

VII KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

Wcześniej znaczy lepiej. Dlaczego wcześnie interwencje w onkologii są tak ważne dla pacjentów i dla systemu ochrony zdrowia?

Leczenie nowotworów we wczesnych stadiach oraz podanie skutecznego, nowoczesnego leczenia okołoperacyjnego istotnie poprawia rokowania pacjentów. Podczas konferencji Wizja Zdrowia – Diagnoza i Przyszłość eksperci szukali odpowiedzi na tytułowe pytanie oraz wskazywali zmiany, które powinny zostać wdrożone.

– Stworzyliśmy raport „Wcześniej znaczy skuteczniej. Leczenie we wczesnych stadiach nowotworów”, w którym zajęliśmy się tą kwestią nie tyle z punktu widzenia klinicznego, ile z punktu widzenia systemowego – wyjaśnił Krzysztof Jakubiak z Modern Healthcare Institute. – Narodowa Strategia Onkologiczna kładzie duży nacisk na profilaktykę, edukację i badania przesiewowe, co daje nadzieję, że zaczniemy wykrywać choroby nowotworowe na wcześniejszych etapach niż obecnie. Daje też nadzieję, że większy odsetek pacjentów będzie można wcześniej leczyć – dodał.

Autorzy raportu podkreślają, że w ostatnich latach jesteśmy świadkami prawdziwego przełomu w leczeniu onkologicznym. Pacjenci zyskali dostęp do nowych opcji terapeutycznych – immunoterapii i leków ukierunkowanych molekularnie. Terapie te są coraz powszechniej stosowane we wczesnych stadiach nowotworów jako leczenie okołoperacyjne (przed i po zabiegu chirurgicznym), które zwiększa szansę chorego na całkowite wyleczenie.

– Możliwość wyleczenia chorych na nowotwory zależy od właściwego wykorzystania wszystkich dostępnych metod. Poszczególne metody stosowane samodzielnie mają ograniczoną efektywność, ale na przykład dodanie immunoterapii okołoperacyjnej do zabiegu chirurgicznego może istotnie poprawić rokowania chorych. Skuteczność takiego leczenia udowodniono w takich nowotworach, jak czerniak, rak piersi, rak nerki czy rak płuca – podkreślał Krzysztof Jakubiak.

– Potrzebę dostępu do skutecznego leczenia okołoperacyjnego uzasadnia ryzyko nawrotów, których chcemy uniknąć po leczeniu radykalnym. Sama operacja może się okazać niewystarczająca. Wiemy na przykład, że ponad 40 proc. osób z rakiem nerki doświadczy nawrotu po nefrektomii w chorobie zlokalizowanej, u 20–30 proc. chorych z wczesnym rakiem piersi dojdzie do nawrotu w ciągu kilku miesięcy lub lat, przy czym odsetek ten jest kilkakrotnie wyższy w przypadku potrójnie ujemnego raka piersi, który jest szczególnie źle rokującym podtypem tego nowotworu. Leczenie przedoperacyjne ułatwia resekcję guza lub umożliwia wykonanie zabiegu mniej okaleczającego, wpływa też na poprawę jakości życia pacjenta, ponieważ nowoczesne metody leczenia niosą ze sobą mniej skutków ubocznych – dodał Krzysztof Jakubiak.



Fot. Patryk Rydzik

”
dr hab. Bożena Cybulska-Stopa: Wiedza lekarzy na temat leczenia jest dobra, ale wiedza dotycząca działania systemu jest niewystarczająca. I nad tym musimy pracować

Wcześniej znaczy lepiej – tak, ale...

– Korzyści płynące z wczesnej diagnostyki czy koordynacji leczenia są oczywiste i nikt ich nie neguje – mówił dr hab. n. med. Maciej Niewada, farmakolog kliniczny, neurolog, adiunkt w Katedrze Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. – Leczenie okołoperacyjne co do zasady stosujemy z intencją wyleczenia – ma ono zwiększyć odsetek pacjentów, u których udaje się opłonić chorobę. Większość leków, które pojawiają się w onkologii, najpierw stosuje się w leczeniu nowotworów w postaciach najbardziej zaawansowanych, z czasem zaczyna się je stosować u pacjentów z mniej zaawansowaną chorobą, a dopiero na końcu myślimy o stosowaniu okołoperacyjnym. Zaczynamy więc od populacji mniejszej, która wzrasta wraz z rozszerzeniem stosowania leku. Cena jest określana na tym pierwszym etapie i zwykle potem nie ulega



