ISSN-1732-2928

nr 24

AMAZONKI

kwiecień 2014 ▪ gazeta bezpłatna

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

Motto na 2014 rok:

„Nigdy nie rezygnujemy z nadziei"

MOJE 17 LAT W SŁUŻBIE AMAZONEK, 1997 – 2014

Drogie, Kochane Koleżanki,

Właśnie minęło 17 lat mojej niestrudzonej służby w szeregach Amazonek. Był to okres wielu wspaniałych wyzwań, doświadczeń, samoedukacji, nauki pokory, powodzeń i niepowodzeń, pożegnań a nade wszystko zrozumienia problemów kobiet dotkniętych rakiem piersi i solidarne amazońskie zaspokajanie ich potrzeb w miarę możliwości. Obiektywnie patrząc – 17 lat w życiu chorej na raka to szmat czasu, który dla mnie minął jak mgnienie wiosny. Ten czas dany mi przez los oceniam, jako najbardziej wartościowy w moim życiu i mam nadzieję, że go nie zmarnowałam. Rozwijałam się razem z naszą Organizacją. Najpierw ja zdobywałam wiedzę i umiejętności z różnych dziedzin, a następnie z pełnym poświęceniem i oddaniem spożytkowywałam je na rzecz postępu Ruchu Amazonek. Dziś nadszedł czas, aby przekazać pałeczkę kolejnej osobie i życzyć Jej zdrowia, wielu sił w pracy dla dalszego rozwoju naszej Organizacji. Czy to słabość? Nie, to odpowiedzialność, to zdrowy rozsądek. Upływ czasu jest nieubłagany i wszyscy jesteśmy temu podporządkowani. Tylko nieliczni wiedzą, kiedy trzeba wziąć to pod uwagę. Organizacja potrzebuje młodych, świeżych, zdolnych sił, aby następował dalszy rozwój. To jest normalna kolej rzeczy i tak powinno być. Nie chciałabym rozwodzić się nad tym, czego dokonałam w tym czasie, jaki był mój osobisty wkład w postrzeganie Amazonek przez społeczeństwo, chciałabym tylko powiedzieć, czego jeszcze do dziś nie zrobiłam, a mianowicie – nie doprowadziłam do powstania pierwszego w Polsce Domu Chorych na Raka. Nadal uważam, że stworzenie takiej placówki będzie milowym krokiem na drodze podnoszenia jakości życia ludzi walczących z rakiem. Powstanie tego Domu do końca pozwoli mi zrozumieć, po co była potrzebna moja choroba i jakie zadania w związku z nią wyznaczył dla mnie los. Projekt, praktycznie gotowy, czeka na skrawek ziemi, koniecznie w okolicach Centrum Onkologii. Przyrzekam, że w chwili przyznania działki na ten cel, nie zabraknie mi sił, determinacji i zapału, aby dzieło budowy Domu Chorych na Raka doprowadzić do końca. Nie sprzeniewierzymy pierwszych społecznych środków zebranych na ten cel, będą procentowały i czekały na hasło START - BUDUJEMY.

Pragnę podziękować wszystkim Koleżankom za wspólnie spędzone lata, za to, że chciałyście być ze mną i wierzyć, że razem możemy dużo. Ustępując z funkcji prezesa nie przestaję być Amazonką, społeczniczką gotową służyć pomocą i wsparciem tym, którzy będą tego potrzebowali.

Dotychczasowemu Zarządowi dziękuję za lata wytężonej pracy, za wspólne wysiłki, aby jak najskuteczniej pomagać kobietom z rakiem piersi. Dziękuję wszystkim osobom, z którymi miałam zaszczyt i przyjemność współpracować przy wielu wspólnych projektach i kampaniach społecznych.

Pozostając liderką stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny, którego partnerem są „Amazonki" Warszawa – Centrum, obiecuję, że będę pamiętać o macierzy i zawsze w miarę potrzeby podam pomocną dłoń.

Z całego serca życzę dużo zdrowia i wielu sukcesów przyszłemu Zarządowi.

Elżbieta Kozik

Wspieramy kobiety przed, w czasie i po operacji raka piersi

Podaruj 1% swojego podatku Stowarzyszeniu „Amazonki" Warszawa - Centrum

KRS 0000023411
Konto bankowe 83 1020 1055 0000 9402 0016 6280

STANOWISKO KONWENTU SENIOREK
w związku z wydaną ostatnio „Historią ruchu kobiet po leczeniu raka piersi z biografią liderki w tle pt. Amazonki – moje życie”

21 kwietnia 2007 r. na uroczystości 20. rocznicy powstania Ruchu Amazonek w Polsce, został powołany Konwent Seniorek, mający strzec etosu i historii Amazonek. Odwołując się do postawionego nam zadania, czujemy się w obowiązku ustosunkować się do zaistniałej sytuacji, fałszującej historię polskich Amazonek. Szanujemy wysiłek kol. Krystyny Wechmann wkładany w rozwój Federacji Stowarzyszeń „Amazonki” i uważamy Ją za jedną z najwybitniejszych przedstawicielek polskich Amazonek, ale nie zgadzamy się na przekłamywanie naszej historii.

Przypominamy fakty.

W styczniu 1987 r. powstał w Warszawie pierwszy w Polsce Klub Kobiet po Mastektomii przyjmując nazwę „Amazonki”. Miał on już ustalony program działania, określone zadania i sposoby ich realizacji. Wyrósł bowiem z pierwszej w Polsce grupy rehabilitacyjnej kobiet po mastektomii powstałej 5 lat wcześniej, w październiku 1982 r. z inicjatywy ówczesnych pacjentek: Elżbiety Jaworskiej (operowanej w maju 1982 r. zmarłej we wrześniu 1990 r. – późniejszej pierwszej przewodniczącej klubu), Zofii Michalskiej, Bożeny Krawczyk oraz dr Krystyny Miki. Doszło do tego po długich konsultacjach z profesorami: T. Koszarowskim. A. Kułakowskim, M. Weissem przy czynnym udziale dr K. Miki (która w tym czasie organizowała Zakład Rehabilitacji w budowanym właśnie Centrum Onkologii w Warszawie). Na ich usilną prośbę zgodziła się poprowadzić tę grupę mgr Zdzisława Pilicz z T.K.K.F. przy Politechnice Warszawskiej. Politechnika też udostępniła salę gimnastyczną. Początkowo dr K. Mika przychodziła na te zajęcia i wspólnie z p. Pilicz ustalały program i zakres ćwiczeń fizjoterapeutycznych dla kobiet po mastektomii. Grupa ta funkcjonowała wówczas i funkcjonuje do dziś w ramach Ogniska T.K.K.F. przy Politechnice Warszawskiej.

W tym czasie dr K. Mika wywalczyła u Głównego Balneologa Kraju leczenie sanatoryjne dla kobiet po mastektomii. W wyniku tego zostały wyznaczone 3 sanatoria (Ciechocinek, Iwonicz i Konstancin), których personel został specjalnie przeszkolony dla potrzeb pacjentek po leczeniu raka piersi. Z wyżej opisanej grupy rehabilitacyjnej powstał klub warszawski. To właśnie członkinie tego klubu były bohaterkami reportażu w „Twoim Stylu”, który odegrał znaczącą rolę w walce wielu kobiet z chorobą. W tym samym numerze zamieszczono także zdjęcie naszej nieodżałowanej Bożenki Krawczyk (była wtedy przeszło 20 lat po mastektomii, zmarła w marcu 2001 r. – 32 lata po operacji). Bożenka pierwsza w Polsce zdecydowała się ujawnić, że jest po mastektomii i zgodziła się na publikację swego zdjęcia.

Program rehabilitacji kobiet po mastektomii w Polsce opracowali wybitni specjaliści, a wśród nich dr K. Mika, która była animatorką naszego Ruchu, jego opiekunką i koordynatorem aż do 2001 r. Ona oswajała społeczeństwo polskie z problemami raka piersi, Ona rozpoczęła skuteczną batalię o nazwę naszej choroby „rak piersi” zamiast dotychczas obowiązującej „rak sutka”, Ona też wprowadziła polskie Amazonki na arenę międzynarodową, wykorzystując swoje osobiste kontakty i predyspozycje. Nie bez znaczenia była tu także długotrwała, owocna współpraca z Polskim Komitetem Zwalczania Raka – pod którego patronatem działałyśmy i bardzo życzliwy stosunek do Amazonek prof. Zbigniewa. Wronkowskiego, ówczesnego prezesa tej organizacji.

Nie można też pominąć informacji, że dr K. Mika i ówczesny dyrektor Centrum Onkologii prof. A. Kułakowski opracowali Rządowy Program Rehabilitacji Kobiet po Mastektomii, za co zostali uhonorowani specjalną nagrodą. Przyczynili się tym walnie do tego, że polska onkologia jest obecnie znaczącym partnerem onkologii europejskiej, a nawet światowej.

Podobnie program szkolenia Ochotniczek oparty o zasady światowego ruchu „Reach to Recovery” został opracowany i dostosowany do polskich realiów przez naszych wybitnych specjalistów: dr Krystynę Mikę, dr Małgorzatę Adamczak z Poznania, mgr Teresę Turuk-Nowak z Krakowa oraz mgr Małgorzatę Procner i mgr Krystynę Puto z Warszawy. W stosunku do programów zagranicznych był on znacznie szerszy i głębszy oraz dobrze dostosowany do polskich warunków i możliwości. Istotną różnicą było wykluczenie tzw. kaskadowości szkoleń praktykowanej na całym świecie, a polegającej na tym, że wyszkolone kadry szkolą następne, a te kolejne. Uważałyśmy, że taki system może generować stopniowe obniżanie poziomu, a szkolenia powinni prowadzić specjaliści. Zatwierdzony przez nas program obejmował szkolenia: Ochotniczek 1 i 2 stopnia, liderek Ochotniczek, przewodniczących klubów i filii oraz profesjonalistów zatrudnionych w klubach i filiach.

Pierwszy statut Federacji opracowała kol. Wiesława Dąbrowska. Był on przedstawiony i dyskutowany na spotkaniu z okazji 10-lecia Ruchu Amazonek w Polsce w 1997 r., w obecności przewodniczącej „Reach to Recovery” p. Elizabeth Mc-Crum. Drugi opracowała kol. Elżbieta Malcer z Torunia. Autorką trzeciej, ostatniej wersji statutu jest kol. Elżbieta Kozik. Powstał on w trakcie przygotowywania Federacji do uzyskania osobowości prawnej. Uwzględniał już nowo wprowadzone zasady i przepisy dotyczące funkcjonowania organizacji pozarządowych. Stało się to dopiero po dziesięciu latach naszego istnienia, ale dopiero wtedy było to możliwe.

Na początku naszej działalności dr K. Mika stała na stanowisku, że w danym mieście, czy miejscowości powinien działać jeden klub i to najlepiej przy istniejącej placówce Służby Zdrowia, która objęłaby go opieką merytoryczną. Rozdrabnianie sił i środków na organizację kilku klubów w jednym miejscu wydawało się nam wtedy niekorzystne i niecelowe. Poza tym mogło rodzić niezdrową rywalizację i konflikty. Obecnie sytuacja jest inna, bo Ruch jest potężny. Przykładowo, w Warszawie działa w tej chwili 6 samodzielnych klubów, a współpraca między nimi układa się różnie.

W lutym 1993 r. powstała Federacja Polskich Klubów Kobiet po Mastektomii, a przyjęta przez nas na początku nazwa „Amazonki” uznana została na całym świecie. Pierwszą przewodniczącą Federacji została kol. Zofia Michalska. Sprawowała tę funkcję prawie dwie kadencje. Ustąpiła przed upływem ostatniego roku. Obowiązki po niej objęła kol. Elżbieta Kozik, która w krótkim czasie, w profesjonalny sposób przygotowała Akt nadający Federacji osobowość prawną. Na walnym zebraniu w 2001 r. nie było kandydatki z Warszawy. Wtedy nową przewodniczącą wybrana została kol. Krystyna Wechmann wyprzedzając nieznacznie kol. Annę Dąbrowską z Łomży, która została wiceprzewodniczącą (wkrótce zmarła).

W 2001 roku skończył się warszawski okres przewodniczenia Federacji i opieki dr K. Miki, która przez pierwsze 10 lat pozyskiwała dla nas dotacje z PFRON-u, z Ministerstwa Zdrowia i inne drobne fundusze stanowiące podstawę istnienia klubów (komorne, sprzęt rehabilitacyjny i audiowizualny, czy dopłaty do wynagrodzeń specjalistów).

Nowemu Zarządowi Federacji przekazałyśmy: program działania Federacji, programy szkolenia na wielu szczeblach, wydawnictwa, gotowy statut i inne akty prawne niezbędne do prowadzenia legalnej działalności, ustaloną pozycję w mediach, pierwszą setkę dobrze zorganizowanych klubów, które miały już za sobą początkowy trudny okres funkcjonowania, sumę środków na wyposażenie biura.

Zofia Michalska
Przewodnicząca Konwentu Seniorek
Warszawa, 29.11.2013 r.

Ośrodek marzeń

Breast Cancer Unit w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie

O pierwszym w Polsce ośrodku, w którym kompleksowo, według światowych standardów (BCU) leczy się nowotwory piersi pisze lekarz medycyny, onkolog kliniczny – Małgorzata Talerczyk, zastępca dyrektora ds. lecznictwa Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii.

