguły, że składka publicznego ubezpieczenia zdrowotnego uzależniona będzie od indywidualnego, podejmowanego przez nas samego poziomu ryzyka chorobowego (palenie tytoniu, nadwaga...).

Alternatywne rozwiązanie to wprowadzenie ubezpieczeń komplementarnych na zasadach solidaryzmu społecznego.

9. POWOŁANIE FUNDUSZU WALKI Z RAKIEM

W związku z faktem, iż choroby nowotworowe stanowią jedno z największych zagrożeń cywilizacyjnych oraz wobec ogromnego postępu jaki dokonuje się w ich diagnostyce i terapii niezbędne jest zapewnienie odpowiedniego finansowania stosowanych tu procedur. Szczególną wagę należy przykładac do profilaktyki nowotworów, których czynniki sprawcze zostały dobrze poznane, a dzięki wczesnemu wykryciu mogą być skutecznie eliminowane; np. wdrożenie badań przesiewowych w kierunku zakażeń HCV, których dostępne już w Polsce, skuteczne leczenie zapobiega rakowi wątroby. Proponujemy, wzorem rozwiązań brytyjskich skupienie się na podobnych działaniach i powołanie na 10 lat Funduszu Walki z Rakiem zasilanego przez państwo z akcyzy na papierosy i alkohol, która powinna wzrosnąć oraz z kar nakładanych na przemytników i nielegalnych producentów papierosów i alkoholu. Wsparciem Funduszu mogłaby być również nadwyżka finansowa uzyskana z polisy dobrowolnych ubezpieczeń komplementarnych.

10. POWOŁANIE FUNDUSZU NA RZECZ CHOROÓB RZADKICH I ULTRARZADKICH

Uważamy, że we współczesnym społeczeństwie wyznającym zasady solidaryzmu, pacjentowi, którego spotkało wyjątkowe nieszczęście w postaci diagnozy rzadkiego schorzenia winni jesteśmy realną pomoc w dostępie do najskuteczniejszych metod diagnostyki, terapii i rehabilitacji. Wsparcie Funduszu powinno odbywać się na zasadach takich, jak w przypadku Funduszu Walki z Rakiem.

11. SYSTEMOWE WSPARCIE DLA OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W PROGRAMIE WALKI Z OTYŁOŚCIĄ I NADWAGĄ – „MOTYWACJA+”

Schorzenia te stają się coraz poważniejszym zagrożeniem cywilizacyjnym w państwach wysokorozwiniętych. Proponujemy zatem wprowadzenie finansowych form zachęty do walki z otyłością dla osób decydujących się na kurację odchudzającą według zasad określonych przez AOTMiT i realizowanych w POZ; w tym możliwość zmniejszenia składki zdrowotnej.

12. PROPAGOWANIE WIEDZY NA TEMAT SKUTECZNEGO ZAPOBIEGANIA CHOROBYM CYWILIZACYJNYM (SERCOWO-NACZYNIOWYM, ONKOLOGICZNYM, METABOLICZNYM) I PREMIOWANIE PRZESTRZEGANIA ZASADY WSPÓŁODWIEDZIALNOŚCI KAŻDEGO Z NAS ZA WŁASNE ZDROWIE

Fundamentem promocji zdrowia powinno być wprowadzenie do szkół przedmiotu pod nazwą „Podstawy zdrowego życia” będącego elementem Krajowego Programu Promocji Zdrowia realizowanego we współpracy Rządu z Kościołem. Aktywny udział w programie i poprawa parametrów zdrowotnych powinny być premiowane zmniejszeniem obciążeń podatkowych, zmniejszeniem składki zdrowotnej lub ułatwieniem w dostępie do określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Realizację Tezy 11 i 12 wspierałoby opodatkowanie żywności o wysokiej gęstości kalorycznej (dużo kalorii w małej objętości) i zakaz reklamy takich produktów, a także powszechne wprowadzenie zasady informowania o kaloryczności produktów i posiłków.

13. POSTAWIENIE NA POZ I STWORZENIE PROGRAMU WSPARCIA OPIEKI ŚRODOWISKOWEJ

Koordynacja opieki na poziomie POZ i AOS jest gwarancją efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Nowy program wsparcia opieki środowiskowej powinien koncentrować się na rozwoju opieki geriatrycznej, kardiologicznej i rehabilitacyjnej. Wymaga to intensywnego rozwoju w każdej gminie pielęgniarstwa środowiskowego i placówek dziennego pobytu dla seniorów oraz osób ze znacznym upośledzeniem funkcji poznawczych czy motorycznych. W ramach koordynacji opieki w POZ i wsparcia opieki środowiskowej postulujemy aktywizację programu wolontariatu szkolnego skierowanego do osób potrzebujących pomocy.

