

Memorandum ZPP – Nowotwory kobiece – profilaktyka, odpowiedzialność osobista, rozwiązania systemowe, czyli jak odwrócić negatywne trendy w Polsce?

- Niechęć pacjentów do udziału w badaniach profilaktycznych przyczynia się do wzrostu zachorowań na raka piersi.
- Niewydolność systemu ochrony zdrowia może być powodem zwiększonego ryzyka trwałego uszkodzenia zdrowia lub śmierci pacjenta.
- Brak pro-profilaktycznych kampanii społecznych, tym samym malejąca świadomość społeczeństwa powodują zmniejszanie się odsetka ludzi zaszczepionych czy dobrowolnie przebadanych.
- Strach pacjenta przed chorobą nowotworową sprawia, że boi się poddać badaniom, nie dopuszczając do siebie myśli o możliwości zachorowania na raka.
- Choroba nowotworowa pracownika to ogromne koszty poniesione przez ZUS i pracodawcę.
- Wysokie koszty terapii, motywują pacjentów do szukania alternatywnych, niekonwencjonalnych metod leczenia nowotworów.

Gwałtowny wzrost zachorowań na raka piersi

Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów pokazują, że w roku 2019 zdiagnozowano ponad 17 000 przypadków raka piersi. Te dane mogą być jednak zaburzone ze względu na pandemię COVID-19 w tym okresie. Wiele przypadków nie zostało zgłoszonych, a także wiele pacjentek nie szukało pomocy medycznej. Co więcej, zaobserwować można znaczący wzrost przypadków w kolejnych latach, począwszy od 2021 roku. Informacje z Narodowego Funduszu Zdrowia oraz inne dane pozwalają nam szacować, że w Polsce rocznie diagnozuje się już około 22 000 nowych przypadków raka piersi. Niepokojące jest to, że 20-30% pacjentek zgłasza się już w zaawansowanym stadium choroby. Ekspertki oceniają, że około 40% z tych nowotworów osiąga rozmiar, który utrudnia skuteczne leczenie, czyli przekracza jeden centymetr. W niektórych przypadkach, ponad 50% pacjentek nie kwalifikuje się do leczenia wstępnego ze względu na rozmiar guza lub obecność przerzutów. Wzrost zachorowań jest również zauważalny w grupach wiekowo niższych, a praktyka lekarska i dane statystyczne wskazują na coraz częstsze przypadki nowotworów wśród kobiet w wieku 30-50 lat.

Problem raka piersi zaczyna się już około trzydziestego roku życia, a nie pięćdziesiątego. Około 20% zachorowań występuje w czwartej dekadzie życia, a ich szczyt przypada między sześćdziesiątym a sześćdziesiątym dziewiątym rokiem życia. Rozwiązanie tego problemu wymaga współpracy różnych interesariuszy, włączając w to Ministerstwo Zdrowia i organizacje społeczne. Jednak bez aktywnego zaangażowania kobiet, rozwiązanie staje się trudne do wypracowania. W 2020 roku na podstawie danych z polskich ośrodków onkologicznych przewiduje się około 24 000 nowych przypadków zachorowań na raka piersi. Jest to mniej niż średnia europejska, jednak Polska ma jedną z najwyższych liczb zgonów i niski udział w programach profilaktycznych. Warto podkreślić, że w obecnych czasach wyleczalność raka piersi wynosi około 95%. Ważne jest, aby zrozumieć, że zachorowanie na raka piersi jest długotrwałym procesem i nie występuje nagle. Istnieją czynniki ryzyka, które wpływają na rozwój tej choroby. Liczba przypadków zachorowań na raka piersi od roku 2000 wzrosła o 150%. W celu rozwiązania tego problemu, konieczne jest podejście systemowe oraz współpraca decydentów z Ministerstwa Zdrowia z ekspertami medycznymi i organizacjami pacjenckimi oraz promowanie zdrowego stylu życia i profilaktyki wśród kobiet. Warto przeanalizować swój tryb życia, aby zidentyfikować niezdrowe skłonności. To może być związane z niewłaściwym odżywianiem, czy nawet chronicznym niedosypianiem, które może zwiększać ryzyko zachorowania na raka piersi.