Kobiety w Polsce najczęściej chorują na raka piersi, płuca i jelita grubego. Obserwowane od wielu lat tendencje wzrostu zachorowań i niewielki spadek zgonów kobiet z rakiem piersi są pierwszym objawem skuteczności profilaktyki wtórnej. **Poprawa wskaźników skuteczności leczenia zależy od kompleksowości działania.**

Po raz pierwszy dyskutowano o celowości tworzenia multidyscyplinarnych jednostek diagnostycznych i terapeutycznych na pierwszej konferencji EBCC1 (Early Breast Cancer Conference) we Florencji w 1998 r. W 2003 r. I Rezolucja Parlamentu Europejskiego potwierdziła potrzebę tworzenia Wielodyscyplinarnych Komisji do spraw Leczenia Raka Piersi tzw. Breast Cancer Units (BCU). W 2006 r. **II Rezolucja Europarlamentu zaleciła państwom członkowskim zapewnienie funkcjonowania jednostek zajmujących się kompleksowo nowotworami piersi do 2016 r.**

BCU muszą spełnić następujące podstawowe wymogi: zapewnić kompleksową opiekę na wszystkich etapach choroby (od rozpoznania, ustalenia stopnia zaawansowania, leczenia onkologicznego, rehabilitacji, po badania kontrolne po zakończeniu aktywnego leczenia, czy zapewnienie opieki w stanie terminalnym). Jeden BCU powinien objąć opieką około 500 tys. mieszkańców, diagnozować minimum 150 przypadków raka piersi rocznie oraz organizować cotygodniowe multidyscyplinarne spotkania, na których omawiane będą wszystkie opcje terapeutyczne dla co najmniej 90% pacjentek leczonych w ośrodku. W skład komisji wielodyscyplinarnej wchodzą: radiolog, patomorfolog, chirurg onkolog, chirurg plastyk, onkolog kliniczny, radioterapeuta, wykwalifikowana pielęgniarka. Do podstawowych standardów jakościowych dla specjalistycznego ośrodka BCU należą także: utworzenie i aktualizowanie algorytmów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego oraz tworzenie bazy danych umożliwiającej przeprowadzanie audytów i kontroli jakości świadczonych usług.

Międzynarodowe Towarzystwo Senologiczne SIS (Senologic International Society) opracowało program akredytacyjny APBC (Accreditation Program for Breast Centers/Units) zawierający listę warunków jakie musi spełnić ośrodek ubiegający się o certyfikację. Program ten cechuje powszechność i jednolitość. **Powszechność oznacza, że każda pacjentka niezależnie od miejsca zamieszkania powinna mieć dostęp do wysokiej jakości diagnostyki i leczenia raka piersi. Jednolitość oznacza, że od wszystkich ośrodków BCU wymaga się takich samych wskaźników jakości.**

Zachodniopomorskie Centrum Onkologii (ZCO) w Szczecinie jest największym ośrodkiem onkologicznym na terenie województwa.

Wychodząc naprzeciw zaleceniom Europarlamentu utworzyło we wrześniu 2010 r. Breast Cancer Unit, analizując wcześniej wymogi narzucane przez program akredytacyjny APBC. Po 3 latach działalności przystąpiono do audytu.

Warunki, jakie powinna spełnić Pracownia Radiodiagnostyki wg programu SIS to: wykonywanie co najmniej 2000 i opisywanie około 1000 mammografii rocznie lub 5000 badań w ramach programów przesiewowych przez radiologa, uczestniczenie w posiedzeniach BCU, stałych szkoleniach. W Pracowni RTG powinna być możliwość przeprowadzenia badania klinicznego, wykonania oprócz mammografii biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej, biopsji gruboigłowej pod kontrolą różnych technik obrazowania.

Jakość wyników badań mammograficznych i biopsji należy monitorować. Czas oczekiwania na wynik mammografii nie powinien być dłuższy niż 5 dni. Radiolodzy wchodzący w skład Breast Teamu spełniają należne wymogi programu akredytacyjnego.

W Zachodniopomorskim Centrum Onkologii Pracownia Radiodiagnostyki jest dobrze wyposażona w nowoczesny sprzęt.

Posiada 2 mammografy cyfrowe, 2 aparaty cyfrowe USG, cyfrowy aparat USG z zestawem do biopsji mammotomicznej, mobilny aparat USG, aparat RTG do biopsji stereotaktycznej piersi pod kontrolą RTG, przyłóżkowy aparat do RTG, system cyfrowej radiografii pośredniej, zestaw do radiofluoroskopii, 64 – rzędowy tomograf komputerowy, 1,5 - teslowy aparat do rezonansu magnetycznego oraz mammobus, który realizuje badania skryningowe na terenie województwa.

Lek. med. Małgorzata Talerczyk

Wymogi programu akredytacyjnego SIS dla Pracowni Patomorfologii są następujące: patomorfolog musi rozpoznawać minimum 150 przypadków pierwotnych raka piersi rocznie (w ZCO ocenia ponad 500), wykonywać badania immunohistochemiczne – minimum status receptorów estrogenowego, progesteronowego i HER2 (w ZCO dodatkowo indeks Ki 67 oznaczający wskaźnik proliferacji), oceniać histologicznie stan węzłów chłonnych zarówno w procedurze biopsji węzła chłonnego wartowniczego, jak i limfadenektomii pachowej. Raport badania patomorfologicznego powinien zawierać dane demograficzne pacjentki, szczegółowy makroskopowy opis wycinka tkanek, szczegółowy opis mikroskopowy z uwzględnieniem cechy naciekania i in situ, wymiary, stopień złośliwości histologicznej oraz marginesy chirurgiczne. SIS zaleca korzystanie z szablonu protokołu badania wycinków wszystkich raków inwazyjnych, w tym raka DCIS (ductal carcinoma in situ) z mikronaciekaniem wg CAP (College of American Pathologist). Pracownia Patomorfologiczna pracując dla BCU dzięki zmianom organizacyjnym osiągnęła znaczną poprawę jakości wy-

ników, np. czas oczekiwania na wynik badania biopsji gruboigłowej (ocena typu histologicznego raka, stopień złośliwości histologicznej oraz wyników badania immunohistochemicznego oceniającego stan receptorów ER, PR, HER2, Ki 67) do 5 dni w 2012 r. dotyczył 58% pacjentek, w 2013 r. 92%.

Chirurgia Onkologiczna wg programu akredytacyjnego SIS ma zapewnić realizację procedury biopsji węzła chłonnego wartowniczego, chirurgii onkoplastycznej i rekonstrukcyjnej. Chirurg będący członkiem Breast Teamu musi leczyć nie mniej niż 50 przypadków rocznie (w ZCO chirurg operuje ponad trzykrotnie więcej), przyjmować w poradni diagnostycznej raz w tygodniu, okresowo szkolić się z zakresu komunikacji i poradnictwa. Chirurg wykonujący biopsję węzła chłonnego wartowniczego powinien być przeszkolony i poddawany ocenie. Kolejne wymogi: odsetek braku lokalizacji węzła chłonnego wartowniczego mniejszy niż 5%, ilość pobranych węzłów chłonnych w procedurze limfadenektomii większa niż 10 w ponad 90% przypadków. Wszystkie kobiety operowane powinny być zbadane przez chirurga jeden raz w roku (min. 90% pacjentek).

Zaleca się ponadto konieczność przekazania rozpoznania w bezpośredniej rozmowie z pacjentką w czasie do 5 dni od wyniku biopsji grubo igłowej. Rozpoznanie histologiczne powinno być znane w 90% przypadków przed operacją (oznacza to, że liczba biopsji chirurgicznych powinna być mniejsza niż 10%). W przypadku operowania zmiany niepalpacyjnych, w trakcie operacji należy wykonać radiogram wycinka. Pacjentki z małym guzem powinny mieć przeprowadzony zabieg oszczędzający (70 - 80% przypadków). Mastektomia jest zarezerwowana dla pacjentek preferujących ten zakres operacji, dotyczy również kobiet z dużym guzem i wysokim ryzykiem nawrotu choroby. Wszystkie chore powinny być poinformowane o możliwości wykonania rekonstrukcji jednoczasowej lub odroczonej. 90% kobiet nie powinno czekać dłużej niż 2 tygodnie na operację. 90% pacjentek z rakiem piersi powinno mieć jedną operację w celu usunięcia guza. Ponad 80% pacjentek z miejscowo zaawansowanym rakiem piersi powinno mieć zaproponowane leczenie skojarzone.

Onkolog kliniczny poświęca minimum 40% czasu pracy na leczenie pacjentek z rakiem piersi. Minimum 10% pacjentek należy złożyć propozycje udziału w badaniach klinicznych.

Radioterapeuta poświęca minimum 30% czasu pracy dla pacjentek z rakiem piersi. Oddział Radioterapii powinien być wyposażony w 2 akceleratory (w ZCO jest 5 przyspieszaczy liniowych w jednej sieci z modulacją intensywności dawki oraz możliwość bramkowania oddechowego) oraz symulator CT.

SIS w programie akredytacyjnym zaleca włączenie do Breast Teamu innych specjalistów: genetyka (ZCO ściśle współpracuje z Zakładem Genetyki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego), psychoonkologa, specjalistę medycyny paliatywnej, fizjoterapeutę.

Psycholodzy zatrudnieni w naszym ośrodku mają odrębną ofertę dla pacjentek z rakiem piersi. Mają one pierwszy kontakt z psychologiem przed spotkaniem ze specjalistami na Komisji BCU, gdzie przedstawiane są opcje postępowania terapeutycznego celem pierwszej próby „oswojenia" rozpoznania. Opieka psychologiczna jest możliwa na każdym etapie leczenia, w formie spotkań grupowych, warsztatów lub terapii indywidualnej.

Opieka Paliatywna w ZCO jest świadczona w warunkach ambulatoryjnych lub Hospicjum Domowego. Obejmuje ona opiekę lekarską, pielęgniarską, fizjoterapeutyczną i psychologiczną.

Rehabilitacja pacjentek z rakiem piersi odbywa się na trzech etapach: rehabilitacji szpitalnej, poszpitalnej i w okresie późniejszym. Rehabilitacja szpitalna dotyczy pacjentek już w pierwszej dobie pooperacyjnej, podczas spotkania z fizjoterapeutą, który przekazuje wstępne instrukcje dotyczące zakresu ruchów i ćwiczeń wykonywanych w łóżku. Od kolejnej doby do końca hospitalizacji pacjentki ćwiczą na sali gimnastycznej w Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Rehabilitacja poszpitalna dotyczy pacjentek, które opuszczają szpital ze skierowaniem na rehabilitację. W ciągu trzech tygodni lekarz specjalista rehabilitacji podejmuje decyzję o wskazaniach, zakresie i rodzaju ćwiczeń. Późna rehabilitacja dotyczy grupy pacjentek po zakończonym aktywnym leczeniu onkologicznym, u których doszło do opóźnionych powikłań.

Breast Cancer Unit w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii umożliwia młodym pacjentkom (przed 35 rokiem życia), które mają dobre czynniki rokownicze, zachowania płodności. Onkofertility jest możliwe dzięki współpracy z Kliniką Medycyny Rozrodu i Ginekologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego.

W ofercie kompleksowej opieki nad pacjentką z rakiem piersi znajduje się także możliwość uczestniczenia w zajęciach Szkoły Onkologicznej dla Pacjentów i Ich Rodzin. Szkoła ta powstała z myślą o wszystkich pacjentach leczonych w naszym ośrodku. Multidyscyplinarne wsparcie pacjentów i ich rodzin ze strony nie tylko specjalistów medyków (chirurga onkologa, chirurga plastyka, onkologa klinicznego, radioterapeuty, specjalisty rehabilitacji, medycyny paliatywnej, genetyka, stomatologa, ginekologa), ale również psychologa, dietetyka, kosmetologa, pracownika Urzędu Skarbowego i innych czynią pacjentów współodpowiedzialnymi za ostateczny efekt terapeutyczny. Zajęcia odbywają się w dwóch edycjach rocznie (wiosennej i jesiennej) i mają formę: wykładów, warsztatów, spotkań z ciekawymi ludźmi, pokazów i rozmów kuluarowych. Ewaluacja tematyki poruszanej na zajęciach przez uczestników i ocena wykładów pozwala reagować na potrzeby pacjentów i zmiany harmonogramu zajęć.

Breast Cancer Unit w Zachodniopomorskim Centrum Onkologii w Szczecinie 14 października 2013 r. uzyskał certyfikację Międzynarodowego Towarzystwa Senologicznego na okres 5 lat, potwierdzając wysoką jakość i kompleksowość opieki nad pacjentami z rakiem piersi.

MŁODE CHORE NA RAKA PIERSI

Rzadko poruszany temat odrębności diagnostyki i leczenia raka piersi u młodych kobiet porusza dr n.med. Barbara Radecka, zastępca ordynatora Oddziału Onkologii Klinicznej Opolskiego Centrum Onkologii. Ośrodek, w którym pracuje, realizuje wszystkie standardowe technologie medyczne w leczeniu raka piersi zarówno w odniesieniu do leczenia miejscowego jak i systemowego. Placówka uczestniczy w wielu międzynarodowych badaniach klinicznych. Funkcjonuje tu także Poradnia Genetyczna. Leczenie raka piersi jest realizowane w oparciu o decyzje wielospecjalistycznego zespołu. Chore korzystają z rehabilitacji i wsparcia psychologa. Ten niewielki szpital, spełniający kryteria pełnoprofilowego ośrodka, zapewnia chorym przyjazne warunki leczenia. Pacjentki nie są tu anonimowe.

Co to znaczy „młode chore"? Nie ma uniwersalnej granicy „młodego wieku", niemniej jednak dla potrzeb badań naukowych, a także praktyki klinicznej zdefiniowano 3 grupy wiekowe chorych: **młode kobiety, czyli wszystkie chore przed menopauzą do 35/40 roku życia,** starsze kobiety przed menopauzą, czyli w praktyce chore w okresie okołomenopauzalnym oraz starsze kobiety po menopauzie [1,2]. Granica wiekowa dla młodych chorych jest różnie definiowana przez różnych badaczy, zawsze jednak chodzi tu o kobiety zdecydowanie przed menopauzą. Wyodrębnienie takich chorych jest uzasadnione klinicznie, bowiem rak piersi w tej grupie kobiet prezentuje pewne odmienności biologiczne i niejednokrotnie wymaga swoistego postępowania.

