



GŁOSPACJENTA ONKOLOGICZNEGO

BEZPŁATNE CZASOPISMO POLSKIEJ KOALICJI PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH

MOJA HISTORIA

**NIE
CZKAŁAM
NA DIAGNOZĘ**

Wybrałam spokój

NOWOCZESNA CHIRURGIA PIERSI

Więcej możliwości dla pacjentek

**JEDNA SPONTANICZNA DECYZJA
POTRAFI ZMIEŃĆ WSZYSTKO**

Karolina

**NIE BÓJ SIĘ ZAUFAĆ
FIZJOTERAPEUCIE**

dr n. med. i n. o zdr. Jacek Tuz

PIERWSZE DNI PO DIAGNOZIE

JAK NIE ZGUBIĆ SIĘ
W NOWEJ RZECZYWISTOŚCI?

prof. dr hab. n. med. Ewa Kalinka

Wspólna droga do zdrowia!

SPIS TREŚCI



01 **NOWOCZESNA CHIRURGIA PIERSI**

Więcej możliwości dla pacjentek

lek. Katarzyna Golczyk, lek. Mateusz Orlikowski,
lek. Przemysław Jasnowski

06 **NIE CZKAŁAM NA DIAGNOZĘ**

Wybrałam spokój

12 **PIERWSZE DNI PO DIAGNOZIE**

Jak nie zgubić się w nowej rzeczywistości?

prof. dr hab. n. med. Ewa Kalinka

15 **KARTA DIŁO**

To trzeba wiedzieć

16 **SERCE POD KONTROLĄ**

Jak telemedycyna zwiększa bezpieczeństwo
pacjentów onkologicznych

dr n. med. Kinga Gościńska-Bis

19 **TWOJE SERCE POD KONTROLĄ**

Codzienna karta bezpieczeństwa pacjenta

20 **NIE BÓJ SIĘ ZAUFAC FIZJOTERAPEUCIE**

dr n. med. i n. o zdr. Jacek Tuz, fizjoterapeuta

23 **NOWE REFUNDACJE W ONKOLOGII**

Zmiany ważne dla pacjentów

26 **KTO MOŻE OTRZYMAĆ INFORMACJE O STANIE ZDROWIA PACJENTA?**

dr hab. Rafał Patryn

28 **JEDNA SPONTANICZNA DECYZJA POTRAFI ZMIEŃCIĆ WSZYSTKO**

Karolina

30 **CZY TRZEBA BYĆ SILNYM?**

Emocje pacjenta bez tabu

Ola Przybyła



Wydawca **Fundacja Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych**, ul. Wawelska 15B pok. 03, 02-034 Warszawa

Redaktor naczelna **Dorota Kobierzewska**

Korekta **Agata Czaplarska**

Skład graficzny **Michał Lis**

Zdjęcia **Archiwa domowe, Magnific**

Nakład **15 000 egz.**

Czasopismo „Głos Pacjenta Onkologicznego” ma charakter edukacyjny i informacyjny, nie stanowi i nie zastępuje porady lekarskiej. Redakcja dokłada wszelkich starań, aby informacje w nim zawarte były poprawne merytorycznie, jednakże decyzja dotycząca leczenia należy do lekarza.

Żaden utwór zamieszczony w czasopiśmie nie może być powielany i rozpowszechniany lub dalej rozpowszechniany w jakikolwiek sposób (w tym także elektroniczny) na jakimkolwiek polu eksploatacji w jakiejkolwiek formie, włącznie z umieszczaniem w Internecie bez pisemnej zgody właściciela praw. Jakiegokolwiek użycie lub wykorzystanie utworów w całości lub w części z naruszeniem prawa, tzn. bez właściwej zgody, jest zabronione.

Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za treść i formę zamieszczonych ogłoszeń i reklam, a także za błędne stosowanie prezentowanych w magazynie preparatów.

NOWOCZESNA CHIRURGIA PIERSI

Więcej możliwości dla pacjentek

Współczesna chirurgia piersi to nie tylko skuteczne leczenie nowotworu, ale również indywidualne podejście do pacjentki, coraz szersze możliwości leczenia oszczędzającego i rekonstrukcyjnego oraz ścisła współpraca specjalistów wielu dziedzin. O tym, jak zmieniło się leczenie raka piersi i czego dziś mogą oczekiwać pacjentki, wyjaśniają specjaliści z zakresu chirurgii onkologicznej i leczenia raka piersi: lek. Przemysław Jasnowski, lek. Katarzyna Golczyk i lek. Mateusz Orlikowski.

**LEK. KATARZYNA GOLCZYK**

Specjalista chirurgii ogólnej w trakcie specjalizacji z chirurgii onkologicznej, starszy asystent w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie.

**LEK. MATEUSZ ORLIKOWSKI**

Specjalista chirurgii onkologicznej, starszy asystent w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie.

**LEK. PRZEMYSŁAW JASNOWSKI**

Specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej, starszy asystent w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Schorzeń Piersi w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie.

Chirurgia piersi – trzy dekady, które zmieniły leczenie

Postępowanie w raku piersi w ciągu ostatnich lat przeszło prawdziwą rewolucję. Zmieniło się właściwie wszystko – od diagnostyki, przez planowanie leczenia, aż po techniki operacyjne. Szczególnie wyraźnie widać to w diagnostyce. Trzydzieści lat temu rozpoznanie opierało się głównie na biopsji cienkoigłowej, która odpowiadała jedynie na pytanie: rak czy nie rak. Podczas operacji wykonywano badanie śródoperacyjne i dopiero wtedy zapadała decyzja, czy pacjentka zachowa pierś, czy konieczna będzie amputacja. Dziś, jeszcze przed rozpo-

częciem leczenia chirurgicznego znamy biologiczny typ nowotworu, status receptorów, a w uzasadnionych przypadkach również wyniki badań genetycznych. Oceniamy także stopień zaawansowania choroby, co pozwala dobrać optymalną metodę leczenia.

Ogromną zmianę przeszła też sama chirurgia

Trzy dekady temu standardem były rozległe, okaleczające operacje – wykonywano amputacje piersi wraz z usunięciem mięśnia piersiowego oraz wszystkich węzłów chłonnych pachy. Przełomem była operacja przeprowadzona w Łodzi przez prof. Bernera, tzw. operacja

oszczędzająca. Obecnie jest ona złotym standardem. Praktykuje się leczenie oszczędzające piersi oraz biopsję węzła wartowniczego. Chirurgia jest dziś znacznie bardziej precyzyjna, mniej okaleczająca i pozwala osiągać zdecydowanie lepsze efekty estetyczne.

Zmienił się również sposób podejmowania decyzji terapeutycznych

Kiedyś chirurg często podejmował decyzje sam, niekiedy nawet w trakcie operacji. Dziś plan leczenia ustala wielodyscyplinarne konsylium, w skład którego wchodzi m.in. chirurg onkolog, onkolog kliniczny, radioterapeuta, radiolog, patomorfolog, psychoonkolog i rehabilitant. Co najważniejsze, aktywnym uczestnikiem tego procesu jest również sama pacjentka. Odejście od leczenia prowadzonego przez jednego lekarza na rzecz współpracy całego zespołu specjalistów jest jedną z najważniejszych zmian we współczesnej onkologii. Równie istotna była zmiana sposobu myślenia o raku piersi – dziś o wyborze leczenia decyduje nie tylko lokalizacja guza, ale także jego biologia.

ZAPAMIĘTAJ!

Nowoczesna diagnostyka pozwala zaplanować leczenie jeszcze przed operacją. Dzięki temu terapia może być precyzyjnie dostosowana do biologii nowotworu oraz indywidualnej sytuacji pacjentki.

Współczesne standardy leczenia operacyjnego

Wiemy, że w medycynie obowiązują standardy postępowania, jednak biorąc pod uwagę naszą obecną wiedzę i zespołowe podejmowanie decyzji, w które włączony jest pacjent, dzisiaj coraz częściej mówimy o leczeniu/podejściu spersonalizowanym w oparciu o standardy. Oznacza to, że nawet u pacjentek z podobnym rozpoznaniem nie zawsze najlepsza będzie taka sama metoda leczenia. Decyzja jest podejmowana indywidualnie, z uwzględnieniem biologii nowotworu, stopnia jego zaawansowania oraz potrzeb i oczekiwań pacjentki.

Współczesna chirurgia oszczędzająca stale się rozwija. Coraz większy nacisk kładziemy nie tylko na skuteczne usunięcie nowotworu, ale również na uzyskanie jak najlepszego efektu estetycznego. Duże możliwości dają techniki onkoplastyczne oraz rekonstrukcja ubytku piersi z wykorzystaniem własnych tkanek pacjentki, m.in. płatów perforatorowych i płatów rotacyjnych. Dzięki temu możliwe jest odtworzenie kształtu piersi już podczas leczenia operacyjnego.

Drugim filarem współczesnej chirurgii raka piersi jest biopsja węzła wartowniczego. W większości przypadków pozwala ona uniknąć usunięcia wszystkich węzłów chłonnych pachy, a tym samym znacząco zmniejsza

ryzyko obrzęku limfatycznego kończyny górnej. Wiemy również, że wycięcie węzłów chłonnych nie leczy raka piersi – ich ocena pozwala natomiast precyzyjnie określić stopień zaawansowania choroby i włączyć nowoczesne leczenie immunologiczne.

Leczenie oszczędzające a mastektomia – kiedy która metoda jest najlepszym wyborem?

Podstawową zasadą leczenia oszczędzającego jest całkowite usunięcie nowotworu przy jednoczesnym zachowaniu dobrego efektu estetycznego. Trzeba jednak pamiętać, że integralnym elementem takiego leczenia jest radioterapia. Jeżeli istnieją przeciwwskazania do jej zastosowania, leczenie oszczędzające nie jest możliwe. Pacjentka musi o tym wiedzieć przed podjęciem terapii.

Należy też wyraźnie podkreślić, że leczenie oszczędzające nie jest rozwiązaniem gorszym niż mastektomia. Wręcz przeciwnie – liczne badania naukowe potwierdzają, że u odpowiednio zakwalifikowanych pacjentek zapewnia ono takie same wyniki leczenia pod względem przeżycia całkowitego i ryzyka nawrotu choroby. Dlatego, jeśli istnieją wskazania do wykonania zabiegu oszczędzającego, nie ma medycznych podstaw, by wybierać bardziej rozległą operację wyłącznie z przekonania, że będzie skuteczniejsza.

Nie zawsze jednak możliwe jest przeprowadzenie zabiegu oszczędzającego.

Do najczęstszych wskazań do mastektomii należą:

- brak możliwości radykalnego usunięcia nowotworu z zachowaniem piersi (np. z powodu rozległych mikrozwapnień),
- obecność wybranych mutacji genetycznych, m.in. *BRCA*, *ATM* i *TP53*,
- przebyta wcześniej radioterapia w obrębie piersi lub klatki piersiowej,
- zapalny rak piersi,
- duży guz, który nie odpowiedział na leczenie przedoperacyjne,
- pierwszy trymestr ciąży.

Trzeba jednak pamiętać, że są to wskazania medyczne, które zawsze wymagają indywidualnej oceny. Ostateczną decyzję podejmuje konsylium – zespół specjalistów różnych dziedzin – wspólnie z pacjentką. To właśnie partnerskie podejmowanie decyzji jest jedną z najważniejszych zmian we współczesnym leczeniu raka piersi.

ZAPAMIĘTAJ!

Dwie pacjentki z takim samym rozpoznaniem nie zawsze będą miały zaproponowaną tę samą metodę leczenia. Jest ona dobierana indywidualnie – z uwzględnieniem biologii nowotworu, sytuacji klinicznej oraz potrzeb pacjentki.

Precyzyjna chirurgia – lepsze leczenie i efekt estetyczny

Współczesna chirurgia piersi jest zdecydowanie bardziej precyzyjna niż jeszcze kilkanaście lat temu. Dysponujemy nowoczesnymi metodami obrazowania, które pozwalają bardzo dokładnie ocenić wielkość i zasięg nowotworu jeszcze przed operacją. W diagnostyce wykorzystujemy mammografię, ultrasonografię, a w uzasadnionych przypadkach także rezonans magnetyczny. Dzięki temu możemy precyzyjnie zaplanować zakres zabiegu.

Precyzję zwiększa również śródoperacyjna kontrola wyciętego fragmentu piersi za pomocą mammografii. W najnowszych urządzeniach proces ten może być dodatkowo wspomagany przez rozwiązania wykorzystujące sztuczną inteligencję, co ułatwia ocenę, czy zmiana została usunięta w odpowiednim zakresie.

Coraz częściej zmienia się także kolejność leczenia. W przypadku bardziej agresywnych biologicznie nowotworów, takich jak rak trójujemny czy HER2-dodatni, najpierw stosujemy leczenie przedoperacyjne – chemioterapię, często połączoną z immunoterapią lub leczeniem celowanym. U wielu pacjentek guz całkowicie znika lub znacznie się zmniejsza jeszcze przed zabiegiem.

Przed rozpoczęciem leczenia miejsce guza oznaczamy niewielkim klipssem. Nawet jeśli zmiana nie jest już widoczna w badaniach obrazowych, podczas operacji możemy ją precyzyjnie zlokalizować, najczęściej za pomocą tzw. kotwicy lokalizacyjnej. Pozwala to usunąć jedynie niezbędny fragment tkanki, zachowując jak najlepszy efekt estetyczny przy jednoczesnym zapewnieniu pełnej skuteczności leczenia.

ZAPAMIĘTAJ!

Nowoczesne metody diagnostyki i planowania operacji pozwalają coraz precyzyjniej usuwać nowotwór. Dzięki temu można skutecznie leczyć, jednocześnie oszczędzając zdrowe tkanki i uzyskując lepszy efekt estetyczny.

Rekonstrukcja piersi – integralny element leczenia onkologicznego

Rekonstrukcja piersi jest dziś uznawana za niezwykle ważny element kompleksowego leczenia raka piersi. Współczesna onkologia koncentruje się nie tylko na skutecznym usunięciu nowotworu, ale również na jakości życia pacjentki po zakończeniu terapii.

Utrata piersi dla wielu kobiet jest doświadczeniem, które wpływa na poczucie własnej wartości, kobiecości i pewności siebie. Często wiąże się także z lękiem przed oceną ze strony otoczenia. Rekonstrukcja pomaga ograniczyć psychologiczne konsekwencje choroby i ułatwia powrót do codziennego życia. Dlatego też dziś traktujemy ją nie jako zabieg estetyczny, ale jako jeden z elementów procesu leczenia.

Rzadziej mówi się o codziennych, praktycznych trudnościach, z którymi mierzą się kobiety po mastektomii. Konieczność noszenia zewnętrznej protezy piersi czy specjalistycznej bielizny bywa uciążliwa i każdego dnia przypomina o przebytej chorobie. Rekonstrukcja pozwala wielu pacjentkom odzyskać większy komfort życia i poczucie normalności.

Warto również podkreślić, że rekonstrukcja piersi nie zmniejsza bezpieczeństwa onkologicznego ani nie utrudnia późniejszego monitorowania pacjentki po zakończeniu leczenia. Jest to jedna z najczęstszych obaw, z którymi kobiety zgłaszają się do lekarza, dlatego każda pacjentka przed operacją powinna otrzymać pełną informację o możliwościach leczenia oraz o metodach rekonstrukcji odpowiednich w jej sytuacji. Dzięki temu może świadomie uczestniczyć w podejmowaniu decyzji dotyczących dalszego leczenia.

ZAPAMIĘTAJ!

Rekonstrukcja piersi nie jest zabiegiem wykonywanym wyłącznie ze względów estetycznych. Jest to ważny element kompleksowego leczenia raka piersi, który może poprawić jakość życia i pomóc w powrocie do codziennego funkcjonowania.



Możliwości rekonstrukcji piersi – kiedy i dla kogo?

Większość kobiet po mastektomii może zostać zakwalifikowana do rekonstrukcji piersi. Wybór metody oraz momentu wykonania zabiegu zawsze wymaga jednak indywidualnej oceny. Pod uwagę bierze się przede wszystkim stopień zaawansowania choroby, planowane leczenie uzupełniające, stan ogólny pacjentki, jej oczekiwania i preferencje, a także choroby współistniejące.