Strach motorem napędowym świadomości pacjenta – wydłużające się terminy operacji nie pomagają

Ważna jest świadomość. Wielu ludzi odczuwa lęk i niepokój w związku z badaniami przesiewowymi, takimi jak mammografia czy cytologia. To jest naturalne, ale ważne jest, aby nie przekroczyć pewnej granicy, gdzie ten lęk staje się przeszkodą. Kiedy strach staje się przytłaczający, zaczynamy aktywować mechanizmy obronne i racjonalizować nasze reakcje. Często zdarza się, że ludzie używają mechanizmów obronnych, takich jak wypieranie lub zaprzeczanie, aby zmniejszyć lęk. Należy zrozumieć, że rak piersi może występować u młodszych kobiet, co podkreśla potrzebę większej świadomości i profilaktyki. Zdarzają się przypadki, kiedy osoba młoda zostaje zdiagnozowana z rakiem piersi, pomimo braku historii choroby w rodzinie. Ważne jest, aby mieć świadomość, że nasze mechanizmy obronne mogą nas unieruchamiać w podejmowaniu działań profilaktycznych. Należy dążyć do większej świadomości i zrozumienia, jak nasz mózg reaguje na zagrożenia, aby uniknąć

niepotrzebnego poczucia strachu. Czekanie na operację przez dwa lub trzy miesiące może być bardzo trudne dla pacjenta. Warto zastanowić się nad tym, czy takie opóźnienia w systemie powinny być akceptowalne, szczególnie w przypadku poważnych problemów zdrowotnych. Szybsza diagnoza i leczenie mogą pomóc pacjentom przechodzić przez ten proces z mniejszym stresem. W procesie leczenia raka piersi ważne jest, aby pacjentki nie były pozostawione same sobie i miały wsparcie psychoonkologów. Szybka diagnoza i przyspieszone wdrożenie w proces leczenia mogą pomóc pacjentkom w przejściu przez terapię z mniejszym stresem.

Nieistniejąca profilaktyka winowajcą zwiększonego ryzyka zachorowania na nowotwór

Głównym problemem jest brak profilaktyki aktywnej, ponieważ w Polsce opieramy się głównie na profilaktyce bierniej, zakładając, że kobiety same zgłoszą się na badania cytologiczne. W innych krajach Europy profilaktyka aktywna jest znacznie bardziej powszechna. Często słyszymy, że trzeba poprawić świadomość kobiet, aby częściej korzystały z badań cytologicznych. Wzorcowym krajem jest Szwecja, w której 95% kobiet regularnie do nich przystępuje. To nie oznacza, że Szwedki są bardziej świadome lub inteligentniejsze od Polek. Dlaczego więc tak dużo z nich na nie uczęszcza? W Szwecji cały program profilaktyki nowotworowej jest w gestii lekarza rodzinnego. Lekarz rodzinny wysyła list do pacjentek, informując o terminie badania cytologicznego. Pacjentka ma możliwość zgłoszenia się na badanie w ustalonym terminie i dostarczenia wyniku w ciągu 3 tygodni. Jeśli wynik nie jest dostarczony w wyznaczonym czasie, lekarz ponownie przypomina o konieczności badania. W sytuacji, w której lekarz wyników nie otrzyma, pacjent jest wypisywany z przychodni. Jednak to nie wszystko, firma ubezpieczeniowa może również przesłać wykaz zalecanych badań. Brak wykonania tych badań może prowadzić do podwyższenia składki ubezpieczeniowej, co z kolei motywuje do regularnych kontroli zdrowia. W czasach PRL-u np. w Tychach każdy zakład pracy miał własnego ginekologa, a badania profilaktyczne były obowiązkowe co roku. Wszyscy ginekolodzy pracowali jednocześnie w oddziale ginekologicznym szpitala wojewódzkiego, a ich pracą nadzorował szef pracowni. Jeśli w zestawieniu okazywało się, że pominięto 2-3 kobiety w badaniach profilaktycznych, od razu wybuchała awantura, a lekarz był wzywany „na dywanik”. W latach dziewięćdziesiątych Tychy miały ujemną umieralność z powodu raka szyjki macicy w przedziale wiekowym 45-65 lat. Następnie nadeszły przemiany, w wyniku których zamknięto 2/3 zakładów pracy. Obecnie Tychy mają najwyższy poziom zachorowań na raka szyjki macicy w województwie śląskim.

Brakuje systemu przypominającego o badaniach. Aby zmienić tę sytuację, potrzebne są poważne prace legislacyjne, ponieważ konieczne jest wprowadzenie przymusu badań cytologicznych. Obecnie większość ludzi zdaje sobie sprawę z ryzyka zachorowania na nowotwór, ale istnieje lęk przed diagnozą.

Bez edukacji prozdrowotnej zaufanie do szczepionek na HPV wśród obywateli gwałtownie spada

1 czerwca ogłoszono Narodowy Program Szczepień przeciwko HPV. Oświadczenie ministra o bezpłatnych szczepieniach nie może stanowić programu – potrzebny jest walor edukacyjny.

Program szczepień przeciwko HPV powinien być przede wszystkim programem edukacyjnym, a same szczepienia jedynie tłem. Wymaga to odpowiedniego zorganizowania, z określeniem, kto w danym regionie odpowiada za listę dzieci, które kwalifikują się do szczepień. Prościej dla istnienia programu byłoby, gdyby szczepienia odbywały się w szkołach, a nie w gabinetach lekarskich. Kontrola jakości jest kluczowa w przypadku programów szczepień, zwłaszcza jeśli wydawane są duże środki finansowe. Warto byłoby mieć pewność, że środki te są wydawane w sposób efektywny i zgodny z najlepszymi praktykami medycznymi. Na początku, podczas prelekcji edukacyjnych można natrafić na niechęć i sceptycyzm wśród rodziców, którzy mogą obawiać się negatywnych skutków szczepień, takich jak niepłodność czy wywoływanie nowotworów, jednak kiedy dokładnie wytłumaczy się czym jest wirus HPV i jak jest zbudowany, rodzice chętnie podpisują zgody. Narodowy Instytut Onkologii ogłosił, że do 2028 roku powinniśmy zaszczepić 60% dzieci, co oznacza, że jest to tylko minimalny poziom. W celu istotnego obniżenia zachorowalności i śmiertelności związanej z rakiem szyjki macicy, musielibyśmy wyszczepić 90-95% populacji. To oznacza, że aktywny program szczepień prowadzony przez co najmniej 10 lat jest konieczny, aby osiągnąć spadek zachorowalności o 50%. Jeśli naprawdę chcemy zmniejszyć zachorowalność, to należałoby poważnie rozważyć wprowadzenie obowiązkowych szczepień, na wzór tych w Walii lub Szwecji.

Współczesna edukacja o profilaktyce to klucz do sukcesu.

Edukacja od podstaw, to nie tylko profilaktyka wczesna, ale i profilaktyka ogólna. W 80% to zależy od samych pacjentów, a nie od lekarza czy ministra. To zależy od osobistych nawyków, takich jak palenie, nadmierne picie alkoholu, zdrowe odżywianie, radzenie sobie ze stresem i aktywność fizyczna. Polską Kartę Paryską ma podpisaną od ponad 20 lat. Zawiera ona

wskazówki dot. unikania raka. W innych krajach uczy się tego od przedszkola.. Dzieci już w młodym wieku uczą się, że zdrowe nawyki żywieniowe są ważne. Taka edukacja musi być wprowadzona w Polsce od najmłodszych lat, przez cały system edukacji, włącznie z przedszkolem, podstawówką i szkołą średnią.

Szwecja pionierem walki o zdrowie obywateli

Szwecja to państwo, w którym obywatele biorą na siebie odpowiedzialność za własne zdrowie. To właśnie tam odnotowuje się najniższy odsetek palaczy papierosów, który wynosi jedynie 5%, podczas gdy w Polsce ten wskaźnik sięga już 29%. Szwecja osiągnęła również sukces w walce z próchnicą zębów u dzieci, co ostatecznie skutkowało zmniejszeniem zapotrzebowania na usługi stomatologiczne. Dlaczego tyle wystarczyło? Kluczową rolę odgrywa edukacja prozdrowotna, która zaczyna się w szwedzkich szkołach podstawowych czy nawet przedszkolach.

Choroba nowotworowa pracownika a koszty jego utrzymania

Istnieją dane dotyczące absencji chorobowej spowodowanej nowotworami u kobiet. Opierają się one na mapach potrzeb zdrowotnych i są stosunkowo aktualne. W przypadku raka piersi w roku 2021 mieliśmy 7,3 miliona dni absencji chorobowej. Jeśli przyjmiemy, że koszt jednego dnia absencji wynosi 108 złotych (dane ZUS), oznacza to, że ZUS i pracodawcy ponieśli koszty wynoszące prawie 788 milionów złotych związane z niezdolnością do pracy z powodu raka piersi. W przypadku raka jajnika mieliśmy znacznie mniejsze wydatki, ponieważ były to tylko 200 000 dni absencji, co przekłada się na koszty w wysokości 21 milionów złotych. W przypadku raka szyjki macicy mieliśmy 115 000 dni absencji, kosztującej 12,4 miliona złotych. Średnia długość absencji wynosi 26 dni w przypadku raka jajnika, 25 dni w przypadku raka piersi i 22 dni w przypadku raka szyjki macicy.

Ogólnie, jeśli chodzi o całkowite koszty związane z leczeniem raka piersi warto podkreślić, że są bardzo wysokie. Można przeprowadzić symulację, aby oszacować utratę dochodów związanych z nieobecnością chorej na zaawansowanego raka piersi, zarówno w przypadku absencji tymczasowej, jak i trwałej niezdolności do pracy.

Szacuje się, że spowoduje to średni ubytek PKB na osobę wynoszący blisko 100 000 zł. Co jest równie istotne, koszty roczne utraty PKB dla osoby chorej poniżej czterdziestego piątego roku życia obecnie można oszacować, że przekraczają one 150 000 zł. Całkowite koszty

utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci wynoszą około 2,5 miliona złotych. Istotne są również koszty związane z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, które można podzielić na trzy grupy: koszty z tytułu krótkotrwałej niezdolności do pracy (absencji), koszty związane z rentami z tytułu niezdolności do pracy oraz koszty związane z rehabilitacją. Aktualnie koszty związane z rentami można przewidywać w kwocie 426 milionów. Jest to spowodowane zarówno wzrostem wysokości rent, jak i dłuższym przeżyciem pacjentów z rakiem piersi. Warto zaznaczyć, że dostęp do badań, takich jak mammografia czy badania USG, znacząco się poprawił w ciągu ostatnich lat.

Istnieją też koszty związane z utratą dochodów z powodu nieobecności w pracy osób chorujących na zaawansowanego raka piersi. Przykładem jest utrata dochodów z powodu niezdolności do pracy na stanowiskach poniżej czterdziestego piątego roku życia. Aktualnie, średni ubytek PKB na jedną osobę może to być nawet blisko 100 000 zł. Całkowite koszty utraconej produktywności z powodu przedwczesnej śmierci wynoszą obecnie około 2,5 miliona złotych. Często się zapomina o kwestiach związanych z sytuacją ekonomiczną rodzin i kobiet dotkniętych chorobą. To, co jest bardzo ważne, to fakt, że osoba, która choruje, przestaje aktywnie pracować i może doświadczać utrudnień zarówno w pracy, jak i w wykonywaniu obowiązków domowych. Jeśli kobieta ma dzieci, często musi zatrudnić opiekunkę lub polegać na wsparciu rodziny. To, co jest szczególnie interesujące, to koszty, które ponosiły pacjentki. Obejmują one głównie przepisane leki. Należy zaznaczyć, że nie wszystkie są objęte refundacją, w związku z czym pacjentki często muszą pokrywać koszty leków z własnej kieszeni. Co ciekawe, wiele pacjentek korzysta z niekonwencjonalnych terapii, próbując znaleźć nowe metody wsparcia, które niekoniecznie są uznawane przez medycynę konwencjonalną. Interesujący jest fakt, że młodsze pacjentki przed czterdziestym rokiem życia częściej korzystały z alternatywnych metod leczenia niż pacjentki starsze. To nie wszystko, istnieją jeszcze wydatki na sprzęt medyczny czy materiały opatrunkowe. Dodatkowo, zmiana stylu życia wiąże się z kolejnymi kosztami. Można dołożyć jeszcze wydatki związane z transportem, zwłaszcza jeśli pacjent mieszka w dużych odległościach od ośrodków leczenia.