Rak piersi w młodym wieku wystepuje rzadko. Ryzyko zachorowania na ten rodzaj nowotworu zwiększa się wraz z wiekiem. Najczęściej chorują kobiety w okresie pomiędzy 50-69 rokiem życia. **Tylko 2-5% wszystkich raków piersi rozpoznaje się u kobiet do 40 roku życia [3,4]. Ryzyko zachorowania na raka piersi w 3. dziesiatce życia kobiety wynosi 0,04% rocznie [1]. W tej grupie kobiet znacznie częściej niż w całej populacji stwierdza się genetyczne podłoże choroby oraz rodzinne występowanie zachorowań.** Leczenie młodych chorych ma również swoiste uwarunkowania związne z macierzyństwem, czyli z potrzebą zachowania płodności, możliwością utrzymania ciąży pomimo rozpoznania raka piersi, czy też zachowaniem zdolności karmienia piersią. Należy jednak podkreślić, że wiele problemów dotyczących młodych chorych na raka piersi nie zostało dotąd poddanych ocenie w odpowiednio zaplanowanych badaniach naukowych. W niektórych obszarach (zwłaszcza związanych z macierzyństwem) wiedzę czerpiemy z badań rektropsektywnych czy wręcz obserwacji klinicznych, co powoduje trudności w zdefiniowaniu zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych.

Młode kobiety, u których podejrzewa się raka piersi powinny być diagnozowane przez zespoły lekarzy mających duże doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu tej choroby. Nie ma danych wskazujacych na korzyść z wykonywania regularnych badań obrazowych u kobiet przed 40 rokiem życia (dotyczy to również kobiet, które poddały się zabiegom powiększenia piersi). Badanie te są oczywiście wykonywane w tej grupie wiekowej w przypadku wskazań klinicznych. Przyjmowanie doustnych środków antykoncepcyjnych nie wpływa na możliwość wykonywania badań obrazowych. **Najbardziej wartościowe techniki obrazowania w tej populacji to ultrasonografia oraz rezonans magnetyczny**. Mammografia, która jest uważana za najlepsze badanie do wykrywania raka piersi jest podstawowym narzędziem badań przesiewowych w grupie chorych po 40 roku życia. U kobiet młodszych gęsta struktura piersi uniemożliwia prawidłową interpretację badania [8]. W tej grupie mammografia ma mniejszą swoistość, co w badaniach przesiewowych mogłoby też powodować wzrost odsetka wyników fałszywie dodatnich, narażając kobiety na niepotrzebny stres. Obecność implantów wszczepionych podczas procedury powiększania piersi nie wpływa na ryzyko rozwoju raka, niemniej skuteczność mammografii jest mniejsza w tym przypadku, co może być przyczyną późniejszego rozpoznania raka piersi. Należy informować o tym kobiety planujące poddanie się zabiegom wszczepiania implantów.

E. Grabiec-Raczak, A. Polińska „Alivia", dr B. Radecka CO w Opolu, E. Kozik, dr H. Tchórzewska-Korba CO w Warszawie.

Samobadanie to najtańsza i najbardziej dostępna metoda diagnostyczna, trwa 5 minut, a może pomóc uratować życie. Powinno być wykonywane regularnie przez wszystkie kobiety po 20 roku życia. Dzięki zainteresowaniu mediów problematyką raka piersi popularność samobadania systematycznie wzrasta. Cieszą nas, onkologów akcje edukacyjne prowadzone wśród młodzieży. Mamy nadzieję, że rośnie pokolenie kobiet, dla których samobadanie będzie nawykiem. Należy zalecać młodym kobietom samobadanie piersi i regularne badanie kliniczne prowadzone przez lekarza. Te metody nadal wykrywają 1/3 nowotworów złośliwych gruczołu piersiowego w całej populacji! Natomiast w grupie kobiet do 35 roku życia (nie są one poddawane żadnym badaniom przesiewowym) w 80%, przy czym średnia wielkośc guza to 2 cm [6,7].

Mimo względnie niewielkiego ryzyka rozwoju raka piersi u kobiet przed 40 rokiem życia, **każda stwierdzona w badaniu palpacyjnym nieprawidłowość wymaga starannej diagnostyki zgodnie z zasadą „potrójnego rozpoznania"**, tzn. że po badaniu przedmiotowym przeprowadzonym przez lekarza należy wykonać stosowne badanie obrazowe a następnie zweryfikować zmianę w badaniu cyto- lub histopatologiczym, a więc pobrać ze zmiany materiał w drodze biopsji i poddać go ocenie mikroskopowej. Pozwala to na potwierdzenie 95% rozpoznań. Jednym z celów takiego postępowania jest uniknięcie wycinania zmian niezłośliwych.

Rak piersi u młodych kobiet prezentuje szereg odmienności biologicznych. W tej grupie wiekowej znacznie częściej niż w ogólnej populacji spotykamy mutacje genów: BRCA1, BRCA2, TP53. W ogólnej populacji rak związany w tymi uszkodzeniami genowymi wystepuję u ok. 5-10% chorych, w grupie chorych w 3. dekadzie życia u co trzeciej. Częściej występuje niski stopnień histologicznego zróżnicowania, a tym samym wyższy stopień złośliwości. Częściej obecne są przerzuty do pachowych węzłów chłonnych, naciekanie naczyń krwionośnych i chłonnych, a także niekorzystne markery biologiczne jak wysoka ekspresja Ki67 oraz białka p53, czy potrójnie ujemny podtyp; rzadziej natomiast spotykamy obecność receptorów estrogenowych.

Leczenie młodych chorych na raka piersi nie powinno się różnić od leczenia innych chorych – powinno być zaplanowane i przeprowadzone w ramach wielospecjalistycznego zespołu. **Z uwagi na szczególnie duże znaczenie estetycznego efektu leczenia młodych kobiet należy rozważyć między innymi możliwości leczenia oszczędzającego z wykorzystaniem technik onkoplastycznych (mastektomię z oszczędzeniem skóry, mastektomię z oszczędzeniem kompleksu otoczka-brodawka, jednoczesną rekonstrukcję piersi itp.)**. Radioterapia młodych chorych na raka piersi opiera się na tych samych zasadach, jakie obowiązują u pozostałych chorych (zarówno w obrębie piersi, jak i dołu pachowego). Brak dowodów naukowych, aby młodym chorym proponować bardziej agresywne schematy leczenia systemowego niż chorym w innych grupach wiekowych. Niemniej jednak młode chore nigdy w zasadzie nie należą do grupy małego ryzyka, dlatego

zawsze powinny zostać poddane co najmniej hormonoterapii. Decyzja o wyborze sposobu leczenia systemowego młodych chorych na raka piersi powinna się opierać – podobnie jak w innych grupach wiekowych – na ocenie cech biologicznych nowotworu, stopnia zaawansowania choroby oraz chorób współistniejących. **Opieka paliatywna** nad młodymi chorymi na raka piersi niesie szczególne wyzwania z uwagi na sytuację rodzinną – kobiety w tym wieku zazwyczaj mają małe dzieci, wieloprofilowego wsparcia wymaga więc cała rodzina.

Leczenie onkologiczne wywołuje szereg objawów niepożądanych, a **u młodych chorych spotykamy szczególne sytuacje kliniczne związane z macierzyństwem czy przedwczesną menopauzą.** Trzeba pamiętać, że często młode chore pozostają płodne w trakcie chemioterapii, pomimo nieregularności lub zatrzymania cyklu miesięcznego. Dlatego należy im zalecić stosowanie odpowiedniej, niehormonalnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia (np. środki mechaniczne). Nie należy stosować środków antykoncepcyjnych opartych na estrogenie i progestagenie (zwłaszcza u chorych na hormonozależnego raka piersi). Objawy menopauzy wywołanej chemioterapią można łagodzić stosując preparaty farmakologiczne, jednak należy zwrócić uwagę na możliwość oddziaływań pomiędzy lekami. U młodych kobiet, u których wskutek leczenia przeciwnowotworowego doszło do indukcji menopauzy, trzeba zalecić okresowe kontrolowanie gęstości kości, regularną aktywność fizyczną i odpowiednie żywienie oraz – w uzasadnionych przypadkach – preparaty wapnia i witaminy D.

Niezwykle ważne są zagadnienia związane z postrzeganiem przez chore własnej seksualności i kobiecości, aktywności płciowej oraz psychologicznej więzi z partnerem. W każdym z tych obszarów dostępne są efektywne sposoby interwencji (refundowane zabiegi rekonstrukcji czy protezowanie piersi, środki nawilżające pochwę, opieka psychologiczna). Identyfikacja problemów i wdrożenie odpowiedniego postępowania na jak najwcześniejszym etapie leczenia pozwala na utrzymanie dobrej jakości życia w omawianym zakresie.

Zachowanie płodności pomimo leczenia raka piersi to problem, który należy omówić z chorą (i jej partnerem) jeszcze przed rozpoczęciem leczenia. Nie wprowadzono dobrych jednoznacznych standarów postępowania w celu zachowania płodności, co niesie możliwość zagrożeń dla młodych chorych pragnących poddać się takim procedurom. Uznaną techniką zachowania płodności jest krioprezerwacja oocytów, aczkolwiek nie opracowano dotąd właściwego sposobu niezbędnej do tego stymulacji jajników. Alternatywny sposób polega na pobraniu i krioprezerwacji fragmentu jajnika; zabezpieczone tkanki można po leczeniu przeciwnowotworowym ponownie wszczepić do jajnika. Jest to jednak metoda eksperymentalna.

Leczenie raka piersi u kobiet w ciąży jest zagadnieniem skomplikowanym, aczkolwiek zasady postępowania powinny być możliwie zbliżone do reguł leczenia chorych nieciężarnych. W ciąży można bezpiecznie wykonać operację – zarówno mastektomię, jak i leczenie oszczędzające, a także zastosować wiele schematów chemioterapii. Rozwiązanie należy zaplanować tak, aby od ostatniego cyklu chemioterapii upłynęło 2 do 3 tygodni. W ciąży nie wolno natomiast stosować hormonoterapii, trastuzumabu i radioterapii – leczenie to należy opóźnić do rozwiązania.

Chore rozważające ciążę po zakończeniu leczenia raka piersi należy poinformować o możliwości wystąpienia nawrotu choroby nawet po kilku czy kilkunastu latach. Nie ma danych na temat optymalnego czasu do zajścia w ciążę po leczeniu, niemniej większość specjalistów zaleca 2 letni okres od rozpoznania choroby (zwłaszcza u chorych obarczonych większym ryzykiem nawrotu) oraz około 6 miesięcy od zakończenia chemioterapii. Przebyte uprzednio leczenie z powodu raka piersi nie zwiększa ryzyka wystąpienia wad rozwojowych, natomiast zwraca się uwagę na większe ryzyko porodów przedwczesnych oraz małej wagi urodzeniowej. W związku z tym konieczne są dokładne kontrole ginekologiczne przez cały czas trwania ciąży.

PIŚMIENNICTWO
1. Cardoso F i wsp. Eur J Cancer 2012; 2. Winchester DP i wsp. Cancer J 1996; 3. Ries L i wsp. SEER Cancer Stat Rev 2005; 4. Kothari AS i wsp. Int J Clin Pract 2002; 5. Gajdos C i wsp. J Am Coll Surg 2000; 6. Kreige M i wsp. Breast Cancer Res Treat 2010; 7. Haffy BG i wsp. J Clin Oncol 2006; 8. Sentis M i wsp. Breast Cancer Res Treat 2010,

Etapowość leczenia w raku piersi i konsekwencje ograniczonego dostępu

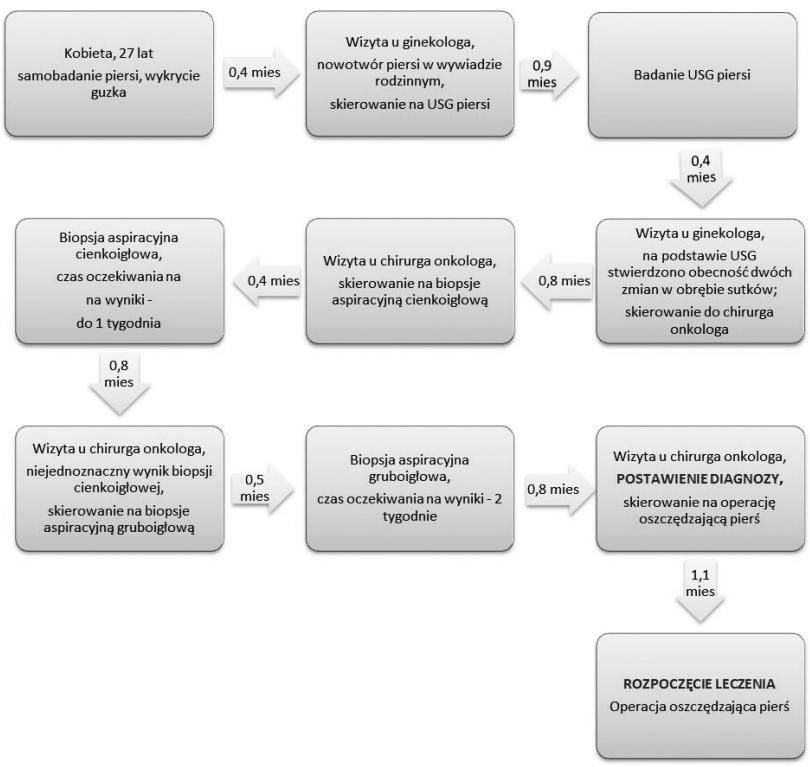
Etapowość, największa bolączka w leczeniu nowotworów w Polsce, dotyczy także raka piersi. Pisze o tym Karolina Skóra – absolwentka Wydziału Biologii oraz Zdrowia Publicznego na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, Członek Zarządu oraz Dyrektor Zarządzający Fundacji Watch Health Care, badającej ograniczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce. Współorganizowała 22 konferencje dotyczące ograniczeń dostępu do innowacyjnych metod leczenia w Polsce. Od 2011 roku jest aktywnym wykładowcą w Stowarzyszeniu CEESTAHC (Central & Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care) i prowadzi szkolenia z zakresu EBM (Evidence Based Medicine) oraz HTA (Health Technology Assessment). Pracowała również w HTA Audit, firmie doradczej zajmującej się audytem raportów oceny technologii medycznych. Autorka publikacji z zakresu ochrony zdrowia.