Fot. Patryk Rydzik

”
Krzysztof Jakubiak: Narodowa Strategia Onkologiczna kładzie duży nacisk na profilaktykę, edukację i badania przesiewowe, co daje nadzieję, że zaczniemy wykrywać choroby nowotworowe na wcześniejszych etapach niż obecnie

zmianie mimo zwiększenia zapotrzebowania na terapię. To może być wyzwaniem dla płatnika – zauważył.

– Gdy mówimy o leczeniu okołoperacyjnym, to trzeba podkreślić, że nie mamy dobrych systemów predykcyjnych pozwalających zidentyfikować pacjentów, którzy odniosą z niego szczególne korzyści. Trzeba zdawać sobie sprawę, że chodzi o leczenie, które docelowo będziemy stosować w dużej populacji pacjentów, a tylko część z nich odniesie korzyść. Dlatego wyzwania ekonomiczne są w tym przypadku spore – tłumaczył dr hab. Maciej Niewada.

– Pacjent ma chorobę nowotworową i podejrzanie kolejnego nowotworu, ale nikt mu nie chce wystawić drugiej karty DiLO, ponieważ „się nie da” – podała przykład dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa z Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, przedstawicielka Polskiego Towarzystwa



Fot. Patryk Rydzik

”
dr hab. Maciej Niewada: Postęp w dostępie do nowoczesnych technologii w leczeniu onkologicznym jest naprawdę duży, ale musimy cały czas pracować nad systemem, by był w stanie je wykorzystać w najlepszy możliwy sposób

nia wartość tego wskaźnika jest bardzo ważna chociażby dla procesu refundacyjnego. W przypadku terapii onkologicznych stosowanych w leczeniu okołoperacyjnym ten zysk jest piorunujący – mówił ekspert.

Organizacja leczenia do poprawy

Prawdą jest, że należy edukować lekarzy w zakresie leczenia przedoperacyjnego i pooperacyjnego, co nie znaczy, że nie ma w kraju dobrze wykształconych lekarzy. Problemem jest za to na pewno organizacja leczenia. Ona się powoli zmienia, ale to w tym kierunku należy prowadzić edukację.

– Pacjent ma chorobę nowotworową i podejrzanie kolejnego nowotworu, ale nikt mu nie chce wystawić drugiej karty DiLO, ponieważ „się nie da” – podała przykład dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa z Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, przedstawicielka Polskiego Towarzystwa



Fot. Patryk Rydzik

”
Mateusz Oczkowski: Wytyczne się zmieniają, okazuje się, że pacjent, który dostał jakąś terapię na pierwszym etapie, potem może powtarzać ją wielokrotnie. I to jest dosyć ryzykowne dla płatnika publicznego

Onkologicznego. – Tymczasem da się, tylko nikt o tym nie wie. To są problemy organizacyjne i edukacyjne, które stoją przed nami. Jeśli mówimy „wcześniej znaczy lepiej”, to pacjent powinien dostać szybką diagnostykę i powinniśmy wiedzieć, kiedy i jak można wystawić kartę DiLO, by rozpoznanie było szybkie i by można było włączyć odpowiednie leczenie.

– Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO) stawia na edukację personelu pomocniczego, koordynatorów, by pomagali lekarzom. To umożliwi również ograniczenie liczby wykonywanych badań, powtarzania ich, wykonywania w nadmiarze. W tej chwili wykonujemy zbyt wiele badań tam, gdzie nie są one potrzebne, a nie wykonujemy ich tam, gdzie są niezbędne. Te przykłady pokazują, jak dużo musimy popracować nad organizacją – wyjaśniła dr hab. Bożena Cybulska-Stopa.