Rekonstrukcja piersi może być wykonana:

- jednocześnie – podczas tej samej operacji co mastektomia,
- w trybie odroczonej – po zakończeniu leczenia onkologicznego,
- etapowo – w kilku kolejnych zabiegach.

Współczesna chirurgia rekonstrukcyjna oferuje wiele możliwości – od rekonstrukcji z wykorzystaniem implantów po zabiegi wykonywane z użyciem własnych tkanek pacjentki. Dzięki temu możliwe jest dobranie metody najlepiej odpowiadającej sytuacji klinicznej i oczekiwaniom chorej.

Szczególnie dynamicznie rozwijają się techniki mikrochirurgiczne z wykorzystaniem własnych tkanek, najczęściej pobieranych z okolicy podbrzusza. Choć są to zabiegi wymagające, trwające wiele godzin i angażujące cały zespół specjalistów, pozwalają uzyskać naturalny wygląd i konsystencję piersi oraz trwały efekt rekonstrukcji bez konieczności stosowania implantów. Rozwój tych metod sprawia, że pacjentki mają dziś do dyspozycji coraz więcej skutecznych i bezpiecznych możliwości leczenia.

O wyborze sposobu rekonstrukcji zawsze decyduje rozmowa z pacjentką. Nie każda kobieta zdecyduje się na wielogodzinną operację, dla innych natomiast będzie to najlepsza droga do odzyskania komfortu po zakończonym leczeniu. Dlatego plan rekonstrukcji powinien być dostosowany nie tylko do wskazań medycznych, ale także do potrzeb i oczekiwań każdej pacjentki.

ZAPAMIĘTAJ!

Nie ma jednej najlepszej metody rekonstrukcji piersi. Sposób i termin jej wykonania są zawsze dobierane indywidualnie – z uwzględnieniem sytuacji medycznej oraz oczekiwań pacjentki.

Chirurgia onkoplastyczna – nowoczesny standard leczenia raka piersi

Chirurgia onkoplastyczna łączy zasady chirurgii onkologicznej z technikami stosowanymi w chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej. Jej celem jest nie tylko skuteczne usunięcie nowotworu, ale także zachowanie jak najlepszego wyglądu piersi oraz jakości życia pacjentki po zakończeniu leczenia. Już na etapie planowania operacji uwzględniamy zarówno zakres niezbędnej resekcji,

jak i przyszły efekt estetyczny. Współczesna chirurgia opiera się na założeniu, że bezpieczeństwo onkologiczne i dobry efekt kosmetyczny nie wykluczają się, lecz wzajemnie uzupełniają. Dzięki odpowiednio dobranym technikom operacyjnym możliwe jest jednoczesne osiągnięcie obu tych celów.

Reasumując, chirurgia onkoplastyczna łączy trzy najważniejsze cele leczenia:

- skuteczne usunięcie nowotworu,
- zachowanie pełnego bezpieczeństwa onkologicznego,
- uzyskanie jak najlepszego efektu estetycznego.

W większości wyspecjalizowanych ośrodków chirurgia onkoplastyczna nie jest już alternatywą dla klasycznego leczenia. Stała się standardem postępowania zgodnym z nowoczesnymi zasadami leczenia raka piersi.

ZAPAMIĘTAJ!

Skuteczne leczenie raka piersi i dobry efekt estetyczny nie wykluczają się. Współczesna chirurgia onkoplastyczna pozwala osiągnąć oba te cele jednocześnie.

Rozmowa i zaufanie w procesie leczenia

Wiele nieporozumień podczas leczenia nie wynika z samej choroby, lecz z braku dobrej komunikacji. Pacjentka powinna ufać lekarzowi i nie bać się zadawać pytań. Z kolei lekarz powinien stworzyć atmosferę, w której jest miejsce na spokojną rozmowę, bez niepotrzebnego dystansu i strachu. Kompetencje, profesjonalizm i empatia są równie ważne jak wiedza medyczna.

Największym wyzwaniem współczesnej onkologii jest ogromna liczba pacjentów, a co za tym idzie – ograniczony czas na rozmowę. Zawsze jednak powtarzamy swoim pacjentkom, że jeśli potrzebują wyjaśnień lub mają wątpliwości, powinny o tym powiedzieć. Taka rozmowa jest ważnym elementem leczenia i pomaga podejmować świadome decyzje.

Nie mniej istotne jest również zaufanie do ośrodka, w którym prowadzone jest leczenie. Współczesne wyspecjalizowane ośrodki leczenia chorób piersi (Breast Unit) zapewniają kompleksową opiekę – od diagnostyki i leczenia operacyjnego, przez leczenie systemowe i radioterapię, aż po rehabilitację, wsparcie psychoonkologiczne i opiekę koordynatora. Leczenie raka piersi trwa często kilka lat, dlatego warto prowadzić je w jednym ośrodku, gdzie cały zespół bierze odpowiedzialność za kolejne etapy terapii.

Niepotrzebna zmiana ośrodka bez wyraźnych wskazań może utrudnić zachowanie ciągłości leczenia i wprowadzić niepotrzebny chaos organizacyjny. Z praktycznego punktu widzenia warto również wybierać ośrodek położony możliwie blisko miejsca zamieszkania. W trakcie całego procesu leczenia pacjentka odbywa często kilkadziesiąt wizyt, dlatego łatwy dostęp do zespołu leczącego ma ogromne znaczenie dla jej komfortu i bezpieczeństwa.

Warto podkreślić, że wyspecjalizowane ośrodki leczenia raka piersi współpracują ze sobą. Jeżeli sytuacja kliniczna wymaga konsultacji lub leczenia w innym centrum, lekarze pozostają w stałym kontakcie, kierując się przede wszystkim dobrem pacjentki.

ZAPAMIĘTAJ!

Leczenie raka piersi trwa często wiele miesięcy, dlatego warto prowadzić je w jednym wyspecjalizowanym ośrodku. Zapewnia to ciągłość opieki i ułatwia koordynację kolejnych etapów terapii.

Leczenie raka piersi to praca całego zespołu specjalistów

Skuteczne leczenie raka piersi nie jest dziełem jednego lekarza. Nawet największe doświadczenie jednego specjalisty nie wystarczy, aby zaplanować nowoczesne leczenie onkologiczne. Dopiero współpraca całego zespołu pozwala postawić pełną diagnozę i wybrać najlepszą metodę terapii dla konkretnej pacjentki.

Rozpoznanie choroby nowotworowej wymaga połączenia informacji klinicznych, badań obrazowych oraz oceny patomorfologicznej. Każdy z tych elementów jest równie ważny i dopiero razem tworzą pełny obraz choroby.

Droga pacjentki najczęściej rozpoczyna się w gabinecie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza specjalisty. To właśnie tam zapada decyzja o skierowaniu na dalszą diagnostykę.

Aby skrócić czas od podejrzenia nowotworu do rozpoczęcia leczenia, w Polsce funkcjonuje ścieżka **Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DILO)**. Została ona stworzona po to, aby pacjentka możliwie szybko przeszła przez kolejne etapy diagnostyki i mogła rozpocząć leczenie bez niepotrzebnej zwłoki.

Po pierwszej wizycie planowana jest pełna ścieżka diagnostyczna, obejmująca dwa etapy:

- **diagnostykę wstępną**, której celem jest potwierdzenie rozpoznania nowotworu na podstawie badania histopatologicznego,

- **diagnostykę pogłębianą**, pozwalającą określić stopień zaawansowania choroby oraz zaplanować optymalną strategię leczenia.

Cały proces diagnostyczny kończy się **konsylium onkologicznym**. W jego skład wchodzi specjalistów różnych dziedzin – chirurg onkolog, onkolog kliniczny, radioterapeuta, radiolog oraz patomorfolog. Wspólnie analizują wyniki badań i, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującymi wytycznymi, ustalają indywidualny plan leczenia.

Ma to ogromne znaczenie, ponieważ we współczesnej onkologii równie ważna jak wybór metod leczenia jest ich właściwa kolejność. Każda z nich niesie określone korzyści, ale również ryzyko działań niepożądanych, które mogą wpływać na możliwość zastosowania kolejnych etapów terapii. Dlatego plan leczenia powinien być zawsze opracowywany przez zespół specjalistów.

Każdy specjalista ma swoją rolę:

- **lekarz POZ lub lekarz specjalista** – rozpoznaje niepokojące objawy i kieruje pacjentkę na dalszą diagnostykę,
- **radiolog** – wykonuje i interpretuje badania obrazowe, pomagając określić lokalizację i rozległość zmian,
- **chirurg lub specjalista wykonujący biopsję** – pobiera materiał do badań oraz przeprowadza leczenie operacyjne,
- **patomorfolog** – rozpoznaje rodzaj nowotworu i określa jego cechy biologiczne, od których zależy dobór leczenia,
- **onkolog kliniczny** – prowadzi leczenie systemowe, takie jak: chemioterapia, hormonoterapia, immunoterapia czy terapie celowane,
- **radioterapeuta** – planuje i prowadzi leczenie promieniotwórczym.

Dopiero współpraca wszystkich tych specjalistów pozwala zapewnić pacjentce kompleksową opiekę i zaplanować leczenie zgodnie z najwyższymi standardami współczesnej onkologii.

ZAPAMIĘTAJ!

Skuteczne leczenie raka piersi wymaga współpracy wielu specjalistów. Wspólna analiza wyników badań i zespołowe planowanie terapii pozwalają dobrać leczenie najlepiej dopasowane do sytuacji pacjentki.

SŁOWO DO PACJENTEK

Diagnoza raka piersi wywołuje lęk i niepewność. Tymczasem współczesna medycyna daje ogromne możliwości skutecznego leczenia, zwłaszcza jeśli choroba została wykryta we wczesnym stadium. Dlatego podczas pierwszej rozmowy z pacjentką staramy się przede wszystkim dać jej nadzieję. Często mówimy:

„Proszę Pani, cieszę się, że wykryliśmy raka piersi tak wcześnie. To Pani sukces – efekt regularnych badań profilaktycznych. Dziś wiemy o tej chorobie bardzo dużo i potrafimy ją skutecznie oraz precyzyjnie leczyć.

Przed nami zadanie, które wykonamy razem. Będą lepsze i trudniejsze dni, ale nie będzie Pani sama. Nad Pani leczeniem czuwa cały zespół – koordynatorzy, psychoonkolodzy, rehabilitanci, pielęgniarki, dietetycy i lekarze. Jesteśmy po to, aby zapewnić Pani bezpieczeństwo i pomóc przejść przez każdy etap terapii.

Chciałbym, aby strach zamienił się w działanie i motywację do powrotu do zdrowia. Naszym celem jest nie tylko pokonanie choroby, ale również to, aby mogła Pani wrócić do życia z poczuciem spokoju i nadziei”.



Nie jest to historia o zachorowaniu na raka, lecz opowieść o życiu z lękiem przed chorobą, świadomej profilaktyce, odwadze podjęcia decyzji o profilaktycznej obustronnej mastektomii oraz o dziecięcej traumie, która na wiele lat pozostawiła w Patrycji strach przed narkozą. Jest to przede wszystkim historia o tym, że wiedza daje poczucie wpływu, a możliwość wyboru może przynieść coś bezcennego – spokój i przekonanie, że zrobiło się wszystko, co było możliwe.

NIE CZEKAŁAM NA DIAGNOZĘ

Wybrałam spokój

Nie usłyszała diagnozy. Nie przechodziła chemioterapii. Nie walczyła z nowotworem. A jednak przez lata żyła ze świadomością, że rak może być częścią jej przyszłości. Kiedy kolejne kobiety w rodzinie chorowały na raka piersi, postanowiła nie czekać. Wybrała profilaktykę, choć wiedziała, że będzie to jedna z najtrudniejszych decyzji w jej życiu.

Rak był obecny, zanim pojawił się strach

Rak piersi nie pojawił się w życiu Patrycji nagle. Był obecny od zawsze – nie jako własna diagnoza, ale jako część historii jej rodziny. Dorastała, obserwując, jak choroba dotyka kolejne pokolenia kobiet. Diagnoza ta towarzyszyła rodzinie od ponad dwóch dekad, choć – jak kobieta sama przyznaje – nie zawsze potrafiono o niej rozmawiać.

– W mojej rodzinie kobiety chorują na raka piersi. Choroba jest z nami od około 25 lat. Różnie to wyglądało – czasami temat był zamykany pod dywan, czasami mówiło się o nim więcej – wspomina Patrycja. – Dopiero z czasem zrozumiałam, jak bardzo ta historia wpływała również na mnie.

Przez wiele lat żyła z tą świadomością, ale nie pozwalała, by zdominowała ona jej codzienność. Przełom przyszedł dopiero wtedy, gdy rozpoczęła pracę w szpitalu. Każdego dnia spotykała pacjentów onkologicznych i widziała, jak ogromne znaczenie ma czas, którego niekiedy po prostu brakuje.

– Dopiero kiedy zaczęłam pracować w szpitalu, zdałam sobie sprawę, jak ważne są badania profilaktyczne. Zobaczyłam ogrom zachorowań – nie tylko u starszych kobiet, ale również u młodszych. Wtedy zaczęłam bardziej pilnować badań i dowiedziałam się, że jeśli w rodzinie

występują określone predyspozycje, można zdecydować się na profilaktyczną mastektomię z jednoczesną rekonstrukcją – opowiada.

I właśnie wtedy po raz pierwszy pomyślała, że być może istnieje sposób, by przerwać rodzinny scenariusz. Jeszcze nie wiedziała, jak długa i wymagająca będzie droga do tej decyzji. Wiedziała natomiast jedno – nie chciała żyć w nieustannym oczekiwaniu na diagnozę.

Decyzje nie rodzą się w jeden dzień

Po rodzinnych doświadczeniach Patrycja nie zamknęła się w lęku. Zrobiła coś odwrotnego – zaczęła szukać źródeł wiedzy. Im więcej dowiadywała się o profilaktyce, tym bardziej utwierdzała się w przekonaniu, że nie chce pozostawić swojego zdrowia przypadkowi. Zrozumiała, że współczesna medycyna daje kobietom z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi coś niezwykle cennego – możliwość świadomego wyboru. Wiedziała jednak, że takiej decyzji nie podejmuje się pod wpływem emocji. Trzeba do niej dojrzeć.

– Ta myśl zakiełkowała w mojej głowie, kiedy zaczęłam dowiadywać się, jakie formalności trzeba dopełnić i jakie badania wykonać. W międzyczasie okazało się, że mam łagodną zmianę w piersi. Sama w sobie nie była



groźna, ale wywołała we mnie ogromny lęk. Pomyślałam: „A jeśli następnym razem to już będzie nowotwór?”. Wtedy byłam pewna na dwieście procent, że chcę zrobić profilaktyczną mastektomię z jednoczesną rekonstrukcją. Jeszcze bardziej zaczęłam walczyć o tę operację.

Droga do operacji okazała się znacznie dłuższa, niż przypuszczała. Konsultacje, badania genetyczne, opinie specjalistów i kolejne formalności zajęły blisko dwa lata. To był czas nie tylko oczekiwania, ale przede wszystkim osławiania własnych emocji. Każda kolejna konsultacja utwierdzała ją w przekonaniu, że podjęła właściwą decyzję, choć droga do niej wymagała cierpliwości i determinacji.

– Nie było to łatwe. Trzeba mieć dużo siły i być w „stanie ciągłej gotowości”, żeby przejść przez wszystkie procedury. Musiałam dowieść specjalistom, że jestem przygotowana do tej operacji – nie tylko fizycznie, ale także psychicznie.

Historia Patrycji miała jeszcze jeden nieoczekiwany wymiar. Zmieniła także życie jej mamy.

– Pociągnęłam za sobą moją mamę. To ona przekazała mi te rodzinne obciążenia, ale sama również zdecydowała się zadbać o siebie. Najpierw przeszła profilaktyczną mastektomię, później zabieg usunięcia jajników. Mama stała się moją bohaterką! Miała odwagę zrobić ten pierwszy krok. Dzięki niej wiedziałam, czego mogę się spodziewać i że nie będę w tej drodze sama.

”

Współczesna medycyna daje kobietom z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na raka piersi coś niezwykle cennego – **możliwość świadomego wyboru.**

Najbardziej bałam się narkozy

Dla wielu kobiet decyzja o profilaktycznej mastektomii wiąże się przede wszystkim z obawą przed utratą piersi. Patrycja bała się czegoś zupełnie innego.

– Strach przed zachorowaniem był silniejszy niż lęk przed operacją. Ani przez moment nie żałowałam swojej decyzji. Nawet wtedy, gdy pojawił się ból i przez jakiś czas byłam bardzo ograniczona w codziennym funkcjonowaniu.



”

Profilaktyczna mastektomia nie zwalnia z czujności, ale pozwala znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowania.



fot. z archiwum domowego

Największym wyzwaniem nie była dla niej sama operacja, ale znieczulenie ogólne. Skąd ten lęk? Otóż miał on swoje źródło w kolejnym trudnym dla Patrycji doświadczeniu z dzieciństwa. Jako dziesięcioletnia dziewczynka po rutynowym zastrzyku z antybiotykiem doświadczyła dramatycznych powikłań. W jednej chwili z dziecka, które normalnie biegało i bawiło się z rówieśnikami, stała się pacjentką walczącą o sprawność. Groziła jej amputacja nogi, przez długi czas nie chodziła, a później musiała na nowo uczyć się codziennego funkcjonowania.

– W jednej sekundzie moje życie zmieniło się o sto osiemdziesiąt stopni. Z całkiem zdrowego dziecka stałam się dzieckiem niechodzącym, niepełnosprawnym. Później groziła mi amputacja nogi. Dzięki rodzicom, lekarzom i chyba własnemu charakterowi udało mi się stanąć na nogi, założyć rodzinę i urodzić dziecko. Jednak wspomnienie tamtych wydarzeń zostało ze mną na zawsze.

Właśnie dlatego przed operacją najbardziej obawiała się nie samego zabiegu, ale chwili, w której zostanie uspiona.

– Najbardziej bałam się narkozy i samego wybudzenia. Tego nie da się racjonalnie wytłumaczyć. Żył we

mnie wspomnienie z dzieciństwa, którego żadna terapia do końca nie wymaże.

Dzień, który przyniósł spokój

Na oddział trafiła dzień przed operacją. Były rozmowy z lekarzami, konsultacja anestezyjologiczna, podpisywanie zgód i szczegółowe omówienie przebiegu zabiegu. Wiedziała, jakie mogą być powikłania, że implant może się nie przyjąć, że być może w przyszłości konieczne będą kolejne operacje. Słuchała uważnie, ale żadna z tych informacji nie zmieniła jej decyzji.

– Byłam już zdecydowana i tak wystraszona samą możliwością zachorowania, że nawet kiedy usłyszałam, iż za kilka czy kilkanaście lat implanty mogą wymagać wymiany, pomyślałam sobie tylko: „Do tego czasu medycyna pójdzie do przodu”. Absolutnie nie był to moment na wycofanie się.

Choć przez dwa lata przygotowywała się do tej operacji, wieczorem przed zabiegiem wróciły wspomnienia z dzieciństwa i lęk przed narkozą. Właśnie wtedy wydarzyło się coś, o czym do dziś nie potrafi opowiadać bez wzruszenia.

Jak wygląda droga do profilaktycznej mastektomii

Profilaktyczna mastektomia nie jest zabiegiem wykonywanym „na życzenie”. Poprzedza ją wieloetapowy proces kwalifikacji, który obejmuje konsultacje z różnymi specjalistami oraz szczegółową ocenę ryzyka zachorowania na raka piersi.

1. Wywiad rodzinny i ocena ryzyka

Pierwszym krokiem jest konsultacja z lekarzem, podczas której analizowana jest historia nowotworów w rodzinie. Szczególną uwagę zwraca się na zachorowania na raka piersi i raka jajnika u bliskich krewnych oraz wiek, w którym pojawiła się choroba.

2. Poradnia genetyczna

Jeżeli wywiad rodzinny wskazuje na zwiększone ryzyko zachorowania na nowotwór, pacjentka kierowana jest do poradni genetycznej. Specjalista ocenia zasadność wykonania badań genetycznych i zleca odpowiednie testy.

3. Badania genetyczne

Badania pozwalają wykryć m.in. patogenne warianty genów *BRCA1* i *BRCA2* oraz innych genów związanych z dziedziczną predyspozycją do nowotworów piersi i jajnika. Wynik badania jest jednym z elementów kwalifikacji, ale nie jedynym.

4. Konsultacje specjalistyczne

Kobieta odbywa konsultacje m.in. z:

- chirurgiem onkologiem,
- onkologiem klinicznym,

- chirurgiem plastycznym (jeżeli planowana jest jednoczasowa rekonstrukcja),
- anestezyjologiem,
- w wielu ośrodkach również z psychoonkologiem lub psychologiem.

5. Badania obrazowe

Przed zabiegiem wykonywane są badania potwierdzające brak aktywnej choroby nowotworowej. W zależności od wieku i sytuacji klinicznej mogą to być:

- rezonans magnetyczny piersi,
- mammografia,
- USG piersi,
- badania laboratoryjne oraz ocena stanu ogólnego.

6. Kwalifikacja do zabiegu

Po analizie wyników badań i konsultacji zespół specjalistów podejmuje decyzję o kwalifikacji pacjentki do profilaktycznej mastektomii. W przypadku planowanej rekonstrukcji omawiana jest również metoda odtworzenia piersi.

7. Operacja i dalsza opieka

Profilaktyczna mastektomia nie kończy procesu leczenia. Po zabiegu konieczne są rehabilitacja, wizyty kontrolne oraz dalsza opieka specjalistyczna. Choć operacja znacząco zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi, nie eliminuje go całkowicie, dlatego nadal zalecane są regularne kontrole.



fot. z archiwum domowego

– Pani anestezjolog poświęciła mi bardzo dużo czasu. Długo rozmawialiśmy. Chyba poruszyła ją moja historia z dzieciństwa i wszystkie moje obawy. Pamiętam, że powiedziała nawet, iż przeprasza, że się wzruszyła. A następnego dnia, kiedy leżałam już na bloku operacyjnym, podeszła do mnie, złapała mnie za rękę i powiedziała: „Dzień dobry, pani Patrycjjo. Jestem dzisiaj przy pani”.

Jedno proste zdanie, zaledwie kilka słów..., a sprawiły, że poczuła się spokojnie i bezpiecznie.

Operacja trwała około trzech i pół godziny. Kiedy otworzyła oczy, nie myślała o bólu ani o opatrunkach. Szukała twarzy najbliższych. Zwłaszcza mamy.

– Pierwsze, co pamiętam po wybudzeniu, to widok mojej mamy, mojego męża i syna stojących przy łóżku.

Popłakałam się. Wiedziałam, że wszystko się udało. Że się wybudziłam. Było to dla mnie najważniejsze.

Po chwili mama zapytała ją, czy chce zobaczyć, jak wygląda po operacji.

– Powiedziałam: „Pewnie, że chcę”. Pamiętam, jak odchyliła kołdrę. Byłam jeszcze w gorsecie pooperacyjnym, ale zobaczyłam, że wszystko się udało. Że jestem cała. Że żyję. Że rozmawiam z najbliższymi. I że pokonałam to, czego bałam się najbardziej.

Dziś, wspominając tamten dzień, najczęściej nie mówię o samej operacji. Opowiada o ludziach – lekarzach, pielęgniarkach i pani anestezjolog, którzy nie leczyli wyłącznie jej ciała, ale potrafili zaopiekować się również lękiem.

– Chciałabym, żeby każda kobieta wiedziała, że ma prawo zadawać pytania – nawet jeśli wydają się oczywiste albo powtarza je po raz dziesiąty. Ma prawo mówić o swoim strachu. Jeśli to ma ją uspokoić, to zawsze warto pytać.

Nowy rozdział zaczął się po wyjściu ze szpitala

Operacja nie zakończyła tej historii. Była początkiem kolejnego etapu – powrotu do codzienności i oswojania się z nowym ciałem. Pierwsze tygodnie wymagały cierpliwości oraz zaakceptowania ograniczeń, które są naturalną częścią procesu rekonwalescencji.

– Pamiętam, że bałam się, czy po operacji nadal będę czuła się kobieco. Jednak mój mąż bardzo szybko rozwiązał te obawy. Powiedział mi, że mastektomia niczego mi nie odebrała. Wręcz przeciwnie – dodała mi siły i sprawiła, że w jego oczach stałam się jeszcze bardziej kobieca. Usłyszałam też, że nadal wyglądam tak samo



fot. z archiwum domowego

pięknie, a może nawet lepiej – dodaje z uśmiechem. – Do dziś często słyszę od niego słowa, które dodają mi siły. Powtarza, że jestem piękną, odważną i silną kobietą, która zrobiła wszystko, by zadbać o swoje zdrowie i naszą wspólną przyszłość.

Patrycja wracała do sprawności stopniowo. Uczyla się wykonywać najprostsze czynności w inny sposób, uczestniczyła w rehabilitacji i dawała sobie czas. Wiedziała, że organizm potrzebuje go równie mocno, jak wcześniej potrzebował odwagi przed operacją.

– Rehabilitacja była bardzo ważna. Ćwiczenia trzeba wykonywać systematycznie, nawet jeśli na początku wydają się trudne. Dzięki temu z każdym tygodniem wracała sprawność, a ja mogłam coraz więcej robić sama.

Patrycja wróciła już do pracy i do codziennego życia. Pozostaje pod opieką lekarzy i regularnie zgłasza się na wizyty kontrolne. Profilaktyczna mastektomia nie zwalnia z czujności, ale pozwala znacząco zmniejszyć ryzyko zachorowania i daje coś, czego przez lata kobiecie brakowało – poczucie wpływu na własne zdrowie.

– Wiem, że nadal muszę się kontrolować. To nie jest tak, że po operacji można zapomnieć o badaniach, ale żyję już bez tego ciągłego lęku, który towarzyszył mi wcześniej.

Dziś, patrząc wstecz, nie mówi o poświęceniu ani o stracie. Mówi o spokoju.

– Gdybym jeszcze raz miała podjąć tę decyzję, zrobiłabym dokładnie to samo. Ani przez chwilę jej nie żałowałam. Operacja dała mi przede wszystkim spokój.

Patrycja nie może powiedzieć, że wygrała z rakiem, bo nigdy nie usłyszała takiej diagnozy. Może jednak

powiedzieć coś równie ważnego – że nie pozwoliła, aby strach decydował o jej życiu. Zamiast czekać na chorobę, wybrała świadomą profilaktykę. Dziś mówi, że razem z operacją odzyskała coś, czego przez lata najbardziej jej brakowało – spokój. A największym zwycięstwem nie zawsze jest pokonanie choroby. Czasem jest nim odwaga, by zrobić wszystko, aby nigdy nie musieć z nią walczyć.

– Chciałabym, aby kobiety, patrząc na moją historię, wiedziały, że nawet z najtrudniejszych sytuacji można wyjść na prostą, odzyskać spokój, uwolnić głowę od lęku i zacząć żyć z poczuciem bezpieczeństwa. Dlatego w swoich mediach społecznościowych otwarcie dzielę się swoją historią. Chcę pokazać kobietom, że profilaktyka, świadomość i odwaga w podejmowaniu trudnych decyzji mogą zmienić życie.

Jeśli moja historia sprawi, że choć jedna kobieta wykona badania, poszuka wsparcia lub podejmie decyzję, która uchroni ją przed chorobą, będę wiedziała, że było warto.

Warto wiedzieć

Profilaktyczna mastektomia jest jedną z metod zmniejszenia ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet z wysokim ryzykiem dziedzicznym. Decyzja o wykonaniu zabiegu jest zawsze podejmowana indywidualnie, po konsultacji z zespołem specjalistów i po szczegółowej ocenie wskazań medycznych.



fot. z archiwum domowego

PIERWSZE DNI PO DIAGNOZIE

Jak nie zgubić się w nowej rzeczywistości?

Profesor Ewa Kalinka w rozmowie z Dorotą Kobierzewską o tym, jak przygotować się do leczenia, świadomie uczestniczyć w terapii i dlaczego rzetelna wiedza jest sprzymierzeńcem pacjenta.

PROF. DR HAB. N. MED. EWA KALINKA

Specjalista onkologii klinicznej, kierownik Kliniki Onkologii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Od lat łączy pracę z pacjentami z działalnością naukową i edukacyjną, współpracując również z organizacjami pacjentskimi. Redaktor naukowa polskiego wydania książki „Podróż z rakiem. Zrozum chorobę, odzyskaj spokój i działaj świadomie”.



Dorota Kobierzewska: Są słowa, których nikt nie chce usłyszeć: „To nowotwór”. Co dzieje się z pacjentem w tej pierwszej chwili?

Prof. Ewa Kalinka: Dla większości pacjentów diagnoza nowotworu jest jak grom z jasnego nieba. Oczywiście wszyscy wiemy, że nowotwory istnieją i mogą dotknąć każdego z nas. Jednocześnie gdzieś głęboko wierzymy, że nas to nie spotka. Dlatego w chwili usłyszenia diagnozy wszystko nagle się zmienia. Pojawia się lęk, niepewność i poczucie utraty kontroli. Pacjent trafia do świata nowych pojęć, badań i decyzji medycznych, których wcześniej nie musiał rozumieć. Emocje są tak silne, że utrudniają racjonalne myślenie. Mam wrażenie, że podczas pierwszej wizyty pacjent zapamiętuje powyżej około 10% rozmowy z lekarzem. Resztę przykrywa ogromny strach o własne życie.

To chyba uspokajająca wiadomość dla wielu pacjentów. Często mają do siebie pretensje, że po wyjściu z gabinetu niewiele pamiętają

z rozmowy z lekarzem albo zapomnieli zadać najważniejsze pytania.

To całkowicie naturalna reakcja i warto o tym pamiętać. W takich chwilach mózg koncentruje się przede wszystkim na zagrożeniu, dlatego trudno przyswoić nawet najważniejsze informacje dotyczące leczenia.

A przecież właśnie wtedy lekarz przekazuje najważniej ważnych informacji...

Tak. Zawsze staramy się wszystko dokładnie wyjaśnić, ale współczesna onkologia opiera się na szybkim działaniu. Im sprawniej zostanie postawiona diagnoza i rozpocznie się leczenie, tym większa jest szansa na jego powodzenie. Dlatego często musimy koncentrować się przede wszystkim na organizacji diagnostyki i terapii. Choć staramy się wszystko wyjaśnić, nie zawsze mamy możliwość wielokrotnego wracania do tych samych zagadnień.

W rozmowach z pacjentami często słyszę, że bardziej niż sama diagnoza przerażało ich

poczucie zagubienia. Nie wiedzieli, co robić, gdzie szukać informacji i komu zaufać.

I właśnie dlatego tak ważne jest, aby pacjent nie pozostawał z tym wszystkim sam. Z perspektywy ponad 20 lat pracy widzę, jak ogromną rolę odgrywają dziś psychoonkolodzy, pielęgniarki onkologiczne, edukatorzy oraz materiały przygotowane specjalnie dla osób rozpoczynających leczenie. Rzetelna wiedza naprawdę zmniejsza lęk.

Jednym z najczęstszych odruchów po usłyszeniu diagnozy jest sięgnięcie po telefon i szukanie informacji w Internecie. Czy to pomaga, czy raczej potęguje lęk?

Niestety, właśnie tam obok rzetelnych informacji można znaleźć wiele mitów, niesprawdzonych teorii i obietnic cudownych terapii. Chciałabym bardzo mocno przed tym przestrzec, bo mogą one wyrządzić pacjentowi ogromną szkodę. Osoba bez przygotowania medycznego często nie jest w stanie ocenić, które informacje są wiarygodne, a które mają jedynie zachęcić do zakupu kolejnego suplementu czy „alternatywnej terapii”. Dlatego warto korzystać z materiałów przygotowanych przez specjalistów i opartych na aktualnej wiedzy medycznej.



Szukaj na pzwl.pl

Jednym z takich sprawdzonych źródeł jest książka „Podróż z rakiem. Zrozum chorobę, odzyskaj spokój i działaj świadomie”, której polskiego wydania była Pani redaktorką naukową. Co sprawia, że ta książka może stać się dla pacjenta czymś więcej niż tylko poradnikiem?

Jej największą zaletą jest połączenie rzetelnej wiedzy z językiem zrozumiałym dla każdego.

Pacjent nie musi pamiętać wszystkiego. Powinien jednak mieć sprawdzone miejsce, do którego może wrócić po informacje, rzetelną wiedzę i odpowiedzi na kolejne pytania. Do tej książki można wrócić w każdej chwili i doczytać to, czego nie udało się zapamiętać podczas wizyty. W domu, kiedy opadną pierwsze emocje, łatwiej spokojnie zrozumieć informacje dotyczące diagnostyki, leczenia, możliwych działań niepożądanych czy przygotowania do kolejnych etapów terapii. Warto, aby przeczytali ją również bliscy pacjenta. Choroba nowotworowa dotyka przecież całą rodzinę, a zrozumienie tego, przez co przechodzi chory, pozwala lepiej go wspierać.

Spróbujmy teraz przełożyć tę wiedzę na praktykę. Co powiedziałaby Pani osobie, która jutro po raz pierwszy przekroczy próg poradni onkologicznej?

Jedną z najprostszych, a jednocześnie najskuteczniejszych rad jest przygotowanie się do wizyty. Zachęcam moich pacjentów, aby wszystkie pytania zapisywali na kartce lub w telefonie. Pozornie drobiazg, ale pod wpływem emocji łatwo zapomnieć nawet o sprawach, które wydawały się najważniejsze.

Pierwsza wizyta u onkologa – pytania, które warto mieć przy sobie

1. Co dokładnie oznacza moja diagnoza?
2. Jakie leczenie jest dla mnie planowane i dlaczego właśnie takie?
3. Jakich działań niepożądanych mogę się spodziewać?
4. Które objawy wymagają pilnego kontaktu z lekarzem?
5. Czy mogę pracować i prowadzić dotychczasowy tryb życia?
6. Jak wygląda kontakt z ośrodkiem pomiędzy kolejnymi wizytami?

Zachęca Pani do zdobywania wiedzy, ale przecież nie każdy pacjent chce wiedzieć wszystko o swojej chorobie...

Nie każdy pacjent potrzebuje takiej samej ilości informacji. Jedni chcą znać każdy szczegół swojej choroby, inni wolą otrzymywać wiedzę stopniowo. I obie postawy są całkowicie zrozumiałe.

Wielu pacjentów wciąż boi się zadawać lekarzowi pytania albo ma wrażenie, że „nie wypada” tego robić. Czy obecnie pacjent powinien być partnerem lekarza, czy raczej bez zastrzeżeń zaufać jego decyzjom?

Jeszcze kilkadziesiąt lat temu lekarz podejmował decyzje niemal samodzielnie. Dzisiaj leczenie opiera się na partnerstwie. Naszą rolą jest doradzać, tłumaczyć i wspólnie z pacjentem szukać najlepszej drogi leczenia. Ostateczne decyzje zawsze należą jednak do chorego. Jest to relacja oparta na wspomnianym już partnerstwie, które wymaga rozmowy, zaufania i świadomego udziału pacjenta w procesie leczenia. Im lepiej rozumie on swoją chorobę, tym łatwiej bę-



Od lewej: Dorota Kobierzewska i Prof. Ewa Kalinka

”

Pacjent nie musi pamiętać wszystkiego, ale powinien mieć sprawdzone miejsce, do którego wraca po informacje, po wiedzę, po radę.

dzie mu podejmować kolejne decyzje. Jeszcze raz podkreślę – wiedza zmniejsza lęk, poczucie zagubienia, daje też siłę i nadzieję, bo nierzadko pokazuje szeroki wachlarz możliwości terapeutycznych, o których pacjent nie miał świadomości.

Na koniec chciałabym wrócić do miejsca, od którego zaczęłyśmy. Do momentu, w którym pacjent słyszy diagnozę. Gdyby mogła Pani powiedzieć mu wtedy jedno zdanie, co by to było?

Nie na wszystko mamy wpływ – i to jest naturalne. Możemy jednak wpływać na to, jak przygotujemy się do leczenia, skąd czerpiemy wiedzę i z kim rozmawiamy o swoich obawach. Rzetelna wiedza daje poczucie bezpieczeństwa, pomaga podejmować świadome decyzje i spokojniej przejść przez leczenie. Dlatego warto sięgać po sprawdzone książki, poradniki i materiały edukacyjne. Im lepiej rozumiemy chorobę i proces leczenia, tym łatwiej odnaleźć się w nowej rzeczywistości.

Pierwsze 7 dni po diagnozie – plan dla pacjenta

1. Daj sobie prawo do emocji.
2. Nie szukaj odpowiedzi w przypadkowych źródłach.
3. Zabieraj bliską osobę na wizyty.
4. Zapisuj pytania.
5. Proś lekarza o wyjaśnienie niezrozumiałych pojęć.
6. Zwracaj uwagę na objawy alarmowe.
7. Korzystaj ze sprawdzonych źródeł wiedzy.

KARTA DiLO

TO TRZEBA WIEDZIEĆ

Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO) to dokument, który pomaga zorganizować diagnostykę i leczenie osoby z podejrzeniem lub rozpoznaniem nowotworu. Zawiera informacje o kolejnych etapach opieki i ułatwia współpracę między lekarzami oraz placówkami medycznymi.

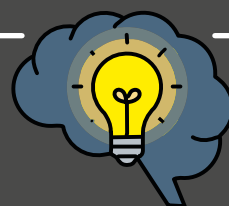
Jej zadaniem jest uporządkowanie drogi pacjenta — od diagnostyki, przez ustalenie planu terapii, aż po leczenie i dalszą opiekę. Karta pomaga dokumentować przebieg postępowania oraz przekazywać najważniejsze informacje osobom zaangażowanym w opiekę nad pacjentem.

JAK WYGLĄDA ŚCIEŻKA PACJENTA Z KARTĄ DiLO?



WARTO PAMIĘTAĆ!

- ✓ Karta DiLO nie jest skierowaniem do poradni ani szpitala.
- ✓ Nie każdy pacjent onkologiczny otrzymuje kartę DiLO. O jej wystawieniu decyduje lekarz.
- ✓ Przechowuj całą dokumentację medyczną i zabieraj ją na wizyty.
- ✓ Jeśli masz pytania dotyczące leczenia, pytaj lekarza lub koordynatora opieki.



Karta DiLO pomaga uporządkować drogę pacjenta – od diagnostyki do leczenia i dalszej opieki.

SERCE POD KONTROLĄ

Jak telemedycyna zwiększa bezpieczeństwo pacjentów onkologicznych

Nowoczesne leczenie onkologiczne daje coraz większe szanse na skuteczną walkę z chorobą, ale może również wpływać na pracę serca i układu krążenia. Obok monitorowania skuteczności terapii istotna jest więc także kontrola ogólnego stanu zdrowia pacjenta. Dziś coraz częściej wspierają ją rozwiązania telemedyczne – od smartwatchy i inteligentnych ciśnieniomierzy po personalne aparaty EKG, które pozwalają monitorować pracę serca bez wychodzenia z domu. Jak działają te technologie? Czy mogą pomóc wcześniej wykryć niepokojące zmiany i zwiększyć bezpieczeństwo podczas leczenia? O możliwościach i ograniczeniach telemedycyny rozmawiamy z dr n. med. Kingą Gościńską-Bis, specjalistką chorób wewnętrznych i kardiologią ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

DR N. MED. KINGA GOŚCIŃSKA-BIS

Specjalistka kardiologii i chorób wewnętrznych. Od lat zajmuje się diagnostyką i leczeniem zaburzeń rytmu serca oraz zdalnym monitorowaniem pracy serca u pacjentów kardiologicznych. Pracuje w Klinice Elektrokardiologii i Niewydolności Serca Górnośląskiego Centrum Medycznego, jest nauczycielem akademickim na kierunku Elektromedycyna Wydziału Nauk o Zdrowiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, współpracuje z firmą Telemedycyna Polska S.A. | www.mojkardiolog.pl



Rozmawiała Dorota Kobierzewska

Dorota Kobierzewska: Dlaczego monitorowanie pracy serca jest tak ważne u pacjentów leczonych z powodu nowotworu?

Dr Kinga Gościńska-Bis: Zdrowe serce jest niezbędne dla skutecznego leczenia onkologicznego. Część nowoczesnych terapii – zwłaszcza niektóre chemioterapie z zastosowaniem leków z grupy antracyklin, leczenie ukierunkowane molekularnie, immunoterapia czy radioterapia okolicy klatki piersiowej – może oddziaływać na układ krążenia. Mówimy wtedy o tzw. kardiotoxyczności. Może się ona objawiać pogorszeniem funkcji mięśnia sercowe-

go, zaburzeniami rytmu, wzrostem ciśnienia czy zmianami w zapisie EKG, np. wydłużeniem odstępu QT. Problem w tym, że na początku przebiega ona często bezobjawowo. Z tej potrzeby wyrosła kardiatoonkologia – dziedzina, w której kardiolog i onkolog pracują razem. Regularna kontrola serca pozwala wcześniej wychwycić niekorzystne zmiany, zanim staną się groźne, i tak poprowadzić terapię, by pacjent mógł bezpiecznie kontynuować skuteczne leczenie przeciwnowotworowe. Monitorowanie serca nie jest więc dodatkiem do leczenia onkologicznego – jest niezbędne dla jego bezpieczeństwa.

Kiedy dzwonić na 112, a kiedy wystarczy teleporada

Telefon na 112 (pogotowie):

- silny lub nagły ból w klatce piersiowej, zwłaszcza z potami, nudnościami, promieniowaniem do ramienia lub żuchwy,
- gwałtowna duszność w spoczynku,
- omdlenie lub utrata przytomności,
- bardzo szybkie albo skrajnie nierówne bicie serca z osłabieniem,
- objawy udaru: opadnięcie kąćka ust, niedowład ręki, zaburzenia mowy.

Wizyta lekarska lub teleporada:

- kołatania serca, które pojawiają się i mijają,
- niewielkie obrzęki kostek,
- stopniowy spadek tolerancji wysiłku,
- wynik domowego EKG z adnotacją „możliwe migotanie przedsionków” bez groźnych objawów.

W razie wątpliwości zawsze skontaktuj się z personelem medycznym.

Jakie objawy związane z pracą serca powinny szczególnie zaniepokoić pacjenta onkologicznego podczas terapii?

Przede wszystkim duszność, która pojawia się przy coraz mniejszym wysiłku albo w pozycji leżącej i utrudnia spanie na płasko. Dalej – kołatania serca, uczucie nierównego lub bardzo szybkiego bicia, ból lub ucisk w klatce piersiowej, zawroty głowy i zasłabnięcia. Niepokojące są też narastające obrzęki kostek i podudzi oraz szybki przyrost masy ciała w ciągu kilku dni, który zwykle oznacza zatrzymywanie płynów, a także wyraźny spadek tolerancji wysiłku – gdy czynności do niedawna łatwe nagle męczą. Trudność polega na tym, że zmęczenie czy osłabienie bywają również skutkiem samej choroby i leczenia, dlatego tak pomocny jest obiektywny pomiar: ciśnienia, tętna, a w razie potrzeby zapisu EKG. Pozwala on odróżnić „zwykłe” zmęczenie w przebiegu choroby i jej leczenia od sygnału, który wymaga reakcji. Żadnego z tych objawów nie należy bagatelizować – zawsze warto zgłosić go lekarzowi prowadzącemu.

Czym jest telemedycyna i jakie możliwości daje dziś pacjentom w zakresie kontroli pracy serca?

Najprościej mówiąc, telemedycyna to udzielanie świadczeń zdrowotnych na odległość – z wykorzystaniem technologii, które pozwalają przekazać lekarzowi istotne informacje o stanie pacjenta bez jego fizycznej obecności w gabinecie. W kardiologii oznacza to trzy rzeczy: teleporady, zdalne badania, np. EKG (telekardiologia), oraz telemonitoring, czyli stały nadzór nad pracą serca. W praktyce pacjent wykonuje w domu krótki zapis EKG certyfikowanym urządzeniem, a wynik trafia do zespołu medycznego, który go analizuje i opisuje. Działają już centra telemedyczne pracujące całą dobę, w których personel medyczny może ocenić przesłany zapis i skontaktować się z pacjentem. Dla osoby w trakcie leczenia onkologicznego to realna korzyść: mniej wyjazdów do

placówki, a więc mniejsze ryzyko infekcji i mniejsze obciążenie, przy zachowaniu ciągłej opieki nad sercem.

Coraz więcej osób korzysta ze smartwatchy i innych urządzeń monitorujących zdrowie. Które z nich mogą być rzeczywiście pomocne w wykrywaniu nieprawidłowości pracy serca?

Warto rozdzielić dwie kategorie. Pierwsza to urządzenia typu „wellness” – opaski i zegarki liczące kroki oraz tętno. Bywają motywujące i pozwalają zauważyć np. przyspieszoną lub zbyt wolną akcję serca, ale ich wartość diagnostyczna jest ograniczona. Druga to urządzenia klasy medycznej. Niektóre smartwatche potrafią wykonać jednoodprowadzeniowe EKG i przesiewowo wskazać migotanie przedsionków. Znacznie więcej oferuje osobisty aparat EKG, m.in. KardiaMobile rejestrujący jedno odprawdzenie i KardiaMobile 6L – aż sześć odprawdzeń (I, II, III, aVR, aVL, aVF). Dają one o wiele pełniejszy obraz niż jakikolwiek zegarek. Niestety w Polsce na razie w tym urządzeniu nie jest dostępna funkcja – chętnie używana w krajach zachodnich – pomiaru odstępu QTc, który może być wydłużany przez wiele leków przeciwnowotworowych. Urządzenie w 30 sekund analizuje rytm i sygnalizuje m.in. migotanie przedsionków, zbyt wolną i zbyt szybką akcję serca. Trzeba jednak pamiętać, że jest to narzędzie przesiewowe – nie zastępuje pełnego, 12-odprawdzeniowego EKG ani nie wykrywa zawału.

Czy zapis EKG wykonany samodzielnie w domu może mieć wartość diagnostyczną dla lekarza? Jak wygląda przekazanie takich danych do specjalisty?

Tak, może mieć wartość diagnostyczną, pod warunkiem, że urządzenie jest certyfikowanym wyrobem medycznym, a zapis ma dobrą jakość, czyli powstał w spokoju, bez ruchu i z prawidłowym kontaktem elektrod.

Nawet 30-sekundowy zapis niesie konkretną informację o rytmie, częstości pracy serca czy odstępie QT. Sposób przekazania danych bywa różny. Najprościej: aplikacja generuje plik PDF z zapisem i wstępną oceną przez algorytmy sztucznej inteligencji. Następnie pacjent może wysłać badanie swojemu lekarzowi albo pokazać je podczas wizyty. Podkreślam jednak jedno: automatyczna ocena aparatu to wstępna wskazówka, a rozpoznanie zawsze stawia lekarz, interpretując zapis w kontekście pełnego obrazu pacjenta.

W jakich sytuacjach telemonitoring może pomóc wykryć zaburzenia rytmu serca wcześniej niż tradycyjne wizyty kontrolne?

Przede wszystkim wtedy, gdy zaburzenia są napadowe i krótkotrwałe. Klasyczny przykład to migotanie przedsionków, które pojawia się i ustępuje – podczas kilkuminutowego badania w gabinecie może w ogóle się nie ujawnić, bo „akurat go nie ma”. Tu pomaga przedłużona obserwacja. Tak zwany holter zdarzeniowy (*event holter*) pozwala monitorować pracę serca nawet przez około 30 dni: pacjent uruchamia zapis w chwili wystąpienia objawów, a urządzenie rejestruje epizody. W ten sposób udaje się wychwycić rzadkie arytmie, a także tzw. nieme migotanie przedsionków, które nie daje objawów, a istotnie zwiększa ryzyko udaru. U pacjentów onkologicznych ma to dodatkowe znaczenie, gdyż ryzyko sercowe zmienia się w kolejnych cyklach terapii – regularne zapisy domowe potrafią uchwycić nową arytmie czy wydłużenie QT pomiędzy zaplanowanymi wizytami, zanim przerodzą się w poważniejszy problem. Obecnie stosowane urządzenia pracujące w trybie holtera zdarzeniowego są niewielkie i wygodne. Niektóre z nich mają wbudowaną kartę SIM zapewniającą stałą łączność przez sieć GSM i nie wymagają parowania ze smartfonem. Inne mogą być naklejane na klatkę piersiową i połączone ze smartfonem wyposażonym w odpowiednią aplikację. Rozwiązań jest coraz więcej i można je indywidualnie dobrać do potrzeb pacjenta.

Czy nowoczesne urządzenia i algorytmy sztucznej inteligencji potrafią już samodzielnie rozpoznawać niektóre zaburzenia rytmu serca? Jakie są ich możliwości i ograniczenia?

Potrafią one coraz więcej. Algorytmy sztucznej inteligencji automatycznie klasyfikują zapis, wskazując m.in. rytm prawidłowy, migotanie przedsionków, bradykardię i tachykardię, a w wersji rozszerzonej także dodatkowe

pobudzenia komorowe i nadkomorowe czy poszerzony zespół QRS. Wykrywają zatem więcej rodzajów nieprawidłowości niż popularne smartwatche, a ich skuteczność jest dobrze udokumentowana w badaniach klinicznych. Mają jednak realne ograniczenia, o których trzeba uczciwie mówić. To narzędzia przesiewowe, nie diagnostyczne – czasem zwracają wynik „niesklasyfikowany”, zdarzają się też wyniki fałszywie dodatnie i fałszywie ujemne, a jakość analizy zależy od jakości zapisu. Nie oceniają wszystkiego – nie rozpoznają np. zawału. Dlatego sztuczną inteligencję traktuję jako bardzo pomocny pierwszy filtr: szybko wyłapuje zapisy, które wymagają uwagi człowieka, i przyspiesza moment, w którym trafiają one do lekarza. Jednak ostatnie słowo zawsze należy do specjalisty.



Jak odróżnić sytuację, która wymaga pilnego kontaktu z lekarzem lub wezwania pomocy, od takiej, którą można omówić podczas teleporady?

To kluczowe rozróżnienie. Numer alarmowy 112 wybieramy bez wahania, gdy pojawia się silny lub nagły ból w klatce piersiowej – zwłaszcza z potami, nudnościami czy promieniowaniem do ramienia lub żuchwy – gwałtowna duszność w spoczynku, utrata przytomności lub zasłabnięcie, bardzo szybkie albo skrajnie nierówne bicie serca z osłabieniem, a także objawy udaru (opadnięcie kącika ust, niedowład ręki, zaburzenia mowy). W takich sytuacjach nie czekamy na wykonanie zapisu EKG – liczy się czas. Na wizytę lekarską mogą poczekać sytuacje stabilne: kołatania, które pojawiają się i mijają, niewielkie obrzęki kostek, stopniowy spadek tolerancji wysiłku, pytania o wynik domowego EKG z adnotacją typu „możliwe migotanie przedsionków”, gdy nie towarzyszą mu groźne objawy. Złota zasada brzmi: jeśli masz wątpliwości, skontaktuj się z personelem medycznym.

Telemedycyna nie zastępuje opieki kardiologa ani onkologa, ale ją uzupełnia. Dla pacjenta onkologicznego, którego serce w trakcie terapii bywa szczególnie obciążone, krótkie domowe badanie EKG i stały kontakt z lekarzem mogą oznaczać wcześniejsze wychwycenie problemu, mniej niepokoju i większe poczucie bezpieczeństwa na każdym etapie leczenia.

TWOJE SERCE POD KONTROLĄ

Codzienna karta bezpieczeństwa pacjenta onkologicznego

7 zasad bezpiecznego leczenia onkologicznego

1. Poznaj swoje ryzyko

Nie każda terapia wpływa na serce w takim samym stopniu. Zapytaj lekarza, czy Twoje leczenie wymaga monitorowania pracy serca.

2. Nie lekceważ nowych objawów

Duszność, kołatania serca, obrzęki nóg, ból w klatce piersiowej czy nagły spadek wydolności zawsze warto zgłosić lekarzowi.

3. Kontroluj podstawowe parametry

Jeśli lekarz zalecił pomiary, regularnie kontroluj:

- ciśnienie tętnicze,
- tętno,
- masę ciała.

To pomaga wcześniej zauważyć niepokojące zmiany.

4. Ruszaj się na miarę swoich możliwości

Regularna, dostosowana do stanu zdrowia aktywność fizyczna wspiera serce i poprawia samopoczucie. Przed rozpoczęciem ćwiczeń warto skonsultować się z lekarzem.

5. Przyjmuj leki zgodnie z zaleceniami

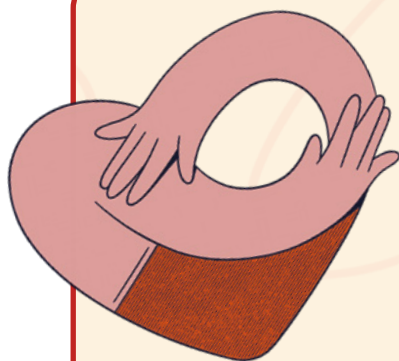
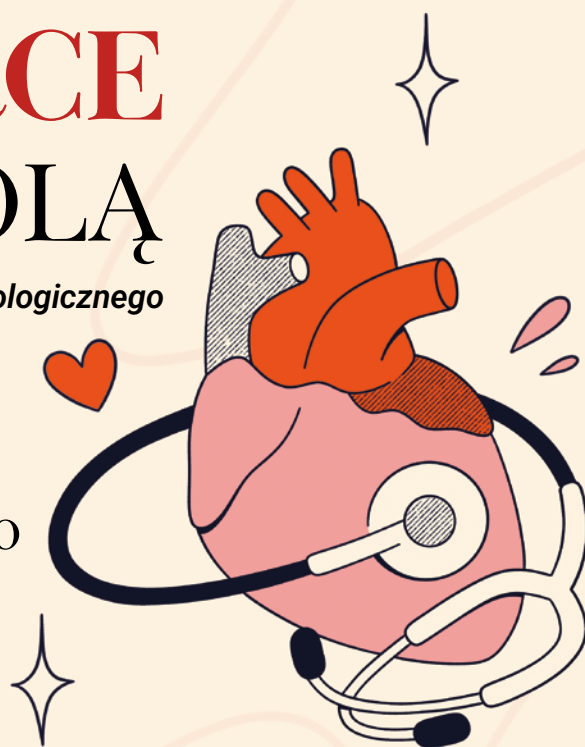
Nie odstawiaj samodzielnie leków onkologicznych ani kardiologicznych. Jeśli pojawią się działania niepożądane, skontaktuj się z lekarzem.

6. Rozsądnie korzystaj z nowych technologii

Ciśnieniomierz, pulsoksymetr czy domowe EKG mogą wspierać monitorowanie zdrowia, ale nie zastępują konsultacji lekarskiej.

7. Bądź partnerem w leczeniu

Notuj nowe objawy, przygotowuj pytania przed wizytą i informuj zespół medyczny o wszystkich zmianach samopoczucia.



Sprawdź, jak się dziś czuje Twoje serce

Poświęć minutę i odpowiedz sobie na kilka prostych pytań.

- ☐ Czy dziś pojawiła się lub nasiliła się duszność?
- ☐ Czy odczuwałem(-am) kołatanie lub nierówne bicie serca?
- ☐ Czy zauważyłem(-am) obrzęki kostek lub podudzi?
- ☐ Czy kontrolowałem(-am) ciśnienie tętnicze, jeśli mam takie zalecenie?
- ☐ Czy przyjąłem(-ęłam) leki zgodnie z zaleceniami?
- ☐ Czy wiem, jakie objawy wymagają pilnego kontaktu z lekarzem?

WARTO PAMIĘTAĆ! Nie każdy niepokojący objaw oznacza poważny problem z sercem. Jednak każdy nowy lub nasilający się objaw warto zgłosić lekarzowi prowadzącemu. Wczesna reakcja może pomóc bezpiecznie kontynuować leczenie onkologiczne.

NIE BÓJ SIĘ ZAUFAĆ FIZJOTERAPEUCIE

Ból po chorobie nowotworowej nie zawsze oznacza nawrót choroby, a odpowiednio dobrany ruch może stać się ważnym elementem powrotu do sprawności. Dlaczego nie warto bać się wizyty u fizjoterapeuty i jak odróżnić przeciążenie od sygnału alarmowego? Wyjaśnia dr Jacek Tuz, fizjoterapeuta.

DR N. MED. I N. O ZDR. JACEK TUZ, FIZJOTERAPEUTA

Senior Instruktor Międzynarodowego Instytutu McKENZIEGO z siedzibą w Nowej Zelandii.
Certyfikowana Klinika Międzynarodowego Instytutu McKENZIEGO Fizjoterapia MDT w Tychach.



Dlaczego pacjenci tak późno trafiają do fizjoterapeuty?

Brak zaufania wynika najczęściej z niewiedzy i naturalnego lęku. Kiedy pacjent słyszy diagnozę nowotworu, cała jego uwaga koncentruje się na leczeniu i ratowaniu życia. Ból narządu ruchu czy pogarszająca się sprawność schodzą na dalszy plan. Wielu chorych uważa też, że fizjoterapia jest jedynie dodatkiem do leczenia, a nie jego ważnym elementem. Warto również podkreślić, że w Polsce formalnie nie istnieje specjalizacja fizjoterapeuty onkologicznego. Fizjoterapeuci są przygotowani do pracy z pacjentami z różnymi schorzeniami, również z chorobą nowotworową. Kluczem do bezpiecznej terapii jest dokładna diagnostyka, która pozwala określić przyczynę dolegliwości i dobrać odpowiednie postępowanie.

Odpoczynek nie oznacza bezruchu

Jednym z najbardziej szkodliwych mitów jest przekonanie, że podczas leczenia nowotworu należy przede wszystkim oszczędzać organizm i unikać wysiłku. Całkowite ograniczenie aktywności prowadzi do szybkiego zaniku mięśni (sarkopenii), spadku wydolności organizmu i – paradoksalnie – nasilenia przewlekłego zmęczenia, które samo w sobie jest częstym skutkiem leczenia onkologicznego. Oszczędzanie organizmu nie oznacza leżenia w łóżku, ale rozsądne gospodarowanie energią

i odpowiednio dobraną aktywność fizyczną. Regularny ruch pomaga zachować sprawność i lepiej przejść przez kolejne etapy leczenia.

Nie każdy ból oznacza przerzuty

Wielu pacjentów obawia się, że każdy nowy ból może świadczyć o nawrocie choroby lub przerzutach. Tymczasem bardzo często dolegliwości mają zupełnie inną

”

Fizjoterapia jest równie ważna w trakcie leczenia onkologicznego oraz po jego zakończeniu.

Pomaga ona ograniczyć skutki uboczne terapii, zmniejszyć ból, odzyskać sprawność i bezpiecznie wrócić do codziennych aktywności.

6 sygnałów, że warto umówić się do fizjoterapeuty

- 1. Ból utrzymuje się dłużej niż kilka dni** i ogranicza codzienne funkcjonowanie.
- 2. Masz trudności z wykonywaniem zwykłych czynności**, takich jak wstawanie z łóżka, chodzenie po schodach czy podnoszenie przedmiotów.
- 3. Po operacji lub w trakcie leczenia czujesz, że Twoja sprawność wyraźnie się pogorszyła** i coraz trudniej wrócić ci do codziennej aktywności.
- 4. Unikasz ruchu ze strachu**, że możesz sobie zaszkodzić lub nasilić chorobę.
- 5. Pojawił się nowy ból**, którego przyczyny nie znasz. Fizjoterapeuta pomoże ocenić, czy może mieć on charakter przeciążeniowy, czy wymaga pilnej konsultacji lekarskiej.
- 6. Brak poprawy po zastosowanym leczeniu** np. farmakologicznym lub nawroty dolegliwości.

przyczynę. Mogą wynikać na przykład ze zwykłego przeciążenia jakiejś części narządu ruchu, którego objawy są szybko odwracalne. Dlatego tak ważna jest dokładna diagnostyka fizjoterapeutyczna.

W swojej praktyce wykorzystuję system MDT (Metodę McKenziego), który pozwala ocenić mechaniczny charakter bólu. Dzięki temu można odróżnić dolegliwości wymagające pilnej konsultacji lekarskiej od tych, które skutecznie leczy odpowiednio dobrana terapia ruchem. Dla wielu pacjentów sama świadomość, że ból nie jest związany z postępem choroby nowotworowej, przynosi ogromną ulgę.

Na fizjoterapię nigdy nie jest za późno ani za wcześnie

Korzyści ze współpracy z fizjoterapeutą można odnosić praktycznie na każdym etapie leczenia. Najlepiej rozpocząć ją jeszcze przed planowaną operacją lub chemioterapią, aby jak najlepiej przygotować organizm do wyzwań związanych z terapią. Równie ważna jest fizjoterapia w trakcie leczenia oraz po jego zakończeniu. Pomaga ona ograniczyć skutki uboczne terapii, zmniejszyć ból, odzyskać sprawność i bezpiecznie wrócić do codziennych aktywności.

Ruch trzeba dobrać do możliwości pacjenta

Pacjenci często obawiają się, że aktywność fizyczna może im zaszkodzić. W rzeczywistości problemem najczęściej nie jest sam ruch, ale jego niewłaściwe dobranie.

Nowoczesna fizjoterapia opiera się między innymi na ocenie tzw. czerwonych flag, czyli objawów mogących świadczyć o poważnej patologii, np. osłabieniu kości przez przerzuty i zwiększonym ryzyku złamania. W takich sytuacjach program ćwiczeń

jest odpowiednio modyfikowany i prowadzony we współpracy z lekarzem.

W zdecydowanej większości przypadków ruch jest wskazany – powinien być jednak dostosowany do aktualnego stanu zdrowia, wydolności i możliwości chorego.

Czym jest prehabilitacja?

Coraz większą rolę w onkologii odgrywa prehabilitacja, czyli przygotowanie organizmu do leczenia. Jej celem jest zbudowanie jak największych rezerw fizjologicznych jeszcze przed rozpoczęciem terapii. Lepsza wydolność oddechowa, silniejsze mięśnie i większa sprawność





sprawiają, że organizm łatwiej znosi operację, chemioterapię czy radioterapię.

Można powiedzieć, że im lepsza kondycja przed leczeniem, tym łatwiejszy powrót do sprawności po jego zakończeniu.

Z jakimi problemami najczęściej zgłaszają się pacjenci?

Najczęściej są to bóle narządu ruchu oraz wynikające z tego ograniczenia funkcji. Wielu pacjentów żyje z nimi miesiącami, a nawet latami, sądząc, że są nieuniknioną konsekwencją przebytej choroby. Niestety w tym przekonaniu są utwierdzani przez część środowiska lekarskiego, słysząc: boli, to ma boleć i tak będzie do końca życia. My jako fizjoterapeuci mamy na ten temat inne zdanie.

Precyzyjna diagnostyka pozwala ocenić, czy ból ma charakter mechaniczny i może zostać skutecznie wyeliminowany odpowiednio dobranymi ćwiczeniami. Jeżeli objawy są nietypowe i nie reagują na ruch, fizjoterapeuta może szybko skierować pacjenta na dalszą diagnostykę lekarską. W swojej praktyce, biorąc przykład z krajów zachodnich, bardzo ściśle współpracuję z anestezyjologiem, który leczy ból technikami małoinwazyjnymi. To pozwala pacjentowi bardzo szybko pozbyć się znacznej części dolegliwości.

Fizjoterapeuta powinien być członkiem zespołu terapeutycznego

Nowoczesne leczenie onkologiczne opiera się na współpracy specjalistów różnych dziedzin. Fizjoterapeuta również powinien być obecny w tym zespole od początku terapii. Monitoruje sprawność układu mięśniowo-szkieletowego, pomaga utrzymać kondycję niezbędną do leczenia oraz potrafi ocenić, czy pojawiające się dolegliwości wymagają pilnej konsultacji onkologicznej, czy są jedynie skutkiem przeciążenia organizmu.

Nie warto przyzwyczajać się do bólu

Po latach leczenia wielu pacjentów mówi jedno: „Szkoda, że wcześniej nie trafiłem do fizjoterapeuty”. Najczęściej żałują straconego czasu i niepotrzebnego cierpienia. Przez wiele miesięcy żyją z bólem, sądząc, że „po raku tak już musi być”. Tymczasem często okazuje się, że odpowiednio dobrana terapia pozwala w ciągu kilku tygodni znacząco zmniejszyć dolegliwości lub całkowicie je wyeliminować.