Karolina Skóra, Fundacja WHC

Rak piersi to najczęstszy nowotwór złośliwy wśród kobiet, który stanowi 23% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w tej populacji. Najważniejszym elementem skutecznego wyleczenia jest wczesne wykrycie raka piersi w oparciu o specjalistyczną diagnostykę.

Niestety, **niska świadomość** na temat wagi **profilaktyki i prewencji** oraz **ograniczony dostęp do nowoczesnego i skutecznego leczenia** sprawiają, że w Polsce pacjentki z rakiem piersi postawione są w gorszej sytuacji niż wielu innych krajach europejskich.

Etapowość leczenia oraz ograniczenia dostępności do podstawowych świadczeń zdrowotnych stanową kolejny, niekorzystny czynnik rokowniczy dla pacjentek z rakiem piersi. Poniżej przykładowy scenariusz diagnostyki i leczenia kobiety z rakiem piersi (rys. 1), opracowany na podstawie danych fundacji Watch Health Care (dane – XII 2013) (Fundacja Watch Health Care (WHC), 2014).



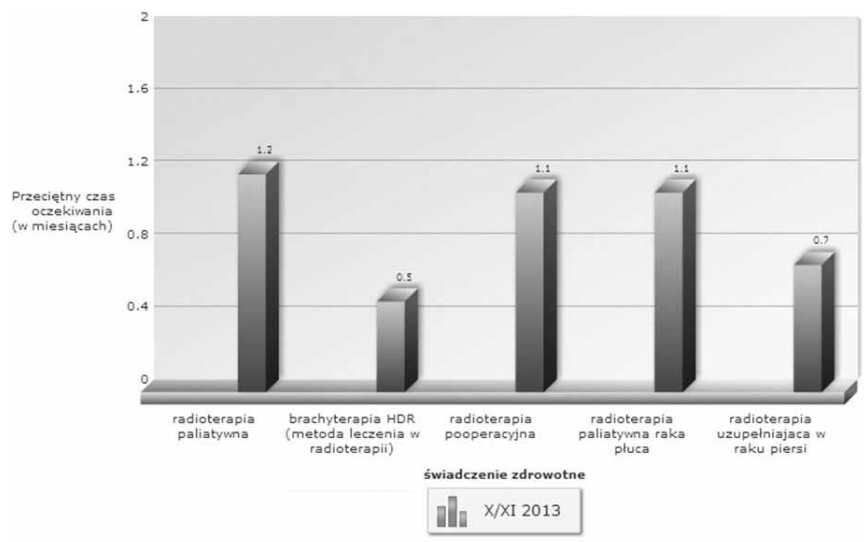
Rysunek 1. Etapowość leczenia w raku piersi - przykład

W przedstawionym przypadku, **zanim postawiono DIAGNOZĘ minęły ponad 4 miesiące**, z kolei **zanim podjęto LECZENIE minęło ponad pół roku**. Ponadto wyniki badań pokazały, że w Polsce ponad połowa pacjentów onkologicznych, w momencie zgłoszenia się do lekarza miała zaawansowaną chorobę nowotworową (Pawlicki & Michalczyk, 2005). Zakładając, że pacjentka wykrywa u siebie guza, gdy rak jest już w zaawansowanym stadium, istnieje duże prawdopodobieństwo złego rokowania. Co więcej, na każdą kontrolną wizytę pacjentka będzie musiała czekać. Jeśli nastąpi wznowa raka to na mastektomię całkowitą pacjentka będzie czekała 1,2 miesiąca. Jeśli natomiast kobieta będzie chciała zrekonstruować pierś, to musi się liczyć z rocznym okresem oczekiwania (Fundacja Watch Health Care (WHC), 2014).

Inne badania, na które również pacjentki z rakiem piersi zmuszone są czekać, to np. biopsja mammotomiczna, stereotaktyczna – **0,7 mies**. i otwarta biopsja chirurgiczna - **1,2 mies.** (Fundacja Watch Health Care (WHC), 2014).

Warto również zwrócić uwagę na fakt, że czeka się również na wyniki badań diagnostycznych i tak, np. na wyniki biopsja cienkoigłowej średnio ok. 1 tydzień, a gruboigłowej, ok. 2 tygodnie.

Jedną z metod leczenia raka piersi jest radioterapia. Badania pokazują, że ok. połowa pacjentów onkologicznych powinna mieć zastosowaną tą metodę leczenia (Slotman, Cottier, Bentzen, Heeren, Lievens, & van den Bogaert, 2005), a ok. 1/4 wymaga jej ponownego zastosowania (Delaney, Jacob, Featherstone, & Barton, 2005). Wg danych Konsultanta Krajowego w dziedzinie Radioterapii Onkologicznej, średni czas oczekiwania na radioterapię w Polsce w 2012 r. wynosił 4-5 tygodni. Wyniki Barometru Fundacji WHC, przedstawiającego dane z X/XI 2013 pokazują, że czas oczekiwania na radioterapię jest nieco krótszy (rys.2).



Rysunek 2. Średni czas oczekiwania na świadczenia z zakresu radioterapii (X/XI 2013 r.)

Przykładowo, na brachyterapię, kobieta u której wystąpiła wznowa po mastektomii całkowitej będzie czekała ok. 2 tygodnie. Natomiast kobieta po amputacji piersi otrzyma radioterapię po ok. 3 tygodniach.

Brytyjskie standardy dot. pacjentów onkologicznych, mówią że od momentu zgłoszenia się do lekarza POZ do momentu rozpoczęcia leczenia nie powinno minąć więcej niż 2 miesiące, a od postawienia rozpoznania i ustalenia stopnia zaawansowania nowotworu do rozpoczęcia leczenia nie powinno minąć więcej niż 1 miesiąc (The NHS Cancer plan: a plan for investment, a plan for reform, 2010). Pomimo, iż nie jest to restrykcyjne wymaganie, w Polsce w wielu przypadkach okres ten jest znacząco przekroczony.

Udowodniono, że zbyt późne podjęcie leczenia pociąga za sobą negatywne konsekwencje zdrowotne. Badania pokazują, że czas oczekiwania pomiędzy diagnozą a rozpoczęciem leczenia ma istotne znaczenie dla pacjentek z rakiem piersi. Opóźnienie leczenia powyżej 60 dni wśród pacjentek cierpiących na raka piersi w stadium zaawansowanym, było związane z 85% wyższym ryzykiem śmierci z powodu tego nowotworu w porównaniu do pacjentek, które czekały krócej (McLaughlin, Anderson, Ferketich, Seiber, Balkrishnan, & Paskett, 2012).

Dane Fundacji WHC potwierdzają złe funkcjonowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej, a co za tym idzie pokazują jak trudna jest sytuacja osób chorych. Pacjenci nadal czekają na podstawowe świadczenia specjalistyczne, co opóźnia postawienie diagnozy. Na kolejnym etapie pacjenci czekają na leczenie. Opóźnienia w podjęciu leczenia, zarówno te z winy pacjenta (np. nie uczestniczenie w badaniach przesiewowych, odwlekanie wizyty u lekarza), jak i związane z etapowością leczenia oraz kolejkami do poszczególnych świadczeń zdrowotnych, powodują, że pacjent onkologiczny często rozpoczyna leczenie zbyt późno, przez co maleją szanse na wyleczenie.

Bibliografia:

Delaney, G., Jacob, S., Featherstone, C., & Barton, M. (2005). The role of radiotherapy in cancer treatment: estimating optimal utilization from a review of evidence-based clinical guidelines. Cancer, 104 (6), strony 1129–1137.

Fundacja Watch Health Care (WHC). (2014). Fundacja Watch Health Care. Pobrano luty 2014 z lokalizacji http://www.korektorzdrowia.pl/barometr/

McLaughlin, J., Anderson, R., Ferketich, A., Seiber, E., Balkrishnan, R., & Paskett, E. (2012). Effect on Survival of Longer Intervals Between Confirmed Diagnosis and Treatment Initiation Among Low-Income Women With Breast Cancer. JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY .

Pawlicki, M., & Michalczyk, A. (2005). Badania przyczyn opóźnień leczenia chorych na nowotwory złośliwe. Współczesna Onkologia, 9 (5), strony 191-195.

Slotman, B. J., Cottier, B., Bentzen, S. M., Heeren, G., Lievens, Y., & van den Bogaert, W. (2005). Overview of national guidelines for infrastructure and staffing of radiotherapy. ESTRO-QUARTS: work package 1. Radiotherapy & Oncology, 75 (3), strony 349-354.

(2010). The NHS Cancer plan: a plan for investment, a plan for reform. Department of Health.

WYNISZCZENIE W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Spadek masy ciała i utratę apetytu w czasie choroby nowotworowej można leczyć. Pisze o tym lek. med. Beata Stypuła-Ciuba z Kliniki Onkologii i Chorób Wewnętrznych, Centrum Onkologii w Warszawie.

Pacjenci leczeni z powodu choroby nowotworowej skarżą się na wiele objawów fizycznych, które towarzyszą chorobie na każdym etapie jej zaawansowania. Przyczyną ich występowania może być sama choroba nowotworowa oraz zastosowana terapia onkologiczna – operacja, radioterapia, chemioterapia. Do najbardziej uciążliwych należą nudności, wymioty, ból, duszność, znużenie, utrata apetytu, spadek masy ciała oraz zaparcia.

Brak apetytu i spadek masy ciała specyficzny dla choroby nowotworowej określany jest jako **zespół kacheksja – anoreksja czy inaczej jako zespół wyniszczenia nowotworowego**. Poza brakiem apetytu i chudnięciem zaobserwowano u pacjentów onkologicznych równocześnie hipermetabolizm białek, tłuszczy i cukrów. Co to oznacza? **Hipermetabolizm** to nic innego jak znacznie przyspieszone spalanie i zużywanie białek, tłuszczy i cukrów przez organizm. W zespole wyniszczenia nowotworowego jednocześnie z tym szybszym spalaniem białek, tłuszczy i cukrów pacjent nie wykazuje zapotrzebowania na jedzenie, a więc uzupełnianie spalonych substancji.

Nie należy sądzić, że to sam nowotwór „zjada" pacjenta i można go „zagłodzić". Taka postawa może doprowadzić do zagrożenia życia, a nawet śmierci z powodu wygłodzenia. Szybsze spalanie potrzebnych do życia substancji jest spowodowane z jednej strony koniecznością wytworzenia energii na walkę organizmu z chorobą, a z drugiej strony działaniem samego nowotworu, który przyspiesza ten proces i jednocześnie wywołuje u chorego zaburzenia łaknienia. Do tego stopnia, że pacjent nie chce nic jeść lub je minimalnie.

Choroba nowotworowa wiąże się z ciągłym procesem zapalnym. To nic innego jak stała walka organizmu z obcym, nowym tworem, do której potrzebne są siły i energia. Bez stałego dostarczania żywności, jedzenia bogatego w białko, tłuszcze i cukry nie będzie to możliwe.

Co zatem może zrobić pacjent? Po pierwsze – ZAUWAŻYĆ problem i zgłosić go lekarzowi.

Jeśli pacjent lub rodzina zauważyli, że:

- **u chorego w ciągu ostatnich 3 miesięcy nastąpił spadek wagi w granicach 5% (np. z wagi 65-70 kg do wagi 60-65kg)**
- **chory nie ma apetytu,**
- **nie smakują mu ulubione potrawy**
- **zaspokaja głód małymi porcjami**
- **jest senny, znużony i osłabiony**

powinni zgłosić te objawy swojemu lekarzowi onkologowi.

Współczesna medycyna przewiduje zastosowanie leków na receptę, które poprawią apetyt i wpłyną na masę ciała, przez co zahamują lub spowolnią rozwój choroby.

Nie należy bagatelizować czy ukrywać faktu zaburzeń łaknienia, chudnięcia, osłabienia i innych objawów. **Chorzy onkologiczni zbyt łatwo akceptują fakt, że: *musi boleć, mogę nie mieć apetytu, mogę być osłabiony, mogę gorzej wyglądać, przecież to normalne, że tak schudłam.*** Nic bardziej mylnego. Wszystkie zacytowane właśnie wypowiedzi świadczą o tym, że problem jest bagatelizowany i sam pacjent opóźnia możliwość rozpoczęcia leczenia kacheksji. Sytuacja ta prowadzi do osłabienia organizmu i niedożywienia, a w konsekwencji do braku sił do walki z chorobą.

Im dłużej trwa ten stan, im później pacjent zgłosi objawy, tym bardziej organizm jest wyniszczony i tym trudniej o pomoc. Niestety konsekwencje niedożywienia u pacjentów onkologicznych są poważne – niedożywienie i osłabienie organizmu uniemożliwia zastosowanie niektórych terapii, eliminuje dostęp do procedur i zabiegów medycznych. Osłabienie odporności i zmniejszenie sił witalnych prowadzi do zwiększenia ilości różnych infekcji, a w ich konsekwencji wystąpienia kolejnych innych poważnych chorób, jak na przykład zapalenia płuc. Stopniowo pojawia się zmniejszenie siły mięśniowej, osłabienie, łatwe męczenie się. Dochodzi do spadku odporności. Występują cechy niedokrwistości, leukopenia, neutropenia i hipoalbuminemia. Konsekwencją są trudno gojące się rany i odleżyny oraz obrzęki. Pacjenci gorzej tolerują leczenie onkologiczne, częściej pojawia się nietolerancja leków, które trzeba odstawić. Jeśli ten stan trwa dłużej pacjenci wymagają konsultacji lekarskich oraz hospitalizacji celem uzupełnienia elektrolitów i nawodnienia lub wręcz dożylnego podawania leków w warunkach szpitalnych.

Zdiagnozowanie wyniszczenia nowotworowego przez lekarza umożliwia natychmiastowe wdrożenie standardowej terapii. Obejmuje ona leczenie farmakologiczne połączone z odpowiednimi zaleceniami dietetycznymi.

Lek. med. Beata Stypuła-Ciuba

Leczenie farmakologiczne polega na przyjmowaniu przez pacjenta raz dziennie leków poprawiających apetyt, a co za tym idzie sprzyjających przyswajaniu spożywanych białek, cukrów i tłuszczy, witamin i innych mikroelementów. W konsekwencji poprawia się waga pacjenta, wzrasta jego odporność, poprawia się aktywność ruchowa i samopoczucie.

Lekiem o takim działaniu jest standardowo stosowany octan megestrolu (np. Megalia), który obok pobudzania apetytu działa przeciwzapalnie, co w walce z chorobą nowotworową okazuje się działaniem kluczowym dla poprawienia wyników leczenia. Lek dostępny jest w postaci zawiesiny o smaku cytrynowym, która pobudza ślinianki i już od początku leczenia stymuluje pacjenta do poczucia apetytu. Jednakże działanie tego leku, choć skuteczne, nie jest natychmiastowe. Na pierwsze efekty pobudzenia łaknienia należy zaczekać kilka dni. Sama terapia jest przewlekła – czyli dopóki pacjent może przyjmować lek i ma to pozytywny skutek, dopóty terapia jest kontynuowana. Minimalny czas trwania leczenia to 2 miesiące. Zaprzestanie przyjmowania leku po tym czasie spowoduje ponowną utratę apetytu i powrót do nasilenia objawów wyniszczenia nowotworowego. Dlatego zaleca się kontunuowanie terapii tak długo, jak to możliwe.

Na pytania pacjentów czy można przyjmować octan megestrolu i jednocześnie pić odżywki kupione w aptece odpowiadam tak: *nie ma żadnych przeciwwskazań ze strony octanu megestrolu.* Jest to lek onkologiczny przebadany na tysiącach pacjentów na całym świecie. Badania te dowiodły nie tylko jego skuteczności, ale

i bezpieczeństwa. Natomiast odżywki nie są lekiem – są suplementem diety, a więc mogą uzupełniać dietę i nie mogą ani jej zastąpić, ani leczyć choroby nowotworowej.

Podejmowano także próby leczenia zespołu wyniszczenia innymi lekami oraz wielonienasyconymi kwasami tłuszczowymi omega-3. Brak jednak dowodów na skuteczność stosowanego leczenia. European Palliative Care Research Collaborative rekomenduje do przewlekłego leczenia zespołu wyniszczenia octan megestrolu

Nie ma uniwersalnej diety dla chorych na nowotwory. Eksperci są zgodni – taka dieta ma pokryć duże zapotrzebowanie na energię, jakiej potrzebuje chory. Zaleca się, aby dieta zawierała:

- mięsa: ryby, mięso kurczaka, królika, młodą wołowinę, cielęcinę,
- nabiał i jego przetwory: mleko, jogurt, budynie, twaróg, mleko w proszku jako dodatek do zup, sosów i kisieli, omlety, jaja,
- owoce i warzywa: suszone owoce, orzechy, nasiona np. słonecznika, produkty sojowe, pomidory, kalafiory, marchew, dynię, boćwinę, sałatę, szpinak, buraki, pory, pietruszkę, jabłka, banany, brzoskwinie, winogrona, wiśnie, owoce jagodowe, porzeczki, maliny, truskawki, cytrusy,
- kasze, ciemne makarony, ryż brązowy,
- pieczywo: ciemne, razowe.

W jaki sposób przyrządzać potrawy? Najlepiej poprzez gotowanie, gotowanie na parze, pieczenie w folii aluminiowej i na ruszcie.

Zaleca się usuwać pestki i skórki, a w przypadku trudności w połykaniu – przecierać lub miksować potrawy przed podaniem. Małe porcje ulubionych produktów warto przygotować wcześniej i przechowywać do natychmiastowego spożycia. Jeżeli spożywanie produktów stałych nie jest możliwe lub jest utrudnione warto stosować zupy, dietę przecieraną, mleko, soki.

Jak często jeść? Zaleca się, aby chory przyjmował około 5 posiłków dziennie. Śniadanie złożone z owoców, budyniu czy kisielu traktowane jest jak pełen posiłek. Jeśli obserwuje się szybkie nasycenie małą porcją jedzenia nie należy nalegać na dokończenie posiłku. Dobrym rozwiązaniem jest pozostawienie w zasięgu ręki owoców, po które chory będzie mógł sięgnąć między posiłkami.

Zdecydowanie odradzane jest podawanie jedzenia typu fast-food i odgrzewanie gotowych posiłków. Nie należy również nalegać na jedzenie. Walka nad talerzem potęguje negatywne nastawienie chorego. Pacjenci Ci bowiem często nie czują smaku potraw, nasycają się małymi porcjami, mają trudności w połykaniu. **Odradzane produkty i potrawy to zasmażki, śmietana, masło i smalec, kapusta i seler oraz słodycze, cukier i alkohol.** Wspominany powyżej cukier, jakiego potrzebuje organizm do produkcji energii jest lepszy jeśli pochodzi z owoców i warzyw (ziemniaki).

Zastosowanie diety wraz z leczeniem farmakologicznym octanem megestrolu spowoduje przyrost masy ciała, poprawę apetytu, zmniejszy stan osłabienia i wpłynie na mniejszą ilość stanów zapalnych – poprawi jakość życia chorego.

Wybór leku w terapii przerzutów nowotworowych do kości w świetle światowych zaleceń

Lekarz med. Dariusz Kucharczyk, chemioterapeuta, Świętokrzyskie Centrum Onkologii: *Wiele publikacji poświęconych zaawansowanej chorobie nowotworowej skupia się na problematyce przerzutów do kości wskazując statystykę, lokalizację przerzutów i ich konsekwencje. Dlatego w poniższym artykule przypomnę je tylko i skupię się na zalecanych przez ASCO (American Society of Clinical Oncology/ Amerykańskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej), dostępnych w Polsce bisfosfonianach dożylnych.*

Przerzuty do kości występują częściej u pacjentek z rakiem piersi niż w przypadku innych nowotworów – do około 85% pacjentek w zaawansowanym stadium boryka się z problemami związanymi z obecnością takiego przerzutu. Typowe również dla raka piersi są przerzuty do kości o charakterze litycznym bądź mieszane z przewagą litycznych. Oznacza to, że w przebudowie kości proces lizy (rozpuszczania) jest dominujący nad procesem nadbudowy struktury kostnej.

Obecność przerzutu do kości wiąże się z dolegliwościami bólowymi, złamaniami patologicznymi, uciskiem na rdzeń kręgowy, a w jego konsekwencji z zaburzeniami neurologicznymi.

Często ból ten mylony jest z bólem reumatycznym czy związanym z dyskopatią i jest bagatelizowany, zaleczany domowymi sposobami lub środkami przeciwbólowymi dostępnymi w aptece bez recepty. Konsekwencją takiego oddalania w czasie właściwej diagnostyki przyczyn bólu w chorobie nowotworowej jest opóźnienie we wskazaniu przyczyny i podjęciu leczenia.

Oczywistym następstwem złamania kości jest unieruchomienie, pobyt w szpitalu i rehabilitacja, które izolują chorego od codziennego życia. Dodatkowo w przypadku pacjentów onkologicznych i przerzutów do kości należy brać pod uwagę konieczność przeprowadzania specjalistycznych operacji ortopedycznych wzmacniających złamaną kość, dłuższą hospitalizację z powodu utrudnionego procesu rekonwalescencji i inny dobór leków ze względu na leczenie właściwe choroby nowotworowej. Szpitalne leczenie złamania przerywa radio- lub chemioterapię jeśli były rozpoczęte przed tym urazem. W konsekwencji mogą pojawić się stany depresyjne, dochodzi do nawracających zakażeń układu moczowo-płciowego i górnych dróg oddechowych, do zmian dystroficznych mięśni, trudno gojących się odleżyn.

Bisfosfoniany są dzisiaj lekami z wyboru w leczeniu przerzutów nowotworowych do kości oraz w zwalczaniu hiperkalcemii wywołanej przez te przerzuty. Aktualne, amerykańskie zalecenia ASCO 2011 dotyczące leczenia przerzutów do kości w raku piersi wskazują dwa bisfosfoniany: pamidronian i kwas zoledronowy jako standardowe leki w tej terapii. U niektórych pacjentów w Polsce stosowane są jeszcze bisfosfoniany w postaci doustnej, jednak ze względu na ich nie dopuszczenie do obrotu na terenie Stanów Zjednoczonych nie są one uwzględniane w terapii przez ASCO.

Zalecenia ASCO wskazują, że pamidronian i zoledronian powinny być stosowane co miesiąc u pacjentek z potwierdzonymi przerzutami do kości w raku piersi. Do potwierdzenia obecności przerzutu wykorzystuje się w Polsce powszechnie

dostępne RTG, scyntygrafię i tomograf komputerowy bądź rezonans magnetyczny.

Leczenie bisfosfonianami jest często uzupełnieniem radioterapii i chemioterapii. Może być rozpoczęte zarówno w trakcie, jak i po leczeniu podstawowym. W przypadku jednoczasowego leczenia bisfosfonianem oraz chemio-, radio- lub hormonoterapią działanie tych leków wykazuje jeszcze większą skuteczność.

Amerykańskie zalecenia podkreślają, że dla przerzutów do kości w raku piersi nie wykazano różnicy w skuteczności pomiędzy pamidronianem i kwasem zoledronowym. Badania, na których oparto się w zaleceniach wskazują bowiem podobny czas wolny od powikłania kostnego i podobną ilość pacjentek, u których nie występują powikłania kostne w trakcie terapii.

Na pytanie – *Jak długo powinna trwać terapia przerzutów do kości bisfosfonianem dożylnym?* – amerykańskie zalecenia rekomendują tak długi czas, jaki jest możliwy aż do istotnego pogorszenia stanu ogólnego. Jednocześnie podkreślono, że nie ma uzasadnienia przerywania terapii w wyniku pojawienia się jednego lub więcej nowych objawów kostnych. Oznacza to, że uwidocznienie nowych przerzutów nie jest powodem przerywania leczenia pamidronianem lub kwasem zoledronowym.

Stosowanie bifosfonianów pozwala na zmniejszenie dawek leków narkotycznych (przeciwbólowych) aż do ich całkowitego odstawienia. Zalecenia ASCO rekomendują, iż w przypadku wystąpienia bólu kostnego zalecane jest standardowe leczenie przeciwbólowe wraz z rozpoczęciem podawania leków – bisfosfonianów. Standardy leczenia przeciwbólowego obejmują zastosowanie niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ), opioidowych i nieopioidowych leków przeciwbólowych, kortykosteroidów, środków pomocniczych, procedur interwencyjnych, preparatów systemowych, lokalnych i radioterapii. Podawane dożylnie pamidronian i zoledronian mają korzystny wpływ na pacjentów i przyczyniają się do łagodzenia ból, gdy stosowane są jednocześnie z leczeniem przeciwbólowym, chemioterapią, radioterapią i/lub terapią hormonalną.

Pamidronian jest lekiem o większej dostępności w Polsce dla pacjentek z rakiem piersi przede wszystkim ze względu na odpłatność leczenia – jego zastosowanie wiąże się z opłatą ryczałtową w wysokości około 3,20 zł (ryczałt) za 1 miesiąc terapii. Natomiast kwas zoledronowy nie jest w Polsce refundowany dla pacjentek z rakiem piersi(aktualnie posiada refundacje tylko w leczeniu przerzutów w raku prostaty).

Leczenie pamidronianem (np. Pamifos) opiera się na podaniu wlewu dożylnego tego leku raz w miesiącu w dawce ustalonej przez lekarza (najczęściej 90mg), w czasie jaki wskazał lekarz (najczęściej 2 godziny). Leczenie pamidronianem jest bezpieczne i dobrze tolerowane. Lek ten może być podawany w szpitalu, w domu pacjenta, w ambulatorium. Dużą korzyścią jest również jego dawkowanie – tylko 1 raz w miesiącu przy dowolnej diecie i w dowolnej pozycji chorego, także leżącej.

Przed podaniem bisfosfonianów zaleca się nawodnienie pacjenta. Dobra praktyka medyczna wskazuje bowiem, że nawodnienie (doustnie woda mineralna lub dożylne sól fizjologiczna) zmniejsza typowe dla tych leków przemijające objawy grypopodobne, które ustępują w ciągu 1-2 dni od podania leku.

