

Szybka, precyzyjna, bezpieczna i skuteczna – taka powinna być diagnostyka i terapia onkologiczna



Fot. Termedia

Rozmowa z Michałem Kępowiczem, dyrektorem ds. relacji strategicznych Philips.

W obliczu pandemii na dalszy plan zesła dyskusja wokół jednego z największych wyzwań naszego systemu ochrony zdrowia, jakim jest onkologia. Problemy związane z nowotworami jednak nie zniknęły, a nawet stały się bardziej widoczne z powodu pandemii. Które z nich wymieniłby pan jako najważniejsze? Z czym boryka się polska onkologia?

Pandemia SARS-CoV-2 spowodowała, że pierwszoplanowa stała się opieka nad pacjentami z koronawirusem. Chwilę wcześniej intensywnie dyskutowano o onkologii, była przyjmowana Narodowa Strategia Onkologiczna i były plany opracowania bardziej szczegółowych dokumentów, które miały prezentować techniczne założenia zmian w polskiej onkologii. Pandemia spowodowała bardzo duży spadek liczby wykonywanych testów czynników predykcyjnych umożliwiających zdiagnozowanie pacjenta onkologicznego. W trakcie lockdownu były duże opóźnienia w wykonywaniu specjalistycznych procedur diagnostycznych, takich jak tomografia komputerowa czy bronchoskopia. Teraz sytuacja systematycznie się poprawia. Można założyć, że będzie się normowała, ale strata związana

z opóźnieniami na pewno wpłynie na sytuację pacjentów. Mówi się, że przybędzie chorych w bardziej zaawansowanych stadiach nowotworów, co przekłada się bezpośrednio na szanse przeżycia tych osób, a także na koszty leczenia, bo te sprawy są ze sobą powiązane.

Chorych na nowotwory z roku na rok przybywa.

Tak. Dane pokazują, że w 2018 r. przybyło ok. 20 mln nowych pacjentów onkologicznych. Szacuje się, że w kolejnych latach, do 2025 r., ten wzrost będzie bardzo duży, nawet o 60 proc. W Polsce zapadalność na nowotwory to ok. 170 tys. przypadków rocznie. Wprawdzie z roku na rok przeżywalność pacjentów z nowotworami, np. rakiem piersi, systematycznie się poprawia, jednak chorych jest coraz więcej.

Jak powinien wyglądać wzorcowy model opieki nad pacjentem onkologicznym?

Coraz częściej i więcej mówi się o medycynie spersonalizowanej. Nowotwory są specyficzną grupą chorób, ponieważ jest ich ponad 200 rodzajów. Dlatego w onkologii bardzo ważne jest dopasowanie terapii indywidualnie do każdego pacjenta. Gdyby prześledzić przebieg chorób onkologicznych, to praktycznie każdy przypadek jest inny, nawet jeśli są to zbieżne typy nowotworów. Przebieg choroby jest różny. Za każdym razem ścieżka leczenia jest inna i trzeba nieco inaczej myśleć o każdym pacjencie. Moim zdaniem w leczeniu onkologicznym ważne jest to, żeby nowotwór wykryć na możliwie jak najwcześniejszym etapie. Oczywiście najlepiej byłoby, gdyby nowotwór w ogóle nie powstał, dlatego coraz częściej i szerzej mówi się o działaniach profilaktycznych. Wczesna diagnostyka powinna być wielokierunkowa. Ważna jest diagnostyka obrazowa, np. tomografia, mammografia. Narodowa Strategia Onkologiczna bardzo podkreśla rolę patomorfologii, a także badań molekularnych i genetycznych. W Polsce są to na razie mało rozwinięte elementy diagnostyki onkologicznej. Badania diagnostyczne powinny trwać maksymalnie 2–3 tygodnie, a najlepiej by było, gdyby zajęły kilka dni. Teraz czasem trwają nawet kilka miesięcy. Szybka diagnostyka dałaby szansę na wychwy-

„W Polsce zapadalność na nowotwory to ok. 170 tys. przypadków rocznie. Wprawdzie z roku na rok przeżywalność pacjentów z nowotworami systematycznie się poprawia, jednak chorych jest coraz więcej”

cenie nowotworu w odpowiednim momencie. Czas w onkologii odgrywa olbrzymią rolę – istotne jest nie tylko wczesne rozpoznanie choroby, lecz także szybka interwencja medyczna, której podstawą jest wiarygodna i precyzyjna diagnostyka.

Chory został zdiagnozowany, trzeba go leczyć. Czy onkologia wymaga modelu koordynowanego, w którym pacjent miałby swojego przewodnika przez cały proces terapeutyczny, począwszy od diagnostyki?