Precyzyjna diagnoza fizjoterapeutyczna pozwala odróżnić poważne zagrożenie od zwykłego przeciążenia, a odpowiednio dobrany ruch pomaga odzyskać kontrolę nad własnym ciałem, która jest jednym z najważniejszych sprzymierzeńców w walce o zdrowie.

Co zabrać na pierwszą wizytę u fizjoterapeuty

- **Aktualną dokumentację medyczną** – wypisy ze szpitala, opisy badań obrazowych (RTG, rezonans, tomografia), wyniki badań oraz informacje o przebytych chorobach.
- **Listę przyjmowanych leków**, zwłaszcza jeśli wpływają na układ kostny lub sprawność (np. leki przeciwbólowe, sterydy, bisfosfoniany).
- **Wygodny strój**, który nie krępuje ruchów i umożliwia swobodne przeprowadzenie badania.
- **Notatkę z najważniejszymi objawami** – kiedy pojawił się ból, co go nasila, co przynosi ulgę i jak wpływa na codzienne funkcjonowanie.
- **Pytania, które chcesz zadać**. Warto wcześniej je zapisać, aby podczas

wizyty rozwiązać wszystkie wątpliwości dotyczące aktywności fizycznej i dalszego postępowania.

Pamiętaj! Pierwsza wizyta to przede wszystkim rozmowa i dokładna diagnostyka. Najważniejsze jest ustalenie przyczyny dolegliwości i dobranie bezpiecznego planu terapii.

NOWE REFUNDACJE W ONKOLOGII

Zmiany ważne dla pacjentów

Od 1 lipca 2026 roku pacjenci onkologiczni zyskali dostęp do kolejnych nowoczesnych terapii finansowanych ze środków publicznych. Na liście refundacyjnej znalazło się 10 nowych terapii onkologicznych. Zmiany dotyczą m.in. raka płuca, jelita grubego, endometrium, gruczołu krokowego, raka wątrobowokomórkowego, szpiczaka plazmocytozy oraz raka nosowej części gardła.

Lipcowa lista refundacyjna istotnie poszerza możliwości leczenia pacjentów onkologicznych. Wśród nowych opcji znalazły się immunoterapia, terapie ukierunkowane molekularnie oraz leczenie hormonalne. Co szczególnie ważne dla pacjentów, część z nich może być stosowana już na wcześniejszych etapach choroby. Rozszerzaniu dostępu do nowoczesnych terapii towarzyszy rosnące znaczenie diagnostyki molekularnej i oznaczania biomarkerów, które w wielu nowotworach stają się podstawą kwalifikacji do określonego leczenia. Nowe refundacje zwiększają tym samym możliwości bardziej precyzyjnego doboru terapii, z uwzględnieniem charakterystyki biologicznej nowotworu, stopnia jego zaawansowania oraz dotychczasowego przebiegu leczenia.

Najwięcej zmian w leczeniu raka płuca

Cztery nowe możliwości leczenia dotyczą chorych na raka płuca. Refundacją objęto niwolumab w leczeniu okołoperacyjnym niedrobnokomórkowego raka płuca u odpowiednio zakwalifikowanych pacjentów. Oznacza to możliwość zastosowania immunoterapii jako elementu leczenia okołoperacyjnego, którego celem jest m.in. zmniejszenie ryzyka nawrotu choroby. Kolejną możliwością jest durwalumab w leczeniu okołoperacyjnym niedrobnokomórkowego raka płuca. Istotną zmianą jest możliwość kwalifikowania pacjentów niezależnie od statusu PD-L1. Lek ten będzie również dostępny dla części chorych na drobnokomórkowego raka płuca w stadium ograniczonym, jako leczenie konsolidujące po zakończeniu radykalnej chemioradioterapii.

Ważna zmiana dotyczy także chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca z mutacją *KRAS G12C*. Refundacją objęto adagrasib – doustną terapię ukierunkowaną molekularnie, przeznaczoną dla odpowiednio zakwalifikowanych pacjentów po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia.

Rak jelita grubego – immunoterapia od pierwszej linii leczenia

Ważna zmiana dotyczy również chorych na zaawansowanego raka jelita grubego. Refundacją objęto niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem w pierwszej linii leczenia u pacjentów, których nowotwór wykazuje określone cechy molekularne – MSI-H lub dMMR.

MSI-H i dMMR to cechy biologiczne nowotworu związane z zaburzeniami mechanizmów naprawy DNA. Ich oznaczenie pomaga określić, czy pacjent może odnieść korzyść z określonego rodzaju immunoterapii. Wynik badania molekularnego guza może więc mieć bezpośrednie znaczenie dla możliwości zastosowania immunoterapii już na początku leczenia choroby zaawansowanej.

Nowe możliwości także w innych nowotworach

Od lipca refundowane są również nowe terapie dla pacjentów z innymi rozpoznaniem. W **raku wątrobowokomórkowym** nową możliwością jest skojarzenie dwóch leków immunoterapeutycznych – durwalumabu i tremelimumabu.

Pacjentki z **zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium z określonym profilem molekularnym** zyskały dostęp do dostarlimabu w pierwszej linii leczenia.

Z kolei u mężczyzn z **przerzutowym, wrażliwym na kastrację rakiem gruczołu krokowego** refundacją objęto darolutamid w skojarzeniu z terapią deprywacji androgenów.

Zmiany dotyczą również hematologii. Pacjenci z **nawrotowym lub opornym szpiczakiem plazmocytowym** zyskali możliwość zastosowania belantamabu mafodotinu już od drugiej linii leczenia.

Nowa opcja pojawiła się także dla pacjentów z rzadkim **rakiem nosowej części gardła**. Refundacją objęto toripalimab dla odpowiednio zakwalifikowanych chorych z nawrotem choroby lub przerzutami.

Dlaczego badania molekularne są tak ważne?

Nowa lista refundacyjna wyraźnie pokazuje, jak zmienia się współczesna onkologia. Coraz częściej sama informacja o rodzaju nowotworu nie wystarcza do wyboru optymalnego leczenia. Znaczenie mają również jego indywidualne cechy biologiczne i molekularne. Przykładami są mutacja *KRAS G12C* w raku płuca, czyli określona zmiana genetyczna w komórkach nowotworowych, która może być celem leczenia ukierunkowanego molekularnie, oraz status MSI/MMR w raku jelita grubego i raku endometrium, wskazujący, czy mechanizmy odpowiedzialne za naprawę DNA działają prawidłowo. Oznaczenie tych biomarkerów może mieć kluczowe znaczenie dla wyboru odpowiedniej terapii.

Wyniki badań molekularnych i oznaczeń biomarkerów mogą decydować o możliwości zastosowania konkretnego leczenia, dlatego warto wiedzieć, czy została wykonana odpowiednia diagnostyka i czy jej zakres jest wystarczający na danym etapie choroby.

Refundowany lek nie oznacza leczenia dla każdego

Wpisanie leku na listę refundacyjną nie oznacza automatycznie, że może otrzymać go każda osoba

”

Lipcowa lista refundacyjna pokazuje, jak zmienia się współczesna onkologia.

z danym rozpoznaniem. O kwalifikacji decydują szczegółowe kryteria programu lekowego. Lekarz bierze pod uwagę m.in. rodzaj i stadium nowotworu, wyniki badań molekularnych i patomorfologicznych, dotychczasowe leczenie, stan ogólny chorego oraz ewentualne przeciwwskazania. Dlatego też pojawienie się nowej refundacji powinno być przede wszystkim powodem do rozmowy z lekarzem prowadzącym.

Więcej możliwości, bardziej precyzyjny dobór terapii

Lipcowy list refundacyjny poszerza możliwości leczenia kilku grup pacjentów onkologicznych. Pokazuje również kierunek, w którym zmierza współczesna onkologia – terapia coraz częściej jest dobierana nie tylko do rodzaju i lokalizacji nowotworu, ale także do jego cech biologicznych i molekularnych. Ponadto wyraźnie widać, że wraz z dostępem do nowych leków rośnie znaczenie odpowiedniej diagnostyki, w tym badań molekularnych i oznaczania biomarkerów. Ich wyniki mogą mieć kluczowe znaczenie dla wyboru optymalnej terapii i kwalifikacji pacjenta do refundowanego leczenia.

Źródła: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 17 czerwca 2026 r. w sprawie wykazu refundowanych leków obowiązującego od 1 lipca 2026 r.; Ministerstwo Zdrowia; Narodowy Instytut Onkologii.

Refundacje od 1 lipca

Rak płuca

- **niwolumab** – leczenie okołoperacyjne niedrobnokomórkowego raka płuca,
- **durwalumab** – leczenie okołoperacyjne niedrobnokomórkowego raka płuca,
- **durwalumab** – leczenie konsolidujące drobnokomórkowego raka płuca w stadium ograniczonym,
- **adagrasib** – niedrobnokomórkowy rak płuca z mutacją *KRAS G12C*.

Pozostałe nowotwory

- rak jelita grubego – niwolumab + ipilimumab,
- rak wątrobowokomórkowy – durwalumab + tremelimumab,
- rak endometrium – dostarlimab,
- rak gruczołu krokowego – darolutamid,
- szpiczak plazmocytowy – belantamab mafodotin,
- rak nosowej części gardła – toripalimab.

KOMENTARZ EKSPERTA

NOWE TERAPIE

coraz bardziej precyzyjne leczenie

Dostęp do kolejnych terapii to tylko jeden z elementów zmian zachodzących we współczesnej onkologii. Leczenie coraz częściej dobierane jest do indywidualnych cech nowotworu. Co oznacza to dla pacjentów i dlaczego tak ważna staje się diagnostyka molekularna?

DR HAB. N. MED. TOMASZ KUBIATOWSKI, PROF. ICZMP

Specjalista onkologii klinicznej. Sekretarz Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Zawodowo związany z Kliniką Onkologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi oraz Oddziałem Onkologii Klinicznej Szpitala Specjalistycznego w Zamościu. Członek polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych. Autor licznych publikacji z zakresu onkologii i biologii molekularnej.



Dynamiczny rozwój biologii molekularnej oraz immunologii klinicznej pozwala na coraz lepsze poznanie mechanizmów aktywujących transformację nowotworową w ustroju człowieka oraz warunkujących zaburzenia odpowiedzi immunologicznej determinującej rozpoznawanie i niszczenie komórek nowotworowych przez komórki układu odpornościowego.

Poznanie zaburzeń na poziomie genomu charakterystycznych dla poszczególnych nowotworów pozwala na opracowanie ich charakterystyk molekularnych umożliwiających wprowadzanie do codziennej praktyki nowych, skutecznych terapii.

Doskonałym przykładem jest rak gruczołowy płuca, w przypadku którego mamy obecnie do dyspozycji szereg terapii celowanych i immunoterapii stosowanych nie tylko w leczeniu choroby zaawansowanej, lecz znajdujących także swoje miejsce w leczeniu okołoooperacyjnym. Wymiernym efektem tak prowadzonej terapii jest redukcja ryzyka nawrotu choroby lub wydłużenie czasu przeżycia wolnego od progresji choroby oraz przeżycia całkowitego.

Powiązanie skuteczności konkretnych terapii z obecnością w komórce nowotworowej specyficznych zaburzeń molekularnych pozwala na uzyskiwanie dobrych efektów terapeutycznych w różnych typach nowotworów, których komórki cechują się obecnością danego zaburzenia na poziomie genomu. Doskonałym przykładem jest stosowanie inhibitorów BRAF u chorych z mutacją *BRAF* V600E chorujących na czerniaka skóry, raka jelita grubego czy raka płuca.

Takie podejście do terapii zakładające pewien uniwersalizm procesu transformacji pozwala na wprowadzanie nowych terapii do leczenia nowotworów, w przypadku których liczba wartościowych opcji terapeutycznych była niezwykle ograniczona. Tak jest między innymi w przypadku raka wątrobowokomórkowego, w leczeniu którego mamy od lipca dostępne skojarzenie durwalumabu z tremelimumabem.

Trzeba jednak pamiętać, że **rozwój terapii przeciwnowotworowych zmierza w kierunku ich personalizacji mającej**

na celu wyodrębnienie, na podstawie analiz molekularnych, chorych mogących odnieść korzyść z ich zastosowania. Oznacza to, że nie każdy chory na niedrobnokomórkowego raka płuca może być leczony np. dostępnym od lipca adagrasibem, którego zastosowanie jest warunkowane obecnością w komórkach nowotworowych mutacji *KRAS* G12C. Stąd też rozpoczęcie terapii musi być poprzedzone niejednokrotnie wykonaniem szeregu analiz molekularnych pozwalających na optymalizację procesu terapeutycznego.

Wykrycie na przykład niestabilności mikrosatelitarnej u chorych na zaawansowanego raka jelita grubego pozwala na zastosowanie już w I linii leczenia choroby rozsiaanej pembrolizumabu lub dostępnego od lipca skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem wykazujących w tej grupie chorych przewagę nad klasyczną chemioterapią.

Objębowanie procesem refundacyjnym nowych terapii przeciwnowotworowych niezmiennie budzi szereg nadziei na poprawę efektów leczenia. **Ważne jest jednak, że terapie te mogą być stosowane u wybranych chorych na określonym etapie leczenia choroby nowotworowej.** Stąd też właściwa współpraca lekarza z pacjentem na każdym etapie procesu diagnostyczno-terapeutycznego ma kluczowe znaczenie dla uzyskania najlepszego z możliwych efektów leczenia.





KTO MOŻE OTRZYMAĆ INFORMACJE O STANIE ZDROWIA PACJENTA?

Pacjent ma prawo wiedzieć, co dzieje się z jego zdrowiem, ale ma również prawo zdecydować, kto poza nim może otrzymywać takie informacje. W przypadku choroby onkologicznej ma to szczególne znaczenie. Stan zdrowia, stres związany z diagnozą czy przebieg leczenia mogą sprawić, że trudno mu zrozumieć i zapamiętać wszystkie informacje przekazywane przez specjalistę. Przepisy określają więc, kiedy informacje mogą otrzymać inne osoby, np. osoba upoważniona przez chorego, przedstawiciel ustawowy albo osoba bliska.

DR HAB. RAFAŁ PATRYN

Specjalista prawa medycznego i prawa cywilnego, profesor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Specjalizuje się w problematyce odpowiedzialności prawnej w ochronie zdrowia.



Pacjent decyduje, kogo lekarz może informować

Decyzja o tym, kto może otrzymywać informacje o stanie zdrowia pacjenta, należy do niego. Zgodnie z art. 31 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty lekarz ma obowiązek przekazać choremu lub jego przedstawicielowi ustawowemu przystępną informację o stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych i możliwych metodach diagnostycznych oraz leczniczych, następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia i rokowaniu (1).

Lekarz może przekazać takie informacje również innym osobom, jeżeli oczywiście pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi na to zgodę.

W praktyce oznacza to, że chory może wskazać osobę, z którą lekarz będzie mógł rozmawiać o jego zdrowiu i leczeniu.

Mogą to być członek rodziny, partner lub partnerka, ale również inna wybrana przez niego osoba. Dane osoby upoważnionej powinny zostać odnotowane w dokumentacji medycznej. Jest to istotne zarówno dla ochrony prywatności pacjenta, jak i dla lekarza, który powinien mieć pewność, że przekazuje informacje osobie do tego uprawnionej.

Dlaczego ma to szczególne znaczenie w onkologii?

Pacjent onkologiczny w trakcie diagnostyki i leczenia otrzymuje wiele informacji – dotyczących rozpoznania, badań, możliwych terapii, ryzyka, skutków ubocznych czy rokowania. Jednocześnie choroba i związane z nią obciążenie fizyczne oraz psychiczne mogą utrudniać przyswojenie wszystkich przekazywanych wiadomości.

Może się więc zdarzyć, że nie jest on w stanie skutecznie komunikować się z lekarzem albo zrozumieć znaczenia przekazywanych informacji. W takich sytuacjach szczególnie ważne staje się ustalenie, kto zgodnie z prawem może otrzymać informacje potrzebne do dalszego postępowania.

Sam fakt przynależenia do rodziny nie oznacza jednak automatycznie, że w każdej sytuacji można uzyskać od lekarza wszystkie informacje o chorym. Lekarz musi ustalić, czy osoba, z którą rozmawia, jest do tego uprawniona.

Kim jest przedstawiciel ustawowy

Przepisy przewidują sytuacje, w których informacje mogą być przekazywane przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. Jak właściwie rozumieć to pojęcie? Otóż – **przedstawiciel ustawowy to osoba, której uprawnienie do reprezentowania pacjenta wynika z przepisów prawa albo odpowiedniego rozstrzygnięcia.** Kwestie te mają znaczenie m.in. w sytuacjach, gdy pacjent nie może samodzielnie prowadzić swoich spraw.

Przepisy Kodeksu cywilnego określają zasady dotyczące ubezwłasnowolnienia całkowitego i częściowego (2). Z kolei przepisy Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego regulują m.in. kwestie opieki i kurateli (3). Zakres uprawnień konkretnego przedstawiciela zależy od sytuacji prawnej pacjenta oraz zakresu ustanowionej reprezentacji. W praktyce oznacza to, że lekarz powinien wiedzieć nie tylko, kto jest przedstawicielem pacjenta, lecz także jaki jest zakres jego uprawnień.

Kiedy lekarz może poinformować osobę bliską

Szczególną sytuację przewiduje art. 31 ust. 6 Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty. **Jeżeli pacjent nie ukończył 16 lat, jest nieprzytomny albo niezdolny do zrozumienia znaczenia informacji, lekarz przekazuje informacje osobie bliskiej w rozumieniu Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (4).**

Za osobę bliską przepisy uznają m.in.:

- małżonka,
- krewnego do drugiego stopnia,
- powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej,
- przedstawiciela ustawowego,
- osobę pozostającą we wspólnym pożyciu,
- osobę wskazaną przez pacjenta.

Jest to szczególnie ważne m.in. wtedy, gdy stan chorego uniemożliwia mu zrozumienie informacji przekazywanych przez personel medyczny.

Lekarz powinien jednak upewnić się, że osoba, której przekazuje informacje, rzeczywiście należy do kręgu osób uprawnionych. Informacje o stanie zdrowia są objęte ochroną i nie mogą być przekazywane dowolnej osobie tylko dlatego, że deklaruje ona bliską relację z pacjentem.

Osoba bliska i opiekun faktyczny – to nie zawsze to samo

Istotną kwestią pozostaje także umiejętność odróżnienia osoby bliskiej od opiekuna faktycznego.

Opiekun faktyczny to osoba, która bez ustawowego obowiązku stale sprawuje opiekę nad pacjentem wymagającym takiej pomocy ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny. Uprawnienia opiekuna faktycznego są jednak ograniczone. W określonych przepisami sytuacjach może on wyrazić zgodę na badanie osoby, którą się opiekuje. Powinien wówczas otrzymać informacje niezbędne do podjęcia tej decyzji.

Rozróżnienie tych pojęć jest ważne. Osoba, która na co dzień pomaga choremu, nie zawsze ma taki sam zakres uprawnień jak przedstawiciel ustawowy czy osoba upoważniona przez pacjenta.

Warto wskazać osobę upoważnioną wcześniej

Z punktu widzenia pacjenta praktyczne znaczenie ma przede wszystkim możliwość wcześniejszego wskazania osoby, której lekarze będą mogli przekazywać informacje. W chorobie onkologicznej może być to szczególnie pomocne. Pacjent nie musi wówczas sam zapamiętywać wszystkich szczegółów dotyczących diagnostyki czy terapii. Upoważniona osoba może uczestniczyć w przekazywaniu informacji i lepiej orientować się w kolejnych etapach postępowania. Samo upoważnienie do uzyskiwania informacji nie oznacza jednak automatycznie uprawnienia do podejmowania wszystkich decyzji medycznych w imieniu pacjenta. Są to odrębne kwestie, które należy oceniać zgodnie z przepisami i sytuacją konkretnego chorego.

Informacja musi trafić do właściwej osoby

Prawo do informacji jest jednym z podstawowych praw pacjenta. Obejmuje ono również możliwość zdecydowania, kto poza pacjentem będzie mógł otrzymywać wiadomości dotyczące jego zdrowia. W przypadku pacjentów onkologicznych kwestia ta może nabrać szczególnego znaczenia, ponieważ przebieg choroby lub leczenia może okresowo utrudnić zrozumienie przekazywanych informacji albo komunikację z personelem medycznym.

Dlatego warto zawczasu wskazać osobę, której ufamy i którą upoważniamy do otrzymywania informacji o naszym zdrowiu. Lekarz z kolei powinien zawsze upewnić się, że informacje przekazuje właściwej i uprawnionej osobie. Chroni to prywatność pacjenta, a jednocześnie pozwala zapewnić ciągłość komunikacji wtedy, gdy sam chory nie może w pełni uczestniczyć w rozmowie o swoim leczeniu.

Piśmiennictwo:

1. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz.U. 2026 poz. 37.
2. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, Dz.U. 2026 poz. 795.
3. Ustawa z dnia 25 lutego 1964 r. – Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. 2026 poz. 236.
4. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. 2024 poz. 581.

JEDNA SPONTANICZNA DECYZJA POTRAFI ZMIENIĆ WSZYSTKO

Moja historia o tym, jak turnus rehabilitacyjny zmienił sposób,
w jaki patrzę na chorobę, ludzi i życie.

Choroba – moja prywatna sprawa

Kiedy usłyszałam diagnozę, wiele osób – rodzina, przyjaciele, lekarze – zachęcało mnie, żebym zapisała się do stowarzyszenia pacjentów. Mówili, że spotkam tam ludzi, którzy przechodzą przez to, co ja, i łatwiej będzie mi odnaleźć się w nowej rzeczywistości – że nie będę sama. Nie chciałam jednak o tym słyszeć. Najbardziej na świecie pragnęłam zapomnieć o chorobie. Moja córka była wówczas mała i bardzo zależało mi na tym, żeby nasze życie wyglądało możliwie normalnie. Choroba miała być tylko moją sprawą. Nawet na chemioterapię przyjeżdżałam do szpitala jak najpóźniej. Nie chciałam siedzieć w poczekalni, rozmawiać z innymi pacjentami, a zwłaszcza czuć szpitalnej atmosfery. Wpadałam szybko na leczenie, a potem równie szybko wracałam do domu i do codzienności. Do następnego cyklu chemioterapii udawało mi się w ogóle nie myśleć o chorobie.

Kierunek Zdrowie i turnus rehabilitacyjny

Do Stowarzyszenia Kierunek Zdrowie zapisałam się dopiero wtedy, gdy na oddziale hematologii pojawiły się problemy organizacyjne. Chciałam pomóc naszym lekarzom. Pisałam pisma, angażowałam się w różne działania i wspierałam inicjatywy mające poprawić sytuację. Nie szukałam natomiast wsparcia. Chciałam po prostu zrobić coś dobrego.

Jakiś czas potem pojawiła się propozycja wyjazdu na turnus rehabilitacyjny. Byłam wtedy bardzo zmęczona – pracą zawodową, codziennymi obowiązkami i rodzinnymi troskami. Pomyślałam tylko, że bardzo potrzebuję odpoczynku. Zapisałam się spontanicznie, nie zastanawiając się, co mnie tam czeka i jak będzie.

Dopiero w dniu wyjazdu dotarło do mnie, co właściwie robiłam. Była czwarta rano. Stacja benzynowa w Toruniu. Wokół mnie całkiem obcy ludzie, z którymi miałam spędzić cały tydzień. Dużo starsi ode mnie, w zasadzie w wieku moich rodziców. I wtedy z taksówki wysiadł mężczyzna, który oprócz swojej walizki miał nie jeden, a kilka zestawów kijków do nordic walking. Organizator turnusu spojrzał zdziwiony i zapytał, po co tych kijków aż tyle. Mężczyzna uśmiechnął się i odpowiedział, że przecież nie tylko on będzie ich potrzebował.

Uśmiechnęłam się w duchu, bo uświadomiłam sobie, że polubiłam tych ludzi, zanim jeszcze zdążyłam ich poznać. Wsiadłam do autobusu i spokojnie zasnęłam ze świadomością, że będzie tylko lepiej.

„Kolonie zdrowotne” – nieoczekiwane wsparcie w chorobie

Po przyjeździe na miejsce poczułam się jak na... koloniach. Rozdzielanie pokoi, wnoszenie walizek po schodach, przekrzykiwanie, rozmowy, śmiech i żarty sprawiły, że od pierwszych chwil atmosfera była niezwykle serdeczna. Nie było skrupowania, ale ciekawość siebie nawzajem i całe mnóstwo zwykłej ludzkiej życzliwości.

Program turnusu był bardzo bogaty. Spotykaliśmy się z dietetykiem, rozmawialiśmy o leczeniu, o codziennym funkcjonowaniu i o tym, jak zadbać o siebie. Oczywiście teorię nie zawsze wprowadzaliśmy w życie. Śniadania i kolacje przygotowywaliśmy wspólnie, a każdy pokój chciał udowodnić, że potrafi przygotować najsmaczniejszy posiłek. Poranki pachniały naleśnikami z dżemem, chrupiącymi tostami i innymi przysmakami. Dietetyk pewnie nie byłby zachwycony, ale wspólne gotowanie dawało nam coś znacznie cenniejszego – poczucie wspólnoty.



fot. z archiwum domowego

Każdego dnia byliśmy aktywni. Wędrowaliśmy po górach, zdobyliśmy Przełom Białki i Rusinową Polanę. Dla niektórych uczestników była to ogromna próba. Nie liczyło się jednak tempo, ale to, że weszliśmy tam razem.

Łączy nas chemia. Nie tylko szpitalna

Wieczory miały swój niepowtarzalny klimat. Spotykaliśmy się na spacerach i przy ognisku, które przygotował dla nas nasz gospodarz – Marian. Były pieczone kiełbaski, wspólne śpiewanie, rozmowy i śmiech. Z każdym dniem poznawaliśmy się coraz lepiej. Opowiadaliśmy sobie swoje historie – o diagnozie, leczeniu, strachu, z jakim mierzymy się każdego dnia, o swoich rodzinach i marzeniach. Bardzo szybko staliśmy się wspólnotą ludzi, których połączyło doświadczenie choroby. Wymyśliłiśmy nawet przewrotne hasło: „Łączy nas chemia. Nie tylko jednak ta szpitalna...”.

Podczas turnusu zrozumiałam, że najważniejsze jest to, by umieć zatrzymać się przy zwykłej rozmowie, wspólnym śniadaniu, spacerze czy zachodzie słońca. Zrozumieć, że każdy dzień jest ważny i warto przeżyć go najlepiej, jak się da.

Nowa perspektywa i pogodzenie się z chorobą

Z turnusu wróciłam już inna. Przestałam tak bardzo przejmować się chorobą i sama przed sobą ukrywać, że jestem pacjentką hematologiczną. Dziś, kiedy jadę na chemioterapię, zakładam koszulkę Stowarzyszenia Kierunek Zdrowie. W poczekalni chętnie siadam obok innych pacjentów, rozmawiam z nimi, odpowiadam na pytania. Doskonale

”

Dziś, kiedy jadę na chemioterapię, zakładam koszulkę **Stowarzyszenia Kierunek Zdrowie**.

wiem, jak wiele może znaczyć zwykła obecność drugiego człowieka, zwłaszcza na początku drogi, tuż po diagnozie.

Zaangażowałam się także jeszcze bardziej w działalność Stowarzyszenia. Uczestniczę w spotkaniach edukacyjnych, konferencjach, szkoleniach, dzielę się swoim doświadczeniem. Zostałam wolontariuszką na oddziale hematologii. Regularnie odwiedzam pacjentów, rozmawiam z nimi, wspólnie z innymi wolontariuszami opowiadamy o naszym doświadczeniu i staramy się wnieść na oddział odrobinę nadziei oraz uśmiechu.

Dziś z ogromną radością czekam na kolejny turnus rehabilitacyjny, który odbędzie się we wrześniu. Tym razem ruszamy nad morze. Wiem, że jadę tam nie tylko po odpoczynek czy aktywność fizyczną. Jadę spotkać ludzi, którzy rozumieją się bez słów, z którymi można śmiać się do łez i zwyczajnie cieszyć się życiem.

Czasem jedna spontaniczna decyzja potrafi zmienić wszystko.

Karolina

#2

Choroba nowotworowa wpływa nie tylko na ciało, ale także na psychikę i codzienne życie. W tym cyklu, wspólnie z ekspertami, poruszamy tematy, o których nie zawsze łatwo mówić – lęk, niepewność, relacje, samotność i nadzieję. Pokazujemy, gdzie szukać wsparcia i jak odzyskiwać poczucie bezpieczeństwa oraz sprawczości na kolejnych etapach leczenia.

CZY TRZEBA BYĆ SILNYM?

Emocje pacjenta bez tabu

Po diagnozie choroby nowotworowej wiele osób słyszy, że powinny być silne, walczyć i się nie poddawać. Często również same stawiają sobie takie wymagania. Starają się zachować spokój, nie okazywać lęku i funkcjonować tak, jakby wszystko było pod kontrolą. Czy jednak rzeczywiście trzeba być silnym przez cały czas? Co dzieje się z emocjami, które próbujemy ukryć? I czy mówienie o nich może pomóc?

OLA PRZYBYŁA

Psycholog, psychoonkolog i psychoterapeuta, wspiera osoby chore onkologicznie i ich bliskich w radzeniu sobie z emocjami oraz procesem leczenia.

**Siła ma różne znaczenia**

Diagnoza choroby nowotworowej uruchamia nie tylko lęk, ale także szczególne oczekiwania wobec samego siebie. Wiele pacjentów bardzo szybko zaczyna myśleć, że powinni być dzielni, gotowi do walki i radzić sobie z każdą trudnością. Pojawia się przekonanie, że nie można się załamać, że trzeba zachować kontrolę i nie obciążać innych własnymi emocjami. Takie podejście jest jak najbardziej zrozumiałe. W sytuacji, która wiąże się z dużą niepewnością, człowiek naturalnie szuka sposobu, aby odzyskać choć część poczucia wpływu na swoje życie. Dla wielu osób właśnie „bycie silnym” staje się sposobem radzenia sobie z chorobą. **Problem pojawia się wtedy, gdy pod pojęciem siły zaczynamy rozumieć brak emocji.**

Skąd bierze się potrzeba bycia silnym?

Choroba nowotworowa dotyka wielu ważnych obszarów życia. Pojawiają się niepewność związana z leczeniem, zmiany w codziennym funkcjonowaniu, obawy dotyczące przyszłości oraz troska o najbliższych. W takiej sytuacji wiele osób próbuje zachować kontrolę nad tym, na co jeszcze mają wpływ. Pacjenci często starają się nie pokazywać lęku, nie mówić o swoich obawach i funkcjonować tak, jakby wszystko było pod kontrolą. Nierzadko wynika to z potrzeby ochrony bliskich. Chcą oszczędzić rodzinie dodatkowego cierpienia, nie martwić partnera czy dzieci. Czasami jest to również próba zachowania dotychczasowej roli w rodzinie i utrzymania poczucia normalności. Na początku taka postawa może pomagać. Pozwala skupić się na leczeniu i kolejnych zadaniach. Warto jednak

To też jest siła

- Przyznanie przed sobą, że jest trudno.
- Lęk, smutek czy złość – są naturalną reakcją na chorobę nowotworową.
- Prośenie o pomoc i przyjmowanie wsparcia.
- Rozmowa z bliskimi o swoich emocjach i potrzebach.
- Pozwolenie sobie na gorszy dzień.
- Korzystanie ze wsparcia psychologa lub psychoonkologa.
- Zgoda na to, że emocje i siła mogą istnieć obok siebie.

pamiętać, że emocje nie znikają tylko dlatego, że przestajemy o nich mówić.

Emocje nie są oznaką słabości

Wokół choroby nowotworowej funkcjonuje wiele przekonań dotyczących walki, siły i pozytywnego nastawienia. Choć mogą one niektórym osobom pomagać, czasem stają się dodatkowym źródłem presji. Pacjenci często mają poczucie, że nie powinni się bać, płakać czy okazywać bezradności. Tymczasem lęk, smutek, złość czy poczucie niesprawiedliwości są naturalną reakcją na trudną sytuację życiową. **Emocje nie świadczą o tym, że ktoś sobie nie radzi. Świadczą o tym, że przeżywa coś ważnego.** Podobnie jak lęk opisany w poprzednim artykule – również emocje pełnią określoną funkcję. Informują o naszych potrzebach, pomagają przystosować się do zmian i nadać znaczenie temu, czego doświadczamy.