– Postęp w dostępie do nowoczesnych technologii w leczeniu onkologicznym jest na-



Fot. Patryk Rydzik

”
Ewelina Patała: Staramy się dostarczyć pacjentowi podstawową wiedzę o chorobie, informujemy o programach lekowych, by przygotować wspólnie listę pytań do lekarza. Bez tego choremu trudno jest być partnerem do dyskusji w gabinecie lekarskim

prawdę duży, ale musimy cały czas pracować nad systemem, by był w stanie je wykorzystać w najlepszy możliwy sposób. Mimo pewnych zmian ewidentnie mamy z tym problem i potrzebujemy szybkich postępów w szeroko pojętej koordynacji. Przed nami niełatwa droga, bo to, co wydaje się stosunkowo proste w teorii, w praktyce się komplikuje. Potrzebujemy narzędzi, które będą nadążały za technologiami i optymalizowały ich zastosowanie – dodał dr hab. Maciej Niewada.

Pacjenci i lekarze muszą ze sobą współpracować

– Pacjent, który słyszy diagnozę na przykład raka piersi, ma pewną pracę do wykonania. Nasze działania mają na celu między innymi przygotowanie pacjenta do rozmowy z lekarzem. Staramy się więc dostarczyć mu podstawową wiedzę o chorobie, informujemy o programach lekowych, by przygotować wspólnie listę pytań do le-

VII KONGRES WIZJA ZDROWIA DIAGNOZA I PRZYSZŁOŚĆ FORESIGHT MEDYCZNY

karza. Jest to szczególnie ważne w przypadku chorych, którzy mają gorsze rokowania. Bez tej podstawowej wiedzy pacjentowi trudno jest być partnerem do dyskusji w gabinecie lekarskim. Dlatego zawsze gorąco zachęcamy pacjentów, by ją zdobywali. Wiemy, że jest to dla nich duże obciążenie, bo jednocześnie muszą radzić sobie z trudnymi emocjami i poważnymi zmianami w życiu, dlatego staramy się im wskazywać priorytety. Przygotowujemy też poradniki i inne publikacje – tłumaczyła Ewelina Patała, wiceprezes Fundacji OmeaLife.

– W przypadku raka piersi ciągłość opieki i leczenia jest zachowana na każdym etapie, oczywiście jeśli pacjent nie zmienia w trakcie tego procesu ośrodka. Wiemy jednak, że w wielu nowotworach nie jest tak dobrze. Kompleksowość opieki, wynikanie kolejnych działań z poprzednich i zrozumienie przez pacjenta, dlaczego leczenie przebiega w określonej kolejności i w określony sposób, pozwala mu planować życie. Każdy pacjent marzy o tym, by zostać wyleczonym i wieść życie wolne od choroby. Nie możemy jednak zapominać, że w trakcie leczenia też toczy się jego życie i bardzo ważne jest, by było w miarę możliwości komfortowe. Przewidywalność tego, co będzie się działo w najbliższych miesiącach, poczucie sprawczości, które wynika z współdecydowania o swoim leczeniu, ma na to znaczący wpływ. Czasem może się zdarzyć, że to co pacjent uważa za dobre dla siebie, znacząco różni się od tego, co proponuje lekarz. Obie strony muszą się zrozumieć i dojść do wspólnego stanowiska – podkreśliła Ewelina Patała.

– Moim zdaniem nie jest tak, że pacjent zostaje sam pomiędzy etapami leczenia – na przykład chirurg zoperuje chorego i odsyła go do domu bez wskazania, co dalej – zaznaczyła dr hab. Bożena Cybulska-Stopa. – Onkolodzy kontaktują się ze sobą w trakcie konsyliów i starają się prowadzić pacjentów przez całą ścieżkę diagnostyczno-leczniczą. Leczenie systemowe musi być podane w odpowiednim czasie po zabiegu chirurgicznym, a obecnie bardzo często również przed zabiegiem. Dlatego tak ważne jest powstanie nowej karty DiLO, gdzie oprócz już istniejącego konsylium przed-terapeutycznego pojawi się finansowane przez NFZ konsylium poterapeutyczne. Dzięki temu po zabiegu chirurgicznym, mając wyniki badań molekularnych, będziemy mogli planować kolejne etapy leczenia. Od marca, gdy weszła ustawa o KSO, w zasadzie tak się dzieje, ale z danych wynika, że konsyliów odbywa się mniej niż jest pacjentów. To dla nas sygnał, że musimy to poprawić – dodała.