Opieka koordynowana jest jak najbardziej pożądana. Dzięki niej pacjent nie musi poszukiwać kolejnych specjalistów, nie tuła się od lekarza do lekarza, tylko ktoś prowadzi go za rękę przez całą procedurę diagnostyczno-terapeutyczną. Często się mówi, że pacjent w ramach opieki zintegrowanej czy też skoordynowanej powinien właśnie być prowadzony za rękę, ale są też głosy, że nie do końca, bo powinien również brać czynny udział w terapii i świadomie podejmować decyzje w procesie leczenia. Moim zdaniem to słuszna koncepcja, bo chory nie może być bezwolną istotą, wokół której toczą się najważniejsze dla niej procesy, decydujące o jej zdrowiu i życiu. Szybka, precyzyjna, bezpieczna i skuteczna – taka powinna być diagnostyka i terapia. To właśnie ma zapewnić pacjentom Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO), będąca fundamentem Narodowej Strategii Onkologicznej. Jednym z kluczowych elementów KSO jest koordynator leczenia, czyli pracownik medyczny, który skoordynuje całość procesu leczenia i poprowadzi pacjenta przez system. Wspomniałem już o tym, że należy integrować diagnostykę genetyczną, patomorfologiczną i obrazową, a także całość opieki onkologicznej od momentu wczesnego wykrycia nowotworu aż do np. rehabilitacji onkologicznej czy opieki hospicyjnej, w zależności od kierunku, w jakim zmierza choroba i leczenie. Tak to powinno wyglądać. Sądzę, że od systemu modelu dzieli nas lata świetlne, ponieważ trzeba by stworzyć model współpracy zakładający integrację wielu środowisk medycznych i specjalistów. Niektórzy eksperci uważają, że powinna

to być także integracja środowiska polityki społecznej wokół zagadnień opieki onkologicznej.

Jaką rolę w modelu koordynowanej opieki odgrywałyby nowoczesne technologie i telemedycyna? Pandemia udowodniła, że jest to nieodzowny element systemu opieki zdrowotnej. Czy telemedycyna ma rację bytu również w onkologii?

Powiem tak: przed procesami cyfryzacji, do których m.in. należy telemedycyna, trudno uciec. Pokazała to pandemia SARS-CoV-2. Telemedycyna jest jedną z odpowiedzi na potrzeby pacjentów onkologicznych, oczywiście w zależności od etapu choroby. Musimy jednak pamiętać, że cyfryzacja, sztuczna inteligencja i zdalny dostęp do opieki medycznej nie zastąpią całkowicie lekarza, zwłaszcza w trudnych i skomplikowanych przypadkach. Kiedy natomiast realizowane są procedury będące kontynuacją, jeśli nie są to procedury wymagające obecności człowieka, to jak najbardziej. Oczywiście trzeba pamiętać o ograniczeniach telemedycyny, chociażby potrzebie dobrej jakości łączności, możliwości budowania zaufania między lekarzem a pacjentem, możliwości rozmowy z rodziną.

Philips umożliwi onkologom i patomorfologom dostęp do systemu zweryfikowanych informacji klinicznych „Precision Oncology Decision Support” (PODS), opracowanego przez Centrum Onkologii im. M.D. Andersona. Jakie będą korzyści z tego systemu? Czy może on trafić także do Polski?

Philips coraz mocniej angażuje się w sferę cyfryzacji. Technologie cyfrowe mają bardzo istotne znaczenie nie tylko z punktu widzenia satysfakcji pracowników ochrony zdrowia, ale przede wszystkim zwiększenia szansy wyleczenia chorego. Celem współpracy między Philips a Centrum Onkologii M.D. Andersona jest pomoc patomorfologom i onkologom w opiece nad pacjentami poprzez dostarczenie informacji o dostępnych opcjach terapeutycznych lub badaniach klinicznych opartych na markerach nowotworowych. Philips stworzył system, który ma za zadanie zintegrować wiele dziedzin, czyli diagnostykę obrazową, patomorfologię i genetykę. Wiadomo, że w procesie leczenia ważna jest możliwość śledzenia wszystkich danych dotyczących sytuacji zdrowotnej pacjenta. Najlepiej, gdyby były one zebrane w jednym miejscu. Ta integracja technologiczna jest możliwa dzięki narzędziu, które stworzyliśmy. Philips Intellispace Precision Medicine Platform może nie tylko wpłynąć na polepszenie jakości leczenia, lecz także przyczynić się do redukcji związanych z nim kosztów. Na podstawie zebranych informacji o pacjencie oraz przy dostępie do dużych zbiorów danych porównawczych i wspomagających lekarz prowadzący podejmuje decyzje kliniczne, proponuje plan leczenia czy kontynuację ścieżki diagnostycznej.

Rozmawiała Iwona Kazimierska