Podawanie bisfosfonianów dożylnych: pamidronianu lub zoledronianu w leczeniu przerzutów do kości ma na celu: zmniejszenie dolegliwości bólowych i przyjmowanych leków przeciwbólowych, opóźnienie rozwoju zmian przerzutowych w kościach oraz możliwości wystąpienia powikłań (np. złamań), a także podniesienie komfortu życia pacjenta. Wszystkie wymienione atuty oraz wyniki badań klinicznych wpłynęły na ustaloną i niekwestionowaną pozycję bisfosfonianów dożylnych w standardowej terapii i zaleceniach krajowych oraz międzynarodowych.

Leczenie bisfosfonianami doustnymi to trzecia z możliwych opcji. Nie została ona opisana w Zaleceniach ASCO ze względu na ich niedopuszczenie do leczenia przerzutów do kości na terenie USA. W Polsce leki te są jeszcze stosowane i dedykowane pacjentom z osteolitycznymi przerzutami do kości (refundacja), którzy mogą dostosować się do zaleceń przyjmowania leku. Są one bowiem podawanymi doustnie tabletkami lub kapsułkami, które należy przyjmować raz lub dwa razy dziennie (120 tabletek w miesiącu) z koniecznością zachowania rygoru dietetycznego (wykluczenie z diety produktów zawierających wapń) oraz rygoru zachowania postawy (pionizacja 30 minut przed każdym i 30 minut po każdym przyjęciu leku). **Przy bisfosfonianach doustnych nie należy stosować leków przeciwbólowych – szczególnie diclofenaku, ze względu na zwiększenie negatywnego działania na nerki.**

Przy leczeniu bisfosfonianami należy wykonywać zlecone przez lekarza badania, w których sprawdzany jest poziom elektrolitów, wapnia i fosforanów w surowicy krwi oraz czynność nerek. **Szczególnie należy zwrócić uwagę na zabiegi stomatologiczne – jeśli takie były wykonywane lub są planowane pacjent powinien zgłosić ten fakt przed podaniem leku – ze względu na konieczność konsultacji ze stomatologiem i decyzje o możliwości stosowania leków na przerzuty z jednoczesnym leczeniem stomatologicznym.**

W mojej kilkuletniej już praktyce stosowania bisfosfonianów u pacjentek z rakiem piersi i przerzutami do kości praktycznie nie spotykam się z przypadkami, w których musiałbym przerwać leczenie z powodu nietolerancji leku lub objawów jego toksyczności. Jest to dowodem na bezpieczeństwo terapii powyższymi preparatami a zarazem daje możliwość wielomiesięcznej terapii (sześć moich pacjentek przyjmuje Pamifos ponad 2 lata).

Skuteczna komunikacja lekarz-pacjent – szczególne znaczenie w chorobie nowotworowej

Anna Czelej – socjolog i Małgorzata Kaczyńska – psycholog stworzyły firmę FutureMD wspierającą lekarzy w tworzeniu relacji i miejsc przyjaznych pacjentowi: *Codziennie pracujemy nad tym, by nasi Klienci – lekarze i managerowie, rozwijali kompetencje i realizowali swoje cele. Pomagamy lekarzom budować długotrwałe relacje z pacjentami. Pomagamy osobom zarządzającym w efektywnym zarządzaniu i pracy nad profesjonalizmem, tak by tworzyli miejsca przyjazne pacjentom. W naszej pracy pamiętamy, że każde działanie przekłada się na wizerunek i pozycję rynkową lekarzy, gabinetów i klinik, które nam zaufały*

Anna Czelej – socjolog, manager, certyfikowany trener biznesu i rozwoju osobistego. Specjalista ds. obsługi klienta i budowania długotrwałych relacji z pacjentem. Autorka programów lojalnościowych i standardów obsługi pacjenta. Posiada doświadczenie w realizacji projektów: *Komunikacja lekarz-pacjent, Zarządzanie poprzez wartości, Budowanie unikalności placówek medycznych, Współpraca w zespołach, rozwój potencjału kadry managerskiej.* Jej pasją jest tworzenie nowej jakości w obszarze usług medycznych, podnoszenie jakości życia zawodowego i osobistego, propagowanie zdrowego trybu życia i rozwiązań prozdrowotnych.

Małgorzata Kaczyńska – psycholog, manager zarządzania zasobami ludzkimi, certyfikowany trener umiejętności psychospołecznych, trener biznesu, coach. Od wielu lat opracowuje i wdraża projekty związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi w sektorze służby zdrowia i usług medycznych. Trener w zakresie zarządzania jakością w procesie kierowania zespołami ludzkimi, zarządzania efektywnością organizacji w procesach zmian, metod polepszania komunikacji i organizowania współpracy, profesjonalnej obsługi pacjenta, doskonalenia umiejętności osobistych.

Anna Czelej, Małgorzata Kaczyńska

O komunikacji lekarz – pacjent napisano już wiele artykułów. Wszyscy zgadzają się z tym, że jest to niezwykle ważny temat, jak również z opinią, że w powyższej kwestii jest jeszcze bardzo dużo do zrobienia.

Komunikacja sama w sobie jest bardzo ważnym aspektem w naszym życiu. Od jej jakości zależy pośrednio jego jakość, jakość relacji z najbliższymi i wszystkimi innymi, którzy biorą udział i wpływają na nasze życie. Gdy dotykamy tak ważnych obszarów jak nasze zdrowie, jakość komunikacji i relacji z nimi związanych, staje się kluczowa, nie tylko dla naszego „dobrostanu" i dobrego samopoczucia, ale również procesów zdrowienia.

Każdy z nas, kto choć raz był na konsultacji u lekarza, wie jak wiele od samej komunikacji zależy. Wpływa ona na nasze samopoczucie w trakcie wizyty, tuż po niej, jak również na motywację do zdrowienia i wiarę w to, że wszystko będzie dobrze.

Pacjent, który słyszy diagnozę, oczekuje nie tylko fachowej wiedzy lekarza, ale umiejętności towarzyszenia, zrozumienia i okazywania nadziei. Towarzyszy mu określona reakcja emocjonalna. Najczęściej jest to okazywanie frustracji, złość, bunt czy wycofanie. Zachowania te są wynikiem bezradności chorego w nowej dla niego sytuacji. Lekarz, który jest empatyczny, potrafiący się wczuć w sytuację chorego, gwarantuje mu poczucie bycia rozumianym. Jest to warunek, który umożliwia budowanie dobrej relacji i poczucia bezpieczeństwa chorego.

Przyjrzyjmy się jeszcze kilku faktom, które są odpowiedzią na pytanie - DLACZEGO KOMUNIKACJA JEST TAK WAŻNA?

CZŁOWIEK JEST CAŁOŚCIĄ

Dziś już w medycynie oficjalnie mówi się, że człowiek jest czymś więcej niż sumą elementów składowych, które można traktować rozdzielnie. Składa się z części fizycznych, takich jak poszczególne części ciała czy układy, ale również psychicznych, które wzajemnie na siebie wpływają. Coraz odważniej mówi się również o tym, że wiele chorób ma swoje źródło, swój prapoczątek w psychice. Czy zatem można leczyć samo fizyczne ciało? Czy należałoby również uwzględnić psychikę, zadbać o nią, choćby poprzez dobrą wspierającą pacjenta komunikację? Można naprawić komuś samochód, nie zajmując się kierowcą, choć nawet sama zgoda na naprawę wydaje się być wielce pożądana.

Dla pacjenta: Mów lekarzowi o swoich emocjach, nadziejach, lęku, wątpliwościach. To wszystko, co przeżywasz, czego doświadczasz wpływa na proces zdrowienia i przebieg terapii.

LEKARZ A EFEKT PLACEBO

Efekt placebo opiera się na wierze. Okazuje się, że zachodzi on wtedy, gdy wierzymy w działanie jakiegoś „leku", ale również gdy wierzymy w danego człowieka – lekarza, w jego kompetencje i skuteczność zalecanej przez niego terapii. By uzyskać takie 100% zaufanie pacjenta, niezbędna jest dobra relacja, czyli w przypadku lekarza umiejętność słuchania, uważność na pacjenta, empatia, zrozumienie i wszystko to, co tę relację i zaufanie buduje.

Dla pacjenta: Znajdź lekarza, do którego rzeczywiście będziesz mieć zaufanie. Lekarza, z którym spotkania będą Cię budowały, dodawały siły i odwagi w zmaganiach z chorobą i powrocie do zdrowia.

PERCEPCJA W STRESIE

Badania prowadzone wśród pacjentów, zaraz po wyjściu z gabinetu, pokazują co się dzieje z możliwościami ludzkiego umysłu znajdującego się pod wpływem stresu. Choć wyniki poszczególnych badań różnią się nieznacznie, wszystkie mówią o zapamiętanych treściach na poziomie **20-30%** w stosunku do wszystkich przekazywanych podczas wizyty treści. To nie jest optymistyczna wiadomość, ale mając tego świadomość, obie strony i lekarz i pacjent powinny dokładać wszelkich starań, by zniwelować negatywne skutki tej stresującej dla pacjenta sytuacji.

Dla pacjenta: Zapisuj lub poproś lekarza o zapisanie najważniejszych informacji i zaleceń. Będziesz mieć pewność, że po wyjściu z gabinetu najważniejsze rzeczy nie umkną z twojej pamięci.

15 MINUT

Długość przeciętnej wizyty u lekarza wynosi ok. 15 minut. Dyskusja na temat czy to wystarczająco, czy dobrze byłoby ją wydłużyć jest w tym miejscu bezzasadna, zwłaszcza w świetle przepisów i rozporządzeń płynących z NFZ. I lekarz i pacjent mają tylko kilkanaście minut, by omówić wszystkie kwestie związane z wywiadem, wynikami badań, dalszym postępowaniem i zalecaną terapią. Precyzja języka, zwięzłość wypowiedzi, jasność komunikatów w tej sytuacji jest nie do przecenienia. Ilość nie zawsze oznacza jakość, a efektywność nie zawsze musi się wiązać z długim czasem wizyty. Najważniejsze w tej sytuacji jest pytanie, jak obie strony mogą i powinny wykorzystać ten czas najlepiej.

Dla pacjenta: Przygotuj się do każdej wizyty u lekarza. Zastanów się, o czym chciałbyś powiedzieć, o co zapytać, jakie masz obiekcje czy wątpliwości. Zapisz wszystko, by w trakcie wizyty o nich pamiętać.

CZY PACJENT CHCE WIEDZIEĆ?

Dla pacjenta ważna jest rzetelna informacja na temat stanu jego zdrowia. Potwierdza to ankietowy pomiar zapotrzebowania pacjentów na informacje o chorobie. Wyniki badania pokazały, że około **75%** chorych chce informacji, nawet gdy są niepomyślne. Najbardziej pożądane przez pacjentów jest uzyskanie informacji o diagnozie, o przebiegu leczenia i przyszłych badaniach. Pacjenci chcą wiedzieć, jakie są zalecenia zarówno w okresie leczenia, jak i w czasie rekonwalescencji i później. **92,5%** polskich pacjentów chce wiedzieć więcej o samej chorobie, a **93%** – więcej o sposobach jej leczenia.

Dobra i efektywna komunikacja jest ważna. Wszystkie niedociągnięcia w niej skutkują wieloma konsekwencjami, które również w efekcie końcowym przekładają się na proces zdrowienia i ogólnego samopoczucia pacjenta. Co się dzieje, gdy pacjent nie wie, domyśla się, podejrzewa?

Efekty niedoinformowania pacjentów:

- Pacjent zaczyna poszukiwać informacji o własnej chorobie, sięga do źródeł nie zawsze kompetentnych (np. znajomi, Internet).
- Pacjent nie ma zaufania do lekarza.
- Zachwianiu ulega poczucie własnej wartości pacjenta.
- Pacjent czuje się niepewnie.
- Pacjent czuje zagrożenie, czego skutkiem jest niestosowanie się do zaleceń, np. niewykonanie zleconych badań, niestawienie się na kolejną wizytę.

Dla pacjenta: Jeśli masz niedosyt informacji, trapią Cię pytania i wątpliwości zawsze pytaj lekarza. Informacje znalezione w Internecie mogą być nierzetelne lub zupełnie nie dotyczyć Twojej sytuacji.

POLSKA RZECZYWISTOŚĆ

Bolączką polskiego systemu opieki zdrowotnej, polskiego lekarza i pacjenta jest fakt, że nauka budowania relacji z pacjentem i efektywnej komunikacji to wciąż nie wymóg, ale opcja dla chętnych, zainteresowanych i znajdujących na to czas.

Badanie przeprowadzone przez Ośrodek Studiów, Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej we współpracy z Instytutem Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk na próbie 983 lekarzy i lekarzy dentystów, pokazują jak wiele jest w tej kwestii do zrobienia i jak w ocenie samych lekarzy jest to ważne, wręcz niezbędne w ich pracy.

92% lekarzy było zdania, że umiejętności w zakresie kompetencji miękkich są przynajmniej tak samo ważne, jak wiedza i umiejętności fachowe

64% lekarzy nie uczestniczyło nigdy w szkoleniach z zakresu kompetencji miękkich

39% ocenia swoje umiejętności komunikacyjne bardzo nisko

76% deklaruje potrzebę doskonalenia umiejętności w tym zakresie

42 % zauważyło objawy wypalenia zawodowego u siebie

KORZYŚCI DLA WSZYSTKICH

Wierząc, że dostrzeganie tej potrzeby zarówno przez pacjentów, jak i samych lekarzy może być początkiem do zmiany sytuacji, w podsumowaniu prezentujemy korzyści efektywnej komunikacji dla obu stron.

KORZYŚCI DLA PACJENTA	KORZYŚCI DLA LEKARZA
Zwiększenie komfortu wizyt u lekarza Zmniejszenie poziomu lęku Poczucie bezpieczeństwa Poczucie wpływu na przebieg choroby Chęć współpracy Większa motywacja, by wyzdrowieć	Zwiększenie poczucia pewności w relacji z pacjentem Wiedza, co i jak powiedzieć Zmniejszenie kosztów emocjonalnych Współpracujący pacjent Profilaktyka wypalenia zawodowego

FutureMD
www.futuremd.pl, biuro@futuremd.pl

Korektor Zdrowia Fundacji Watch Health Care

Misją Fundacji Watch Health Care jest dostarczenie szerokiej, wiarygodnej i opartej na dowodach informacji na temat dysproporcji pomiędzy zawartością koszyka świadczeń i środkami finansowymi na jego realizację oraz o związanych z tym ograniczeniach w dostępie do opieki zdrowotnej. Dostarczenie rzetelnej informacji chorym: do jakich świadczeń i procedur medycznych mogą spodziewać się ograniczeń w dostępie. Wskazanie instytucjom ubezpieczeń dodatkowych świadczeń zdrowotnych i procedur medycznych, które znajdują się poza koszykiem świadczeń gwarantowanych.

www.korektorzdrowia.pl

Strona prezentuje sprawdzone dane dotyczące świadczeń zdrowotnych i procedur medycznych, do których dostęp jest utrudniony. W ciągu czterech lat wytężonej pracy, na stronie zgromadzonych zostało wiele przykładów, dotyczących uciążliwych utrudnień dostępu do podstawowych i skutecznych świadczeń zdrowotnych oraz do innowacyjnych technologii medycznych znajdujących się w koszyku i poza nim. W tym czasie Fundacja WHC nawiązała również współpracę ze środowiskami pacjenckimi. Raporty wydane przez Fundację WHC (m.in. Barometr WHC), publikowane były na łamach najbardziej poczytnych mediów (w tym mediów branżowych, lokalnych i ogólnopolskich).

Ranking problemów pacjentów

Zakładka składa się z trzech części:

Świadczenia w koszyku, czyli rankingu ograniczeń w dostępie do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych. W ciągu swojej ponad rocznej działalności Fundacja zgromadziła ok. 500 zgłoszeń o świadczeniach, które znajdują się w koszyku świadczeń gwarantowanych, ale do których dostęp jest aktualnie w mniejszym bądź większym stopniu ograniczony. Wartość w kolumnie „waga punktowa" mówi o tym, jak poważny jest zaistniały problem. Im wyższa wartość w tej kolumnie, tym ograniczenie dostępu w danym obszarze jest poważniejsze, bardziej uciążliwe, bardziej nieuzasadnione, a wręcz niesprawiedliwe. Pozostałe kolumny dostarczają szczegółowych informacji o zgłoszonych problemach.

Świadczenia spoza koszyka, za które pacjent ponosi pełny koszt. Aktualnie w tej części rankingu znajduje się ponad 100 świadczeń, które nie znalazły się jak dotąd w koszyku gwarantowanym, a które są skuteczne. Im wyższa wartość w kolumnie „waga punktowa", tym świadczenie można uznać za mające bardziej istotny wpływ na zdrowie całego społeczeństwa, jak też pojedynczych chorych, stąd ograniczenie dostępu do niego jest bardziej dotkliwe. W pozostałych kolumnach znajdują się szczegóły dotyczące zebranych zgłoszeń.

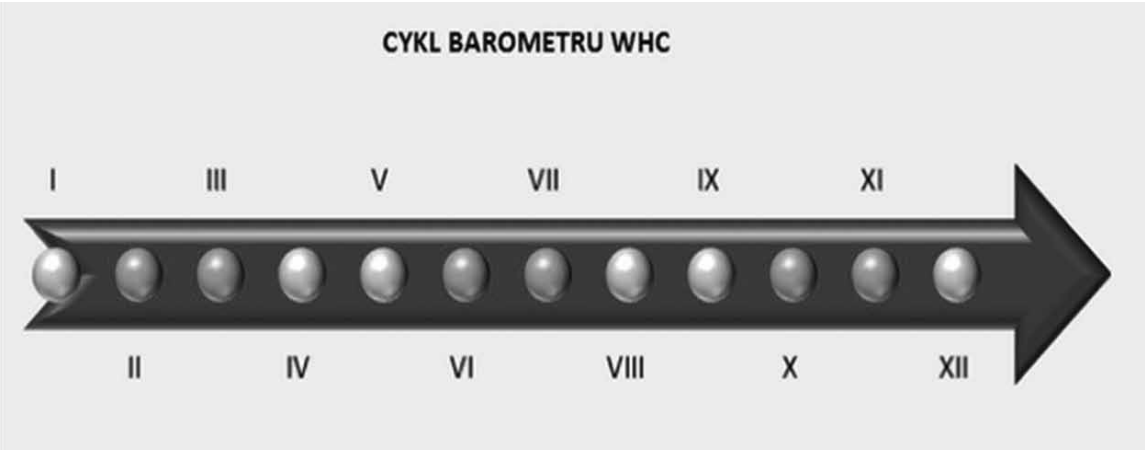
Świadczenia częściowo gwarantowane – są to głównie leki i wyroby medyczne, w przypadku których występuje uciążliwe dla pacjenta współpłacenie. Do Fundacji wpłynęło jak dotychczas ok. 50 zgłoszeń o świadczeniach, które są częściowo gwarantowane, a wysokość współpłacenia jest istotna dla pacjenta. Im wyższa wartość w kolumnie „waga punktowa", tym świadczenie można uznać za mające bardziej istotny wpływ na zdrowie całego społeczeństwa, jak też poszczególnych chorych. Kilkadziesiąt kolejnych zgłoszeń świadczeń, do których występuje współpłacenie, poddawanych jest obecnie weryfikacji i rankingowaniu.

Barometr WHC

W ramach projektu „Barometr WHC", poddano analizie dostęp do leczenia w ramach 43 dziedzin medycyny, w których występują kolejki. W obrębie każdej dziedziny wyszczególniono kilka świadczeń zdrowotnych, które są często wykonywane i ważne z punktu widzenia zdrowotności społeczeństwa – są to świadczenia zdrowotne, wskaźnikowe dla poszczególnych dziedzin medycyny. W poszczególnych dziedzinach medycyny wskaźnikowe świadczenia zdrowotne zwykle obejmują: wizytę u specjalisty, badanie diagnostyczne, trzy (lub więcej) często wykonywane procedury (np. zabieg rehabilitacyjny, czy operacje). Barometr WHC prezentuje informacje dotyczące zmian w zakresie czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne w Polsce na kilku poziomach: zbiorczo – dla wszystkich świadczeń w Polsce, zbiorczo – dla świadczeń w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz dla wybranych świadczeń wskaźnikowych w danej dziedzinie medycyny. Informacje zbierane są telefonicznie. Barometr WHC prezentuje wyniki z perspektywy pacjenta – ukazuje bariery dostępu do świadczeń „oczami pacjenta", czyli tak, jak na te bariery natrafia osoba chora. Barometr WHC jest publikowany cyklicznie 3 razy w roku, a weryfikacja dostępności do świadczeń zdrowotnych odbywa się według poniższego schematu: w lutym i marcu, następnie w czerwcu i lipcu oraz na przełomie października i listopada (rys. 1). Zasadniczym celem Barometru WHC jest monitorowanie ZMIAN czasu oczekiwania na świadczenia „gwarantowane" w Polsce, tj. czy dostęp generalnie poprawia się czy pogarsza, niezależnie od przyczyny, czy przyczyn tych zmian. Pod tym względem przyjęta metodyka zapewnia wnioskowanie z wysoką precyzją oraz pozwala śledzić zmiany czasu oczekiwania na podstawowe świadczenia zdrowotne, co z kolei stanowi podstawowy czynnik oceny jakości opieki zdrowotnej i pośrednio świadczy o ogólnej kondycji systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Wytyczne i standardy postępowania

Zakładka, która ma na celu zgromadzenie i zaprezentowanie na portalu aktualnych, wysokiej jakości i opartych na dowodach naukowych standardów i wytycznych postępowania w medycynie. Wytyczne prezentowane na stronie posiadają cechy dobrych wytycznych i stan-



Rysunek 1. Schemat badania ograniczeń w dostępie do świadczeń zdrowotnych w Barometrze WHC

dardów, czyli: aktualność i wiarygodność. Zastosowanie wytycznych prowadzi do praktycznych korzyści leczniczych, pomaga w optymalizacji kosztów, rzetelność i powtarzalność opieki nad pacjentem.

Na stronie możecie Państwo samodzielne przeprowadzić wyszukiwanie wytycznych i standardów zgromadzonych przez Fundację Watch Health Care. Prosimy o informacje o znanych Państwu wytycznych i standardach postępowania. Fundacja WHC (www.korektorzdrowia.pl) zamierza prowadzić systematyczne uzupełnianie aktualnych wytycznych z całego świata. W przyszłości, chcemy również prezentować zagraniczne wytyczne i standardy przetłumaczone na język polski, walidowane i dostosowane do polskich realiów.

PATtube

Użytkownicy – pacjenci i ich bliscy – znajdują tutaj informacje i porady w formie filmów, prezentacji i komentarzy, które w przystępny sposób wyjaśniają podstawowe problemy zdrowotne. Prezentacje dotyczą zarówno chorób powszechnie występujących, jak również chorób rzadkich. W PATtube znajdziecie Państwo informacje o: objawach, rozpoznaniu, diagnostyce, sposobach leczenia, aktualnych wytycznych i standardach postępowania, rehabilitacji, opiece pielęgnacyjnej itp. Przedstawiamy również informacje jak poruszać się w systemie. Chorzy, którzy już przeszli przez biurokratyczny gąszcz przepisów oraz eksperci mogą dzielić się swoimi doświadczeniami – pozwala to chorym, dopiero co zdiagnozowanym łatwiej odnaleźć się w trudnej sytuacji bez wyważania otwartych drzwi. Przedstawimy informacje o tym, co znajduje się w koszyku gwarantowanym w Polsce, co jest współfinansowane i na jakich zasadach, a także o tym, czego nie dostaniemy w ramach finansowania ze środków publicznych. Dowiecie się Państwo również, jakie prawa przysługują pacjentom.

PATtube dostarcza pacjentom aktualnych informacji o chorobach, możliwościach diagnostycznych, standardach leczenia oraz zasadach korzystania z systemu świadczeń zdrowotnych.

Cykl seminariów „Innowacje w medycynie – ocena dostępności w Polsce"

Celem nadrzędnym Seminariów jest ukazanie występujących w Polsce ograniczeń dostępu do świadczeń zdrowotnych w Polsce oraz dyskusja dotycząca sposobów poprawy tego stanu. W toku swej działalności Fundacja Watch Health Care zorganizowała już 22 seminaria edukacyjno-systemowe, z cyklu „Innowacje w medycynie – ocena dostępności w Polsce". W Seminariach Fundacji WHC brali udział lekarze specjaliści różnych dziedzin, zarówno klinicyści jak i pracownicy naukowi, przedstawiciele organizacji pacjenckich oraz inne osoby zawodowo związane z ochroną zdrowia.

Kalendarium

17 października 2013 r.

Pinktober, czyli różowy miesiąc wsparcia dla walki z rakiem piersi. W „Hard Rock Cafe" odbył się specjalny warsztat, podczas którego Jola Lewicka – specjalistka od brafittingu pokazywała jak właściwie dobrać biustonosz i pielęgnować piersi. Każda z pań mogła poddać się specjalnemu masażowi w wykonaniu Moniki Słowińskiej, a także porozmawiać ze specjalistami z Centrum Onkologii oraz z Ochotniczkami na temat profilaktyki nowotworów piersi. O godz.14.00 odbył się taneczny pokaz, który poprowadziła Monika Bral. Choreografka wraz z grupą swoich najlepszych uczniów z „Jackson style-souldance" uświetniła finał warsztatów autorską składanką fragmentów oryginalnych choreografii do protest songu „They don't care about us".

29 listopada 2013 r.

I Ogólnopolski Kongres Amazonek – „Zaawansowany rak piersi". W Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbyło się historyczne, z perspektywy naszego Stowarzyszenia, wydarzenie: I Ogólnopolski Kongres Amazonek – „Zaawansowany rak piersi". Spotkanie przebiegało pod hasłem „Nigdy nie rezygnujmy z nadziei". Na tak ważnej imprezie nie mogło zabraknąć Amazonek reprezentujących kluby z całej Polski oraz ekspertów z dziedziny medycyny, psychologii oraz filozofii.

Dr B. Czerska-Pieńkowska - filozof, prof. T. Pieńkowski, mgr E. Paradowska - psycholog, dr J. Jarosz - onkolog, dr H. Tchórzewska-Korba, prof. P. Łuków - filozof, Fot. M. Starczewska

W pierwszym rzędzie: Prezydentowa J. Kwaśniewska, K. Kofta - pisarka, dr H. Tchórzewska-Korba. Fot. dr S. Mazur

Podczas serii wykładów, które trwały od rana do wczesnego popołudnia wielu specjalistów próbowało zmierzyć się z bardzo trudnym tematem, jakim jest zaawansowany rak piersi. Jest to bardzo specyficzny problem, w którym istotny jest zarówno aspekt medyczny choroby, jak i psychika oraz duchowość osób nią dotkniętych, a także ich rodzin i przyjaciół. Cześć konferencyjną otworzyła Ela Kozik, a całość zakończył trwający ponad godzinę panel dyskusyjny.