14. POWOŁANIE EUROPEJSKIEJ UNII ZDROWIA

Przygotowanie z inicjatywy polskiego rządu, założeń wspólnego działania na rzecz ZDROWIA na poziomie unijnym w oparciu o doświadczenia takich rozwiązań jak Europejska Unia Energetyczna. Założenia EUZ powinny stać się częścią polskiej strategii budowania koalicji wewnątrz wspólnoty. Jeden z postulatów to stworzenie europejskiej solidarnościowej listy leków dla całego obszaru UE, poczynając od leków sierocych i stopniowo –wszystkich innych, równając do najpełniejszych list w najbogatszych krajach wspólnoty. Celem tego przedsięwzięcia, w którym powinny partycypować wszystkie kraje członkowskie będzie zrównanie poziomu dostępu do nowoczesnej diagnostyki oraz leków refundowanych na całym terenie UE a także wspólna strategia dawania odporu ruchom antyszczepionkowym.

15. UTRZYMANIE ZASADY OBOWIĄZKOWOŚCI SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH W POLSCE

Obowiązkowe szczepienia, stanowiąc ochronę indywidualną oraz środowiskową, są jednymi z najważniejszych elementów zdrowia wspólnotowego i wyrazem solidaryzmu społecznego. Należy zdecydowanie:

- zwiększyć wiedzę społeczną na temat szczepień,
- nasilić wszelkie formy przeciwdziałania Państwa przejawom deprecjonowania ich roli - konsekwentnie walczyć z fałszującymi prawdę mitami,
- zapewnić możliwie najskuteczniejszą ochronę osobom z medycznymi przeciwwskazaniami do szczepień

- zapewnić wzrost wyszczepialności osób dorosłych.

16. PROMOCJA POLSKI PRZEZ ZDROWIE

Dotychczasowe doświadczenia projektów z zakresu zdrowia promujących Polskę wskazują na dużą efektywność tego typu działań, szczególnie w państwach biedniejszych (Afryka, Azja Środkowa). Proponujemy, by w ramach promocji Polski za granicą, jako stały element, oprócz działań w zakresie kultury i nauki, włączyć działania prozdrowotne promujące polskie przedsięwzięcia w dziedzinie medycyny (leczenie słuchu, kardiologia, kształcenie pielęgniarek, itp.).

7. Siedem Zasad Doktora Janusza Medera- jak zadbać o wzajemne dobre relacje z pacjentem

„Tym, co pełnią misję lekarską, niosą ulgę w chorobie i cierpieniu – dedykuję kilka myśli ku rozwadze”.
Dr Janusz Meder (1980)

1. Powitaj pacjenta – podaj mu rękę na przywitanie.
2. Skup, choć kilka minut, tylko na nim swoją uwagę – dając do zrozumienia, że w tym czasie on jest najważniejszy dla ciebie i zbiierz wywiad lekarski w sposób zwięzły i taktowny, komunikując się językiem zrozumiałym dla swojego rozmówcy i dochowując tajemnicy lekarskiej oraz innych praw pacjenta.
3. Poproś pacjenta o rozebranie się z zachowaniem jego prawa do wolności, godności i intymności, a następnie, mając jego przyzwolenie, dokładnie zbadaj jego ciało w całości.
4. Na każdym etapie diagnozy i leczenia wyobrażaj sobie, że to ty jesteś na miejscu pacjenta i pomyśl, czy chciałbyś być tak samo traktowany.
5. Zważaj na każde wypowiedziane do pacjenta słowa i nigdy nie odbieraj mu nadziei, mając przede wszystkim pokorę do własnej wiedzy niezależnie od stopnia swoich kwalifikacji, zajmowanego stanowiska czy też posiadanego tytułu naukowego.
6. Pełnij swoją nietatwą misję lekarską, bądź cierpliwy, nie zapominaj o dobrych i ciepłych słowach, nie obrażaj się i nie gniewaj na pacjenta, a swoją postawą i działaniem zaświadcza o zbieżności swoich celów z celami pacjenta stosownie do jego potrzeb, oczekiwań i życzeń oraz zgodnie z jego wolą, światopoglądem i filozofią życia.
7. Traktuj zawsze pacjenta podmiotowo w sposób holistyczny, nie oddzielając jego części fizycznej od psychicznej i duchowej, bowiem stanowią one jedną nierozdzielalną całość.

KONTAKT:

Anna Jasińska - rzecznik Medycznej Racji Stanu, tel. 734 439 122, e-mail: jasinska@greencomm.pl

Grażyna Mierzejewska - ekspert Medycznej Racji Stanu, tel. 734 437 337, e-mail: mierzejewska@greencomm.pl

Raport powstał dzięki wsparciu partnerów:

