

DEBATA REDAKCYJNA

Długoterminowe planowanie ścieżki leczenia SM

Agata Misiurewicz-Gabi

Zaproszeni do udziału w debacie

prof. dr hab. n. med. Halina Bartosik-Psujek – neurolog, przewodnicząca Sekcji Stwardnienia Rozsianego i Neuroimmunologii Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
 dr n. med. Jakub Gierczyński – ekspert systemu ochrony zdrowia, Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego
 prof. dr hab. n. med. Alina Kułakowska – neurolog, członek Zarządu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
 wiceminister Maciej Miłkowski – Ministerstwo Zdrowia
 Tomasz Połec – prezes Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego
 prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak – prezes elekt Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
 Malina Wieczorek – prezes Fundacji SM – Walcz o siebie
 Gości przywitała dr Agnieszka Starewicz-Jaworska, wydawca „Kuriera Medycznego”.



Długoterminowe planowanie ścieżki leczenia SM – różnorodność opcji terapeutycznych a wyzwania COVID-19

Stwardnienie rozsiane jest najczęstszą chorobą neurologiczną ludzi młodych, między 20. a 40. rokiem życia. Przewlekłą i postępującą. Na świecie choruje 2,5 mln ludzi, w Polsce ok. 50 tys. Wprawdzie nie da się go wyleczyć, ale jest cały wachlarz leków, które działają. Dodatkowo środki finansowe przeznaczone na leczenie sukcesywnie wzrastają. Mimo że sytuacja pacjentów zdecydowanie się poprawia, są możliwości lepszego wykorzystania budżetu i kilka obszarów do optymalizacji.

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) należy do grupy chorób o charakterze zapalno-demielinizacyjnym. W różnych częściach układu nerwowego dochodzi do wielogniskowego uszkodzenia tkanki nerwowej. U chorego pojawiają się zaburzenia: ruchowe, widzenia, równowagi i czucia. Mogą wystąpić także ból i przewlekłe zmęczenie. Lekarze i pacjenci uważają, że sytuacja chorych na SM w ostatnich latach zdecydowanie się poprawiła. Kiedyś chorzy wchodzili do gabinetu lekarskiego o kulach lub na wózku. Dziś wielu z nich to ludzie pełni życia i energii. Kończą studia, pracują, zakładają rodziny. Rezygnują z renty i są cenionymi pracownikami, zwłaszcza że gros z nich to osoby w wieku produkcyjnym. Wielu ich pracodawców czy znajomych nie podejrzewa nawet, że mają jakiegokolwiek problemy zdrowotne. Oczywiście pod warunkiem, że szybko po-

stawiono im diagnozę, wdrożono leczenie i co najważniejsze – lek zadziałał.

Leczenie SM w Polsce – pozytywne zmiany

Zdaniem dr. Jakuba Gierczyńskiego dzięki istotnej poprawie dostępu do leków refundowanych modyfikujących przebieg SM znacząco poprawiło się rokowanie chorych w Polsce. W ostatnich 5 latach podwoiła się liczba pacjentów leczonych w programach lekowych i obecnie wynosi 15 tys. (odsetek zdiagnozowanych chorych leczonych w Polsce to ok. 30 proc., a średnia dla Unii Europejskiej to ok. 60 proc.). Jednocześnie dwukrotnie wzrosły wydatki NFZ na leczenie SM, do ok. 400 mln zł. Dokonało się to jednak przy tych samych zasobach organizacyjnych – SM leczy w ramach programów lekowych ok. 300 neurologów w 130 ośrodkach klinicznych. Inwestycje

w terapię i zwiększenie dostępności leczenia przełożyły się na spadek liczby hospitalizacji, rent i absencji chorobowych wykazywanych przez ZUS, a także utrzymanie produktywności chorych. Według aktualnych danych 60 proc. chorych na SM leczonych w programach lekowych pracuje. Postęp w leczeniu SM w Polsce został doceniony w opracowanym w 2019 r. Indeksie Stwardnienia Rozsianego, w którym Polska znalazła się na 17. miejscu wśród 30 krajów Europy oraz zajęła 7. miejsce w kategorii liczby pracujących osób, a 5. pod względem aktywności zawodowej ludzi młodych.

Co przyniosło ostatnie 10 lat w neurologii i terapii SM?

– Posiadamy dane z globalnego raportu na temat SM, z których wynika, że w ciągu 15–20 lat śmiertelność pacjentów, również w Polsce, zmniejszyła się o 30 proc. To ogromny sukces, który jest konsekwencją trudu całego środowiska neurologów oraz pozytywnych decyzji Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. W ostatnim czasie wiele się zmieniło na korzyść w leczeniu stwardnienia rozsianego. Uaktualniono listy refundacyjne, dzięki czemu polscy pacjenci mogą być leczeni tak samo jak chorzy z sąsiednich krajów. Udało się stworzyć programy lekowe i dość dobrze je opisać. Bardzo nas cieszy dobry dialog z Ministerstwem Zdrowia, które wysłuchuje naszych postulatów. Życzylibyśmy



Malina Wieczorek: *Gdybyśmy zmniejszyli liczbę ośrodków, to podejrzewam, że wszystko by się rozsypało. Czy neurologi leczący w mniejszych ośrodkach mieliby się przenieść do większych? Chyba nie*

sobie tylko, aby wszelkie postulowane przez środowisko neurologów zmiany formalne znacznie szybciej wchodziły w życie – powiedział prof. Konrad Rejdak. – Trzeba pamiętać, że neurologia stale się zmienia. W ostatnich 10 latach nastąpiła totalna rewolucja. Na bieżąco musimy wprowadzać nowe metody diagnostyczne, nowe terapie i nowe narzędzia monitorowania efektów leczenia. Chciałbym dodać, że SM jest bardzo dobrym przykładem nowego modelu ochrony zdrowia, w którym opieka neurologiczna została przeniesiona ze szpitali do ambulatoriów, gdzie koszty

► leczenia są znacznie niższe, a komfort wyższy. Ten model chcielibyśmy zastosować także w innych chorobach neurologicznych. Oczywiście do tego potrzebne jest tworzenie nowych koszyków, nowych świadczeń, szybka diagnostyka i przyspieszenie kwalifikacji pacjentów do właściwego dla nich leczenia. Niezbędny będzie model centrów doskonałości czy ośrodków referencyjności. Na takich rozwiązaniach skorzysta pacjent, który będzie miał zapewnioną szybką diagnozę, oraz system, który oszczędzi na niepotrzebnych procedurach, powielanych w kilku placówkach – dodał.

Potrzeba długofalowego planowania terapii

Klinicyści podkreślają, że konieczne jest długofalowe planowanie leczenia SM. Profesor Alina Kułakowska przekonywała: – W Polsce mamy dostęp praktycznie do wszystkich leków, które wykorzystują neurologi na świecie. I te leki są refundowane. Jednocześnie mnogość opcji terapeutycznych sprawia, że leczenie SM staje się procesem coraz bardziej skomplikowanym, wymagającym coraz większego zaangażowania, doświadczenia i wiedzy neurologicznej. Pamiętajmy, że SM jest chorobą heterogenną, wymagającą leczenia przez całe życie. Przynajmniej tak długo, dopóki jest ono bezpieczne i skuteczne. W trakcie tego wieloletniego procesu nie raz pacjent będzie wymagał zmiany terapii na lek o innym mechanizmie działania, choćby w przypadku działań niepożądanych lub nieskuteczności leczenia. Bardzo ważne jest, aby neurolog miał dostęp do różnych leków, które będzie mógł wówczas zastosować. W praktyce bardzo pomocne byłoby również wsparcie pracy lekarza neurologa i pielęgniarki SM poprzez wprowadzenie regulacji umożliwiających utworzenie stanowiska asystenta opieki medycznej.

Programy lekowe wymagają optymalizacji

Nigdy nie jest tak dobrze, żeby nie mogło być lepiej. Sytuacja chorych na SM się poprawia, ale są rzeczy, które ciągle wymagają ulepszenia. Lekarze i pacjenci stale postulują wprowadzenie zmian w zakresie zapisów i wycen programów lekowych. Jak



Prof. Alina Kułakowska: W Polsce mamy dostęp praktycznie do wszystkich leków, które wykorzystują neurologi na świecie. I te leki są refundowane



Maciej Miłkowski: Nie ma uzasadnienia, by pacjent czekał dłużej niż tydzień na zdiagnozowanie. To jest związane wyłącznie z organizacją ośrodków

podkreślała prof. Halina Bartosik-Psujek, programy lekowe w Polsce są dla pacjenta ogromnym bonusem. Należy jednak pamiętać o konieczności ich modyfikowania, uelastyczniania i zapewniania pacjentowi nowych preparatów, które stale się pojawiają. To zdecydowanie rozszerza możliwości terapeutyczne. – Pacjent w programie lekowym jest rzeczywiście objęty właściwą opieką. Ma ustalone regularne terminy wizyt, wykonywane określone badania, ma także stały kontakt z lekarzem. Czuje się zabezpieczony, nie tylko medycznie, lecz także psychicznie i emocjonalnie, bo wie, do kogo w razie potrzeby ma się zwrócić. Dzięki temu chorzy kończą studia, zaczynają pracować, układają sobie normalne życie rodzinne i zawodowe. W ubiegłym roku odbyło się spotkanie z udziałem ministra Miłkowskiego. Rozmawialiśmy o tym, że programy leczenia SM muszą być cyklicznie modyfikowane i upraszczane. W listopadzie 2019 r. postulowane zmiany uzyskały pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jednak do tej pory nie zostały wprowadzone, mimo że środowisku neurologów bardzo na tym zależy. A tak naprawdę te zmiany są korzystne dla wszystkich. Dla lekarza i pacjenta choćby z powodu mniejszej liczby wizyt i badań, dla płatnika, bo zakładają mniej procedur, a więcej działań optymalizujących efekty terapii. Stąd moje pytanie: jakie są jego dalsze losy? – mówiła prof. Bartosik-Psujek.

Minister Maciej Miłkowski stwierdził: – Cały czas czekamy na zmiany w zakresie programów lekowych. Dla przykładu – obecnie wiele badań jest wykonywanych co 3 miesiące, a chcemy by były co 6 albo nawet co 12 miesięcy. Pacjenci w ramach programu lekowego mają dostęp do leków, do monitorowania i do wszystkich badań, ale nie mają rehabilitacji leczniczej. A jest wskazane, żeby pacjent otrzymywał ją przez 2–3 tygodnie w roku. Chciałbym, aby w programach lekowych to uwzględnić, ponieważ w przypadku SM same leki to nie wszystko.

O koniecznych zmianach mówiła prof. Halina Bartosik-Psujek: – Ważność rezonansu wynosiła nie tak dawno 30 dni i musieliśmy mnożyć te badania, jeśli z jakiegoś względu u pacjenta go nie wykonano.

Postulujemy wydłużenie czasu jego ważności do co najmniej 90 dni. Musimy się również zastanowić, czy zawsze potrzebne jest badanie z kontrastem. Poza tym od wielu lat mamy niezmiennie kryteria nieskuteczności terapii pierwszej linii, co równocześnie jest kryterium wejścia do terapii drugiej linii. Pacjent musi mieć znacznie bardziej aktywną chorobę, aby przejść do leczenia drugiej linii. Jest to bardzo duża bariera, która sporej grupie pacjentów uniemożliwia leczenie nowszymi, bardziej skutecznymi preparatami i pozostawia ich w terapii pierwszej linii. Te kryteria wymagają szybkiej zmiany. Stąd moja sugestia, aby powstał zespół koordynacyjny ds. leczenia chorych z SM, który regularnie omawiałby i modyfikował zapisy programów lekowych, dostosowując je do aktualnych potrzeb medycznych pacjentów oraz postępu w leczeniu SM.

Leki niezbędne w leczeniu SM

W celu zapewnienia leczenia wszystkim potrzebującym pacjentom należy zadbać o to, aby pula leków była stale zwiększana. Jest to szczególnie istotne w przypadku tak heterogenicznej choroby jak SM.

– Aktualnie jesteśmy na etapie trudnych negocjacji dotyczących ośmiu leków stosowanych w terapii SM. Wiąże się to z wprowadzeniem zmian do programu lekowego. Mam nadzieję, że wkrótce rozmowy się skończą i że ceny leków spadną. W przypadku tej choroby wiemy, że większość pacjentów jest leczona w pierwszej linii i to generuje największe wydatki NFZ. Chciałbym jeszcze wspomnieć o programie lekowym, na który wszyscy czekamy. Będzie on zdecydowanie czytelniejszy, krótszy i nie będzie w nim tyle zapisów dotyczących przeciwwskazań do stosowania danego leku – relacjonował minister Miłkowski.

– Pula leków jest bardzo ważna, bo kiedy jeden lek nie działa, natychmiast przechodzi się na inny. Wiemy, że nawet leki podobne mogą działać inaczej. Nie możemy sobie pozwolić na to, że powiemy pacjentowi, że jego leku nie ma, a jest inny. Co będzie, gdy mu się pogorszy? – pytała Malina Wiczorek.

Jak zoptymalizować pracę ośrodków leczących SM?

– Prowadzenie pacjenta z SM nie jest proste, wymaga ogromnej, specjalistycznej wiedzy lekarzy neurologów. A ponieważ neurologia jest bardzo rozległą specjalizacją, nie ma możliwości, żeby jeden lekarz zajmował się wszystkimi jednostkami chorobowymi. Dlatego widzę konieczność specjalizacji poszczególnych ośrodków. Obecnie mamy 130 ośrodków, w tym 60 w drugiej linii leczenia. Uważam, że to zdecydowanie za dużo – stwierdził minister Miłkowski.

Zgodziła się z nim prof. Kułakowska: – Sto trzydzieści ośrodków to dużo, biorąc pod uwagę liczbę chorych i porównując z naszymi sąsiadami. Dla przykładu



Tomasz Połec: Pacjenci dzwoniący do nas na infolinię pytali, co robić, kiedy następuje rzut choroby, gdzie się zgłaszać i czy się zgłaszać. Część z nich obawiała się pobytu w szpitalu, zwłaszcza że osoby z chorobami neurologicznymi należą do grupy zwiększonego ryzyka. Chorzy skarżyli się na brak informacji dotyczących terminów włączenia i nie rozumieli, dlaczego przyjęcia planowe zostały wstrzymane

– w Czechach, gdzie populacja liczy ok. 11 mln ludzi, funkcjonuje 15 ośrodków leczenia SM. Coraz bardziej skomplikowany proces leczenia tej choroby wymaga pewnej centralizacji – tworzenia wyspecjalizowanych centrów, które miałyby duże doświadczenie w leczeniu SM.

– Również jestem za utworzeniem wysokospecjalistycznych ośrodków, bo rzeczywiście SM wymaga ogromnej wiedzy medycznej. Nie pozbywałbym się natomiast mniejszych jednostek, które mogłyby prowadzić leczenie w ramach pierwszej linii lub kontynuować leczenie zlecone przez ośrodek referencyjny. Poza tym ich likwidacja byłaby niezwykle uciążliwa dla pacjentów ze względu na konieczność dojeżdżania. Oczywiście widzimy, że nasi pacjenci są coraz bardziej sprawni, samodzielni, ale są wśród nich i tacy, którzy potrzebują wsparcia. Jak choćby renciści, którzy mają bardzo małe dochody. Już sam fakt, że muszą kupić bilet, jest dla nich poważnym wyzwaniem – zauważył Tomasz Połec.

Obawy wyraziła również Malina Wiczorek: – Gdybyśmy zmniejszyli liczbę ośrodków, to podejrzewam, że wszystko by się rozsypało. Czy neurologi lecący w mniejszych ośrodkach mieliby się przenieść do większych? Chyba nie. Na pewno pilnej zmiany wymaga to, żeby diagnoza była jak najszybsza i żeby pacjenci jak najszybciej byli włączani do leczenia w ramach programów lekowych.

Szybka diagnoza i szybkie leczenie – czas to mózg

Główną bolączką pacjentów z SM jest zbyt późno stawiana diagnoza i zbyt późne włączenie ich do leczenia. Skutkuje to brakiem zahamowania progresji choroby i postępującym inwalidztwem.

– Z danych SMPT (Elektroniczny system monitorowania programów lekowych) ►

DEBATA REDAKCYJNA



Iwona Burdzanowska/AG

Prof. Konrad Rejdak: Może warto utworzyć sieć składającą się z ośrodków referencyjnych i ośrodków mniejszych. Ułatwiłoby to drogę pacjentowi i zapewniło mu komfort odbioru leków czy kontynuację leczenia w pobliżu miejsca zamieszkania przy zachowaniu kontaktu z ośrodkiem referencyjnym