Co dzieje się, gdy tłumimy emocje?

Wielu pacjentów przez długi czas funkcjonuje w trybie zadaniowym. Koncentrują się na badaniach, wynikach leczenia i kolejnych decyzjach medycznych. Emocje schodzą na dalszy plan. Jest to naturalny mechanizm, który czasami pomaga przejść przez najbardziej wymagające etapy leczenia. Problem pojawia się wtedy, gdy postawa ta staje się jedynym sposobem radzenia sobie. Niewyrażone emocje zwykle nie znikają. Najczęściej pozostają obecne i stopniowo zwiększają napięcie psychiczne oraz fizyczne. Mogą utrudniać odpoczynek, wpływać na jakość snu, koncentrację i codzienne funkcjonowanie. Niektóre osoby stają się bardziej drażliwe, inne wycofują się z relacji lub mają poczucie narastającego zmęczenia. Nie oznacza to, że trzeba mówić o wszystkim i zawsze. Ważne jest jednak, aby emocje miały przestrzeń, w której mogą zostać zauważone i nazwane.

Czy przewlekły lęk wpływa na leczenie?

Lęk sam w sobie nie decyduje o skuteczności leczenia onkologicznego i nie oznacza, że terapia będzie mniej skuteczna. Może jednak wpływać na jej przebieg. Długotrwały lęk utrudnia sen, obniża poziom energii i koncentracji oraz nasila napięcie w ciele. U części pacjentów wpływa także na decyzje związane z leczeniem. Może prowadzić

do odkładania wizyt, unikania badań czy trudności w stosowaniu się do zaleceń medycznych. Dlatego też wsparcie psychiczne nie jest czymś oddzielnym od leczenia. Jest jednym z elementów pomagających przejść przez chorobę w sposób możliwie bezpieczny i mniej obciążający.

„Nie chcę martwić rodziny”

Jest to jedno z najczęściej wypowiedzianych zdań przez pacjentów. Chęć ochrony bliskich to rzecz naturalna – wynikająca z troski, miłości i odpowiedzialności za rodzinę. Jednocześnie często sprawia, że pacjent zostaje sam ze swoimi emocjami. Warto przy tym pamiętać, że bliscy zwykle i tak dostrzegają, że dzieje się coś trudnego. Widzą zmęczenie, napięcie czy niepokój, nawet jeśli nie wszystko zostaje nazwane. Paradoksalnie **brak rozmowy może być dla nich trudniejszy niż sama prawda.** Nie wiedzą wtedy, co przeżywa chora osoba i w jaki sposób mogą ją wesprzeć.

Czy warto mówić o swoich emocjach?

Rozmowa nie sprawi, że choroba zniknie ani że lęk całkowicie ustąpi. Może jednak zmniejszyć poczucie samotności. Jeżeli ktoś wcześniej nie miał zwyczaju mówić o emocjach, nie musi od razu opowiadać o wszystkim. Czasami wystarczy powiedzieć: „Jest mi trudno”, „Boję się” albo „Martwię się tym, co będzie dalej”. Pamiętajmy też, że równie ważne jest mówienie o swoich potrzebach. Bliscy często chcą pomóc, ale nie zawsze wiedzą jak. **Czasami potrzebna jest rozmowa, czasami wspólne milczenie, a czasami zwyczajna obecność drugiej osoby.**

Wsparcie nie polega na naprawianiu

W obliczu choroby wiele osób szuka właściwych słów. Chcą pocieszyć, zmotywować lub znaleźć rozwiązanie problemu. Tymczasem bardzo często największą pomocą okazuje się coś znacznie prostszego – obecność. Uważne słuchanie, gotowość do przyjęcia emocji drugiej osoby i wspólne przeżywanie trudnych momentów bywają ważniejsze niż najlepsze rady.

Dla wielu pacjentów ogromne znaczenie ma również konkretna pomoc w codziennych sprawach – towarzyszenie nie podczas wizyt, pomoc w organizacji dnia czy przejęcie części obowiązków.

Emocje są częścią tej drogi

Choroba nowotworowa nie dotyka wyłącznie ciała. Dotyka również psychiki, relacji i sposobu patrzenia na własne życie. Lęk, smutek, złość czy bezradność nie są oznaką słabości – są naturalną odpowiedzią człowieka na doświadczenie, które zmienia bardzo wiele. Być może więc nie chodzi o to, aby być silnym przez cały czas. Być może ważniejsze jest to, aby znaleźć w sobie przestrzeń zarówno na siłę, jak i na emocje... bo jedno nie wyklucza drugiego.

Kolejny artykuł w cyklu:

Jak radzić sobie z lękiem na co dzień?

ONKO NEWSY

eDiLO – elektroniczna karta pacjenta onkologicznego

11 sierpnia 2026 r. rozpoczęło się wdrażanie elektronicznej karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – eDiLO. Nowe rozwiązanie ma usprawnić przepływ informacji o pacjencie w Krajowej Sieci Onkologicznej oraz ułatwić choremu dostęp do informacji o przebiegu jego opieki.

Karta eDiLO będzie na bieżąco gromadzić informacje o aktualnym etapie diagnostyki i leczenia onkologicznego pacjenta oraz udostępniać je uprawnionym pracownikom medycznym i samemu choremu. Pacjent będzie mógł również uzyskać za jej pośrednictwem dane kontaktowe do swojego koordynatora opieki onkologicznej.

Wdrożenie nowego rozwiązania zostało podzielone na etapy. Od 11 sierpnia do 30 września 2026 r. dostęp do aplikacji otrzymują placówki SOLO III pełniące jednocześnie funkcję Wojewódzkich Ośrodków Monitorujących (WOM). Od 1 października 2026 r. system ma zostać udostępniony pozostałym podmiotom Krajowej Sieci Onkologicznej oraz innym placówkom i lekarzom uprawnionym do wystawiania karty, w tym lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej.

Ważne dla pacjenta: okres wdrażania eDiLO nie oznacza utraty możliwości wystawienia karty DiLO. Placówki, które nie zakończyły jeszcze integracji nowych rozwiązań ze swoimi systemami informatycznymi, mogą do 31 grudnia 2026 r. wystawiać i prowadzić karty DiLO na dotychczasowych zasadach.

Rusza Program Badań Przesiewowych Raka Płuca

Od października br. będzie dostępny **bezpłatny Program Badań Przesiewowych Raka Płuca**. Jego podstawowym narzędziem będzie **niskodawkowa tomografia komputerowa (NDTK)**, umożliwiająca wykrywanie zmian w płucach na wczesnym etapie. Program jest skierowany do osób spełniających określone kryteria związane m.in. z wiekiem i historią palenia tytoniu.

Wprowadzenie programu jest istotnym elementem realizacji Narodowej Strategii Onkologicznej. Profesor Piotr Rutkowski, przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, określa uruchomienie badań przesiewowych jako dobrą decyzję dla pacjentów.

Ma to szczególne znaczenie w przypadku raka płuca, który przez długi czas może rozwijać się bez charakterystycznych objawów. Szanse na skuteczne leczenie są znacznie większe, gdy choroba zostanie rozpoznana odpowiednio wcześnie. Wprowadzenie badań przesiewowych raka płuca jest również jednym z kierunków zapisanych w Narodowej Strategii Onkologicznej na lata 2020–2030.

Ważne dla pacjenta: warto sprawdzić, czy spełnia się kryteria udziału w programie. NDTK pozwala wykryć niewielkie zmiany w płucach, zanim pojawią się objawy choroby.

Konopie w medycynie – między nadzieją a dowodami naukowymi

Konopie medyczne budzą duże zainteresowanie pacjentów, również osób chorujących onkologicznie. Wokół ich stosowania narosło jednak wiele mitów – od przekonania, że są pozbawione ryzyka, po przypisywanie im działania przeciwnowotworowego. Dlatego szczególnego znaczenia nabiera rzetelna wiedza o tym, kiedy kannabinoidy mogą mieć zastosowanie medyczne, jakie są ograniczenia terapii i z jakim ryzykiem może się ona wiązać.

Temat ten podejmuje nowa książka „Konopie w medycynie. Jak je odczarować” autorstwa Godfreya Pearlsona, profesora psychiatrii i neuro nauki, która właśnie ukazała się nakładem PZWL. Publikacja przedstawia mechanizmy działania kannabinoidów, ich wpływ na mózg i organizm oraz zastosowania terapeutyczne, dla których istnieją dane naukowe. Autor zwraca również uwagę na obszary, w których oczekiwania wobec konopi wyprzedzają dostępne dowody.

W przypadku pacjentów onkologicznych szczególnie ważne jest rozróżnienie leczenia samego nowotworu od leczenia objawów choroby lub dolegliwości związanych z terapią. Informacji znalezionych w internecie czy doświadczeń innych chorych nie należy traktować jako podstawy do samodzielnego rozpoczęcia stosowania preparatów zawierających kannabinoidy.

Ważne dla pacjenta: jeśli rozważasz zastosowanie konopi medycznych podczas leczenia onkologicznego, koniecznie porozmawiaj o tym z lekarzem prowadzącym. Warto omówić nie tylko możliwe korzyści, ale również działania niepożądane, przeciwwskazania oraz możliwość interakcji z innymi przyjmowanymi lekami.



Szukaj na pzwł.pl



Test HPV HR zamiast klasycznej cytologii w programie profilaktycznym

Od 1 sierpnia 2026 r. zmieniły się zasady Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Klasyczna cytologia została wycofana z programu, a podstawowym badaniem przesiewowym stał się test HPV HR z genotypowaniem, wykrywający zakażenie typami wirusa HPV o wysokim ryzyku onkogennym. Test HPV HR jest czulszy od klasycznej cytologii i pozwala wykryć zagrożenie, zanim dojdzie do rozwoju zmian nowotworowych. Przy wyniku ujemnym badanie standardowo wykonuje się co 5 lat. Jeśli wynik jest dodatni, z tej samej próbki wykonywana jest cytologia płynna (LBC) – bez konieczności ponownego pobierania materiału.

Ważne dla pacjentki: Jeśli byłaś przyzwyczajona do regularnej cytologii, pamiętaj o zmianie – w programie NFZ jej miejsce zajął test HPV HR. Bezpłatne badanie jest przeznaczone dla kobiet w wieku 25–64 lat i nie wymaga skierowania. Na test można zapisać się również przez centralną e-rejestrację na IKP lub w aplikacji mojejIKP.

Więcej badań kontrolnych bez karty DiLO

Pacjenci onkologiczni wymagają badań kontrolnych także wtedy, gdy nie są już objęci kartą DiLO. Ministerstwo Zdrowia zdecydowało o zmianach w finansowaniu takich świadczeń. Pełne finansowanie ma obejmować: tomografię komputerową (TK), rezonans magnetyczny (MRI), gastroscopię i kolonoskopię wykonywane u pacjentów z rozpoznaniem nowotworu – zarówno podczas leczenia, jak i w okresie obserwacji po jego zakończeniu.

Zmiana jest szczególnie istotna dla osób, które **nie mają już aktywnej karty DiLO, ale nadal wymagają regularnych kontroli onkologicznych**. Dotyczy m.in. pacjentów po zakończonej terapii oraz osób leczonych systemowo, chemioterapią czy radioterapią. Celem rozwiązania jest poprawa dostępności do kluczowych badań, również bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Ważne dla pacjenta: zakończenie aktywnego leczenia nie oznacza końca opieki onkologicznej. Jeśli lekarz zaleca regularne TK, MRI, gastroscopię lub kolonoskopię w ramach kontroli po leczeniu, warto upewnić się, gdzie można wykonać je w ramach NFZ.

Skierowanie do innego specjalisty – ważne prawo pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta przypomina ważną zasadę: **lekarz specjalista może skierować pacjenta do innego specjalisty lub placówki, jeśli jest to potrzebne z medycznego punktu widzenia**. Wewnętrzne ustalenia czy umowy obowiązujące w placówce nie mogą ograniczać lekarza w wystawieniu takiego skierowania. Jest to szczególnie istotne dla pacjentów onkologicznych, ponieważ leczenie przeciwnowotworowe może wymagać opieki wielu specjalistów, np. kardiologa, dermatologa czy endokrynologa, m.in. w związku z działaniami niepożądanymi terapii. Znaczenie takiej wielospecjalistycznej opieki podkreśla również Narodowy Instytut Onkologii.

Ważne dla pacjenta: jeśli podczas leczenia pojawia się problem wymagający konsultacji innego specjalisty, warto porozmawiać o tym z lekarzem prowadzącym. O potrzebie skierowania powinna decydować sytuacja medyczna pacjenta, a nie wewnętrzne ograniczenia organizacyjne placówki.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia

„Leczenie pacjentów onkologicznych priorytetem”



Badania kliniczne – gdzie szukać informacji?

Badania kliniczne są ważną częścią rozwoju nowych metod leczenia i mogą być rozważane również u pacjentów onkologicznych. Nie należy traktować ich wyłącznie jako „ostatniej szansy” – w zależności od rodzaju badania, choroby i jej etapu mogą dotyczyć różnych momentów leczenia. Ich celem może być m.in. ocena skuteczności i bezpieczeństwa nowych leków, nowych zastosowań znanych terapii lub nowych sposobów prowadzenia leczenia.

Udział w badaniu klinicznym jest dobrowolny. Zanim pacjent podejmie decyzję, powinien otrzymać zrozumiałe informacje dotyczące m.in. celu i przebiegu badania, możliwych korzyści i ryzyka oraz swoich praw i obowiązków. Podpisanie świadomej zgody nie oznacza również, że trzeba uczestniczyć w badaniu do końca – pacjent ma prawo zrezygnować z udziału. Odmowa lub rezygnacja nie pozbawia go prawa do odpowiedniego leczenia standardowego.

Gdzie szukać badania?

Warto przede wszystkim porozmawiać z lekarzem prowadzącym. Informacje o aktualnie prowadzonych badaniach można również znaleźć w publicznych krajowych i międzynarodowych wyszukiwarkach badań klinicznych. Agencja Badań Medycznych udostępnia pacjentom zestawienie takich baz oraz materiały pokazujące krok po kroku, jak z nich korzystać. Dostępna jest także europejska mapa badań klinicznych, która umożliwia wyszukiwanie informacji w języku polskim.

Znalezienie badania dotyczącego danego nowotworu nie oznacza automatycznej kwalifikacji do udziału w nim. Każde badanie ma określone kryteria włączenia i wyłączenia, dotyczące np. rodzaju i stopnia zaawansowania choroby, wcześniejszego leczenia, innych chorób czy przyjmowanych leków. Ostatecznej kwalifikacji dokonuje lekarz prowadzący dane badanie – badacz – po zapoznaniu się z dokumentacją i wykonaniu wymaganych badań.

Ważne dla pacjenta: jeśli interesuje Cię możliwość udziału w badaniu klinicznym, zapytaj lekarza, czy w Twoim przypadku prowadzone są odpowiednie badania. Przed podjęciem decyzji warto dowiedzieć się: jaki jest cel badania, jakie leczenie będzie stosowane, jakie są możliwe korzyści i ryzyko, jak często trzeba będzie zgłaszać się do ośrodka oraz jakie inne możliwości leczenia są dostępne.

Gdzie sprawdzić?

Agencja Badań Medycznych – wyszukiwarki badań klinicznych oraz serwis „Pacjent w badaniach klinicznych”.



Aby móc nieść wsparcie pacjentom Fundacja utworzyła **ONKOfundusz** – ogólnopolski portal wsparcia chorych na nowotwory, który pomaga w zbieraniu środków na leczenie nierefundowane i rehabilitację. **ONKOfundusz** łączy darczyńców – osoby chcące wspierać chorych na raka oraz podopiecznych – pacjentów korzystających z możliwości pozyskania darowizn na dodatkowe, niezbędne i medycznie uzasadnione świadczenia związane z terapią i rehabilitacją. Środki przekazane podopiecznym portalu, niepomniejszone o prowizję czy opłaty na rzecz organizatorów, stanowią uzupełnienie publicznego finansowania terapii onkologicznych, dając szansę osobom chorującym na nowotwory na przedłużenie życia lub poprawę jego jakości. **ONKOfundusz** przekazuje swoim podopiecznym całe 100% zebranej sumy.

ONKOFUNDUSZ
MAŁY GEST – WIELKA POMOC