Osoby biorące udział w dyskusji podkreślały m.in. jak trudny jest stan psychiczny pacjenta nawet po pokonaniu raka w związku z ryzykiem nawrotu choroby. Wsparcie ze strony bliskich jest kluczowe w świetle problemów, jakie mogą wiązać się z lękiem przed chorobą: zamykanie się w sobie, depresja. Trzeba zrozumieć, iż pomoc może być potrzebna zarówno wtedy, kiedy ktoś chce się wypłakać, jak i odczuwa radość. Walka z chorobą, mimo bycia bolesnym doświadczeniem potrafi wzbogacić daną osobę – otworzyć jej oczy na to co ważne, unaocznić miłość, jaką darzy ją rodzina i przyjaciele. Eksperci podkreślali, iż cieszenie się każdym przeżytym dniem wymaga aktywnej postawy, otwarcia się na nowe sposoby leczenia.

Niezwykłym zakończeniem był przygotowanny specjalnie na Kongres spektakl „Kobieta zakryta milczeniem" wg scenariusza i w reżyserii Katarzyny Korpolewskiej. Uczestnicy ocenili nasz

I Kongres jako bardzo interesujące wydarzenie, choć w związku z trudnym tematem, wymagające specjalnego zaangażowania emocjonalnego i intelektualnego. Zarówno dla Amazonek jak i wszystkich ekspertów oraz zaproszonych gości było to nowe, ważne doświadczenie, które pozwoliło zyskać nie tylko wiedzę, ale i spojrzeć na zagadnienie zaawansowanego raka piersi z różnych perspektyw: medycznej, psychologicznej, społecznej, filozoficznej i artystycznej.

6 grudnia 2013 r.

Obchody 15-lecia Klubu „Amazonek" w Wyszkowie. Koleżanki – Elżbieta Samselska i Halina Rodziewicz uczestniczyły w Jubileuszu 15-lecia wyszkowskich Amazonek. Uroczystość rozpoczęła się od odśpiewania naszego hymnu. Koleżanka Elżbieta Walaszczyk podsumowała projekt „Wiem więcej", realizowany z władzami Powiatu Wyszkowskiego. Przedsięwzięcie to miało na celu zwiększenie świadomości kobiet w zakresie zagrożeń związanych z chorobami onkologicznymi. Przedstawiła również prezentację multimedialną na temat chorób nowotworowych, a w szczególności raka piersi. Opowiedziała także historię powstania i działalności Klubu. Organizatorzy Jubileuszu złożyli gratulacje założycielkom wyszkowskiego Klubu „Amazonek" i podziękowania lokalnym władzom oraz sponsorom za wieloletnią współpracę. Elżbieta Samselska, reprezentująca Konwent Seniorek przy Federacji Stowarzyszeń „Amazonki" wręczyła „Kryształowy Łuk" koleżance Jadwidze Wawdejuk za Jej poświęcenie i zaangażowanie oraz aktywną, wieloletnią działalność.

11 grudnia 2013 r.

Dzień Wolontariusza i Spotkanie Opłatkowe. Jak co roku podziękowałyśmy koleżankom za ich pracę i zaangażowanie w działalność naszego Stowarzyszenia, podzieliłyśmy się opłatkiem i złożyłyśmy sobie życzenia, a szczególnie jedno, abyśmy spotkały się za rok w zdrowiu, w tym samym gronie.

17 stycznia 2014 r.

Seminarium edukacyjne – „Innowacje w leczeniu raka piersi". W Instytucie Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN w Warszawie odbyło się 19 seminarium edukacyjne Fundacji WHC z cyklu *Innowacje w medycynie – ocena dostępności w Polsce.* Tym razem tematem spotkania były: *Innowacje w leczeniu raka piersi – ocena dostępności w Polsce.* Celem nadrzędnym Seminarium było ukazanie występujących w Polsce ograniczeń dostępu do technologii medycznych, wykorzystywanych w leczeniu raka piersi oraz dyskusja dotycząca sposobów poprawy tego stanu. Patronat merytoryczny nad Seminarium objęło nasze Stowarzyszenie oraz Fundacja „Alivia". Część materiałów z Seminarium zamieściliśmy w tym numerze „Gazety Amazonki" na stronach 3-7 oraz 11-14. Większość prezentacji można obejrzeć na stronie www.korektorzdrowia.pl w zakładce PATtube.

31.01 2014

Spotkanie z Anną Mazurkiewicz autorką książki „Prababka Maria obiera jabłka". *„Prababka Maria obiera jabłka* to książka o poszukiwaniu korzeni. Książka, w której podjęta została próba rekonstrukcji sytuacji i zdarzeń z przeszłości, w jakich uczestniczyła lub też znalazła się często wbrew własnej woli lub z niewielkim jej udziałem – ta bez wątpienia frapująca i przyciągająca uwagę kobieta. Najciekawsze są jednak świadectwa przeszłości: ścieżki, ślady, tropy, niewiadome i znaki zapytania. Stare fotografie, przedmioty dotknięte zębem czasu, albumy, puzderka, pudełka, pierścionki, bransoletki, książki, listy i przede wszystkim rodzinne facecje, dykteryjki, opowieści i legendy. Wszystko to jest skrzętnie gromadzone, skrupulatnie układane, wnikliwie porównywane i cierpliwie zestawiane. I tak powstaje wzór przypominający kordonkową serwetę na stół – z lekka pożółkłą z racji wieku, ale przecież nadal zachwycającą przez swój pietyzm wykonania, perfekcję w przetworzeniu szczegółu i niebywałą dbałość połączoną z mistrzostwem dawno utraconych umiejętności koronkarskich. Czytamy, mówiąc kolokwialnie, *na jednym oddechu*, chcemy natychmiast dowiedzieć się, co wydarzyło się później – jak to wszystko się skończyło?" - prof. dr hab. Leszek Zasztowt.

4 lutego 2014 r.

Konferencja z okazji Światowego Dnia Walki z Rakiem połączona z inauguracją portalu Publiczne Centra Onkologii, www.publicznecentraonkologii.pl. Konferencja jako spotkanie ekspertów polskiej onkologii była okazją do dyskusji nad wyzwaniami organizacyjno-finansowymi stojącymi przed zarządzającymi placówkami i referencyjnością ośrodków onkologicznych. Wzięli w niej udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Rady Ministrów RP, dyrektorzy Centrów Onkologii, przedstawiciele onkologicznych organizacji pozarządowych.

10 lutego 2014 r.

Gala Św. Kamila. W Galerii Porczyńskich w Warszawie odbyła się uroczysta Gala wręczenia Nagród Św. Kamila. W kategorii „Pracownicy służby zdrowia z pasją realizujący swoją misję dla dobra chorych i cierpiących" nagrodę otrzymał od lat wspierający Amazonki dr n. med. Sławomir Mazur. Jak podkreślono w laudacji tegoroczny laur Św. Kamila, to nagroda: „Dla lekarza onkologa, dobrego i szlachetnego Człowieka, który nigdy nie poddał się w walce o życie i zdrowie pacjenta. Za dary troski, nadziei i serca, szacunek i życzliwość bezwarunkowo ofiarowane pacjentom."

E. Grabiec-Raczak, dr S. Mazur, W. Kunicka, G. Haber

10-11 lutego 2014 r.

VIII FORUM LIDERÓW ORGANIZACJI PACJENTÓW". Z inicjatywy Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej odbyło się w Warszawie spotkanie, w którym uczestniczyło prawie 180 liderów organizacji i stowarzyszeń pacjentów. Tegoroczna merytoryczna debata odbyła się z udziałem premiera Donalda Tuska, ministra zdrowia – Bartosza Arłukowicza, wiceministra zdrowia – Igora Radziewicza-Winnickiego i p.o. prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – Marcina Pakulskiego. Moderatorem spotkania był ks. dr Arkadiusz Nowak – prezes Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. W tym roku po raz pierwszy debata miała miejsce w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów. Fakt ten podniósł rangę tego cyklicznego spotkania, które z roku na rok staje się coraz ważniejszym wydarzeniem skupiającym szerokie grono organizacji pacjentów. Podczas debaty omawiane były kluczowe problemy systemu opieki zdrowotnej, z którymi na co dzień zmagają się polscy pacjenci. Premier przyznał, że: *Przedstawiciele pacjentów muszą mieć większy wpływ na podejmowanie decyzji dotyczących ochrony zdrowia*. Szef Rządu mówił też o konieczności zniesienia kolejek do lekarzy.

Opracowała Ewa Grabiec-Racza

Minister zdrowia - B. Arłukowicz, ks. A. Nowak wręczają Nagrodę św Kamila dr S. Mazurowi.

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd Stowarzyszenia

Elżbieta Kozik
prezes

Wiesława Kunicka
wiceprezes

Zofia Michalska
wiceprezes

Małgorzata Rosa
sekretarz

Margarita Piątkiewicz
skarbnik

Ewa Grabiec- Raczak
członek

Krystyna Nader
członek

Komisja Rewizyjna:
Albina Piekarniak, Halina Rodziewicz, Elżbieta Samselska

Telefon Zaufania

664-75-70-50 – czynny pon.- pt., godz. 9.00-17.00

Biuro

22 546-28-97 – czynne pon. - pt., godz.10.-13.00

Najważniejsze inicjatywy Stowarzyszenia

1. Objęcie przez nasze Ochotniczki opieką pacjentek z rakiem piersi w pięciu warszawskich szpitalach.
2. Zorganizowanie kompleksowej opieki lekarskiej nad członkiniami Stowarzyszenia.
3. Aktywne samopomocowe oddziaływanie na środowisko kobiet dotkniętych rakiem piersi.
4. Stale rozwijana i doskonalona działalność szkoleniowo-informacyjna.
5. Systematyczne i konsekwentne przełamywanie barier lęku przed rakiem poprzez edukowanie społeczeństwa.
6. Wybudowanie Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii.
7. Powołanie Poradni Amazonki, udzielającej konsultacji telefonicznych i osobistych wszystkim chorym na raka.
8. Utworzenie Biblioteki „Amazonki chorym na raka" w Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. W. K. Roentgena 5.

Instytucje i organizacje wspierające Stowarzyszenie

A New Therapy, Amoena, Avon Cosmetics Polska, AstraZeneca, Bayer Schering Pharma, Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, Fundacja TVN „Nie jesteś sam", GlaxoSmithKline, Krajowy Depozyt Papierów Wartościowych, Laboratorium Kosmetyczne Dr Irena Eris S.A., Media TV Plus Sp. z o.o., Novartis Poland Sp z o.o., Polska Unia Onkologii, Roche Polska, Samsung, Sanofi-Aventis, „Twój Styl", Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, Vipharm S.A., Zakład Rehabilitacji, Centrum Onkologii, indywidualni sponsorzy, osoby prawne i fizyczne

Osoby szczególnie zasłużone dla Ruchu Amazonek

dr Krystyna A. Mika
prof. dr hab. Zbigniew Wronkowski

Ochotniczki pracujące w Stowarzyszeniu

Anna KORCZAK
Wiesława KUNICKA
Anna LIPKA
Teresa MACIEJOWSKA
Zofia MICHALSKA
Krystyna NADER
Irena OPŁOCZYŃSKA
Wanda PĘCONEK
Margarita PIĄTKIEWICZ
Albina PIEKARNIAK
Albina RADZIKOWSKA
Halina RODZIEWICZ
Małgorzata ROSA
Elżbieta SAMSELSKA
Krystyna SIKORSKA-KRAJEWSKA
Regina SWARCEWICZ-BALICKA
Elżbieta WOJCIECHOWSKA

PORADNIA AMAZONKI

NASI SPECJALIŚCI
CZEKAJĄ NA WASZE PYTANIA

W Poradni Amazonki na terenie Centrum Onkologii przyjmują:

Rehabilitanci: dr Hanna Tchórzewska-Korba – specjalista II stopnia – wt., godz. 14-18, pok. nr 9
Rehabilitacja ruchowa: mgr Krystyna Puto – śr., godz.14.30-15.15, duża sala gimnastyczna
Rehabilitacja ruchowa: mgr Justyna Krzyż-Grodecka – wt . i czw. w godz.14.30-15.15, duża sala gimnastyczna
Radca prawny: adw. Alicja Lachowska - czw., godz. 11.00-13:00, biuro Stowarzyszenia
Psycholog: mgr Agnieszka Waluszko – przyjmuje w środy w godz. 13.00-15.00, pok. nr 3
Dyżury Ochotniczek z Ochotniczką możesz porozmawiać o wszystkim – wt. i śr., godz. 10.00-13.00
Biuro Amazonki – pon.- pt., godz.10.00-13.00

Centrum Pomocy Telefonicznej

Bezpłatna Infolinia, lekarz onkolog tel. 800 49 34 94, pon. – czw.,godz. 16.00 - 22.00
Rehabilitant tel. 22 546 26 33 lub 22 546 25 86, wt., godz. 14.00-18.00
Pielęgniarka tel. 22 713 86 02 lub 602 61 00 29, pon. godz. 10.00-18.00
Ekspert od problemów z włosami: Izabela Szymczak tel. 609 822 872, pon. godz. 20.00-22.00
Ochotniczka tel. 664 757 050, pon. – pt., godz. 9.00-17.00
Psycholog tel. 780 509 863, pon., godz. 10.00-13.00
Biuro Amazonki tel. 22 546 28 97, pon. – pt.10.00-13.00

„Gazeta Amazonki" w Internecie

Wiekszość numerów „Gazety Amazonki„ możesz przeczytać na naszej stronie **www.amazonki.org.pl**

AMAZONKI WARSZAWA-CENTRUM

Siedzibą Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centum
jest Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii,
ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel. 22 546-28-97, fax 22 546 31 71
amazonki@coi.waw.pl
www.amazonki.org.pl

Redakcja
Aleksandra Rudnicka
Współpraca
Członkinie Stowarzyszenia
„Amazonki" Warszawa-Centrum
Fot. Ewa Grabiec-Raczak

Konto bankowe
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
KRS
0000023411
Wydawca
aleksandria@zigzag.pl