- ▶ wynika, że ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna chorych na SM w Polsce nie jest optymalna. Okazuje się, że od momentu wystąpienia pierwszych objawów do postawienia diagnozy przez neurologa upływa najczęściej ok. 7 miesięcy. Jest to długi okres i powinniśmy postarać się go skrócić. Drugi parametr to czas od momentu postawienia diagnozy do włączenia leczenia w ramach programów lekowych – wg analizowanych danych wyniósł on ponad rok – najczęściej 14 miesięcy – mówiła prof. Kułakowska.
- Dziwię się, dlaczego tak trudno jest wykonać diagnostykę. To nie powinno trwać dłużej niż jeden dzień. U mnie w szpitalu były hospitalizacje jednodniowe, podczas których u pacjenta wykonywano wiele badań, na ich podstawie radiolodzy wraz z kardiologami i neurologami potrafili ocenić stan kliniczny pacjenta i jego obraz w rezonansie magnetycznym. Nie ma uzasadnienia, by pacjent czekał dłużej niż tydzień na zdiagnozowanie. To jest związane wyłącznie z organizacją ośrodków – ripostował Maciej Miłkowski.
- Zgadzam się z panem ministrem, że proces diagnostyczny SM powinien być o wiele krótszy. Wydaje mi się, że przyczyną obecnego opóźnienia jest to, że wyniki badań ktoś musi zinterpretować. Stwierdzenie, czy jest to SM czy nie jest, nie zawsze jest takie proste. A nas neurologów w szpitalach brakuje. Stąd prośba, żeby nas wspomóc – poprzez wprowadzenie asystentów opieki medycznej, poprawę wycen świadczeń, uproszczenie procedur administracyjnych i zapisów programów lekowych. Trzeba w końcu pozwolić lekarzowi postępować zgodnie z wiedzą i podchodzić indywidualnie do każdego pacjenta – wyjaśniła prof. Kułakowska.
- Swoją propozycję przedstawił prof. Rejdak: – Idea szybkiej diagnostyki jednodniowej jest piękna. Jest tylko jeden problem. Nie ma takiej procedury w naszym syste-

mie, aby neurologowie mogli w jeden dzień postawić diagnozę. Jest hospitalizacja jednodniowa, ale do podania leku albo modyfikacji leczenia. Cały czas walczyliśmy ze sztywnymi ramami czasowymi pobytu chorego na oddziale. Może warto utworzyć sieć składającą się z ośrodków referencyjnych i ośrodków mniejszych. Ułatwiłoby to drogę pacjentowi i zapewniło mu komfort odbioru leków czy kontynuację leczenia w pobliżu miejsca zamieszkania przy zachowaniu kontaktu z ośrodkiem referencyjnym.

Koronawirus SARS-CoV-2 a stwardnienie rozsiane

Koronawirus wszystkich postawił pod ścianą. Zwłaszcza ochronę zdrowia, która w obawie przed zarażeniem pacjentów i personelu wstrzymała na pewien czas wiele planowanych wizyt i zabiegów. Ta dezorganizacja codziennego życia wymagała przystosowania się do nowych warunków i szybkiego działania. Pojawiła się i rozwinęła telemedycyna. Wykorzystywano teleporady, które miały ograniczyć kontakt chorego ze szpitalami, jeśli nie było takiej potrzeby. Mimo to wielu pacjentów nadal czuło się zagubionych.

Tomasz Połec: – Pacjenci dzwoniący do nas na infolinię pytali, co robić, kiedy następuje rzut choroby, gdzie się zgłaszać i czy się zgłaszać. Część z nich obawiała się pobytu w szpitalu, zwłaszcza że osoby z chorobami neurologicznymi należą do grupy zwiększonego ryzyka. Chorzy skarżyli się na brak informacji dotyczących terminów włączenia i nie rozumieli, dlaczego przyjęcia planowe zostały wstrzymane. Trzeba zwrócić uwagę, że w czasach epidemii pacjenci mają problemy z dostępem do lekarzy – zarówno pierwszego kontaktu, jak i psychiatrów czy neurologów. Jest to szczególnie dotkliwe dla osób nieleczonych w programach lekowych, czyli pacjentów z wtórnie postępującą postacią, którzy potrzebują konsultacji lekarskiej. Pojawił się też problem z dostępem do leczenia ambulatoryjnego i do rehabilitacji, której brak był dla chorych okresem straconym. Kolejne zgłaszane problemy dotyczyły odbioru leków. Mamy mnóstwo sygnałów, że zamiast co 3 miesiące w niektórych ośrodkach trzeba było się zgłaszać co miesiąc i konieczny był osobisty odbiór leku przez pacjenta. A wiadomo, że w czasach epidemii już samo dotarcie do szpitala dla wielu osób jest utrudnieniem, poza tym wiele z nich bardzo przeżywa to, że może się niepotrzebnie narażać na zarażenie.

Malina Wieczorek: – Koronawirus dał szansę, abyśmy reformę w zakresie diagnostyki i terapii SM wprowadzili już teraz. Aby było prościej, taniej i bezpieczniej dla pacjenta. Minusem nowej sytuacji związanej z pandemią jest to, że nie mamy w tej chwili raportowania dotyczącego włączenia w programy lekowe w zakresie SM, które zostało zawieszono. Są natomiast dane ze szpitali, z których wynika, że miesięcznie włą-



Fot. istockphoto

czamy do programów lekowych tylko ok. 30 pacjentów, czyli 10 razy mniej niż w normalnym trybie. W 2019 r. do obu programów lekowych włączono ok. 2 tys. nowych chorych na SM. Obawiamy się, że w 2020 r. będzie ich znacznie mniej. W efekcie mamy coraz więcej osób, które nie zostały włączone, a wiadomo, że czas jest dla nich niezwykle istotny. Po 7 miesiącach albo po roku może się okazać, że ktoś ma intensywny rzut i trudno będzie zapanować nad SM.

Profesor Alina Kułakowska: – Przez kilka ubiegłych lat staraliśmy się, aby nasi pacjenci mogli odbywać wizyty co 3 miesiące, a ośrodek leczący nie tracił przez to środków. Wprawdzie udało nam się to uzyskać, ale w wyniku pandemii koronawirusa SARS-CoV-2 znaleźliśmy się w innej rzeczywistości. W krótkim czasie musieliśmy wydać naszym pacjentom leki, żeby ich zabezpieczyć na dłuższy okres. Nie było możliwości, żeby liczyć czas 3 miesięcy od wizyty. Dlatego zaapelowaliśmy o pewne uelastycznienie wyceny programu, żeby nie płacić za konkretne wizyty, ale uzyskać ryczałt za opiekę nad pacjentem w okresie rocznym czy półrocznym. Na początku pandemii zrezygnowaliśmy z włączania najsilniejszych terapii zgodnie z zasadą „przede wszystkim nie szkodzić”, ponieważ leki, które stosujemy, ingerują w funkcję

układu odpornościowego, a w niektórych ośrodkach wstrzymano włączanie wszystkich terapii. Ponieważ jednak wydaje się, że koronawirus może z nami zostać na dłużej, a SM wg obecnego stanu wiedzy medycznej zostanie z pacjentami na całe życie, musimy je skutecznie leczyć. Dlatego ośrodki zaczęły już włączanie pacjentów w normalnym trybie, a my mamy nadzieję, że przerwę spowodowaną pandemią uda się szybko nadrobić. Chciałabym podkreślić, że narzędziem, które w dobie pandemii szczególnie się sprawdziło, jest system monitorowania pacjentów SMPT. Dzięki zawartym w nim informacjom proces przekazywania pacjentów z ośrodków, które uzyskały status jednoimiennych, do innych centrów terapii przebiegał bezkolizyjnie. Jest to narzędzie dające nam wiedzę o tym, co się dzieje w naszej praktyce klinicznej. Jako sekcja SM staramy się współpracować z NFZ, żeby SMPT było narzędziem elastycznym i wiarygodnym.

Podsumowując debatę, można stwierdzić, że optymalizacja leczenia SM w Polsce zmierza w dobrym kierunku. Dostęp do leków znacząco się poprawił, a programy lekowe prowadzone są w ośrodkach klinicznych na terenie całej Polski, co gwarantuje chorym dostęp do diagnostyki i leczenia. Zmian wymagają zapisy programów lekowych, konieczna jest poprawa wyceny świadczeń oraz wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej asystentów medycznych i koordynatorów opieki. Dzięki temu przy tych samych, ograniczonych zasobach kadrowych lekarzy neurologów i pielęgniarek pracujących w ośrodkach realizujących programy lekowe będzie można szybciej diagnozować SM i włączać leczenie spowalniające progresję choroby. Chorzy na SM to ludzie młodzi, przed którymi jest całe życie, aktywni zawodowo, społecznie i rodzinnie. Należy w ich przypadku planować terapię długofalowo, z uwzględnieniem heterogenności SM i cech poszczególnych leków. Większość chorych pracuje zawodowo i pragnie utrzymać aktywność jak najdłużej. Pacjenci starsi, którzy mieli problem z dostępem do leczenia modyfikującego przebieg choroby i mają już określony stopień niepełnosprawności, powinni mieć dostęp do zalecanej opieki, szczególnie w zakresie rehabilitacji i leczenia wspomagającego.

Współpraca: Małgorzata Solarczyk



Fot. Archiwum Termedii

Prof. Halina Bartosik-Psujek: Pacjent musi mieć znacznie bardziej aktywną chorobę, aby przejść do leczenia drugiej linii. Jest to duża bariera, która sporej grupie pacjentów uniemożliwia leczenie nowszymi, bardziej skutecznymi preparatami