Fot. Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- dr hab. n. med. Bożena Cybulska-Stopa – Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, Polskie Towarzystwo Onkologiczne
- Krzysztof Jakubiak – redaktor naczelny portalu mzdrowie.pl, Modern Health Institute
- dr hab. n. med. Maciej Niewada – Katedra Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Polskie Towarzystwo Farmakoekonomiczne
- Mateusz Oczkowski – zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, Ministerstwo Zdrowia
- Ewelina Patała – wiceprezes Fundacji OmeaLife, Koalicja „Wspólnie dla zdrowia kobiet”

– W bardzo wielu przypadkach, szczególnie w mniejszych ośrodkach, zdarza się tak, że po leczeniu chirurgicznym pacjent jest odsyłany gdzie indziej i gubi się w systemie. W efekcie otrzymuje pomoc zbyt późno. Dlatego tak ważne jest tworzenie wielospecjalistycznych unitów naczyniowych. Dzięki temu onkolog kliniczny będzie widział pacjenta jeszcze przed operacją i potem w naturalny sposób pacjent pozostanie pod jego opieką – mówił Krzysztof Jakubiak.

– Na szczęście powstawanie unitów jest nierozzerwalną częścią KSO. Mogą je tworzyć już placówki SOLO2 (specjalistyczne ośrodki leczenia onkologicznego) – stwierdziła dr hab. Bożena Cybulska-Stopa. – Jeśli chodzi o wiedzę, to trzeba rozgraniczyć dwie kwestie. Po pierwsze – pacjent powinien mieć wiedzę na temat profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Na najniższym poziomie drzwi powinny być dla pacjenta otwarte jak najszerzej, by mógł się przebadac i skorzystać z porady lekarskiej, jeśli ma wątpliwości. Dostęp do badań profilaktycznych powinien być łatwy, prosty i przyjemny. I tu jest również ogromne pole dla działań organizacji pacjentów. Sprawy systemowe leżą w gestii Ministerstwa Zdrowia i pozostaje nam liczyć na jego wsparcie. Po drugie – lekarze. Ich wiedza na temat leczenia

jest dobra, ale wiedza dotycząca działania systemu jest niewystarczająca. I nad tym musimy pracować – oceniła.

Okiem ministerstwa

– Ten rok skończymy najprawdopodobniej na siedmiu terapiach okołoperacyjnych w onkologii. To pokazuje, że widzimy różne możliwości i pracujemy z firmami farmaceutycznymi nad ich wprowadzeniem – poinformował Mateusz Oczkowski, zastępca dyrektora Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia.

– Podmioty odpowiedzialne faktycznie mają taką strategię, że na początku proponują swoją terapię na poziomie zaawansowanym i dla małej populacji. Dopiero później zgłaszają się z chęcią rozszerzenia wskazań na poziomie okołoperacyjnym. Z jednej strony niesie to ze sobą pewne ryzyko finansowe, ale z drugiej może być źródłem oszczędności, ponieważ są to terapie ze zdefiniowanym horyzontem czasowym – 12- czy 18-miesięczne. Gdyby pacjent zatrzymał się na tej terapii i już nigdy nie wszedł do kolejnego programu lekowego i kolejnych linii leczenia, to mielibyśmy model idealny. Takie terapie bralibyśmy w ciemno. Niestety tak nie jest, część pacjentów wraca do leczenia. Wytyczne się zmieniają, okazuje się, że pacjent, który dostał jakąś terapię na

pierwszym etapie, potem może powtarzać ją wielokrotnie. I to jest już dosyć ryzykowne dla płatnika publicznego – tłumaczył przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia.

– Leczenie wczesnego raka jest też o tyle problematyczne, że może powodować uwięzienie pacjenta w pułapce terapeutycznej. Nie mamy w Polsce wszystkich linii leczenia tak zaopatrzonych jak w niektórych krajach europejskich, gdzie terapie automatycznie wchodzi do refundacji po ich rejestracji. U nas zastosowanie danego leczenia może zablokować pacjenta na kolejnej ścieżce terapeutycznej, szczególnie jeśli w późniejszym czasie pojawia się leczenie skojarzone. Na pytanie, jak go potem leczyć, nie znamy odpowiedzi ani my, ani eksperci, do których się zwracamy – zaznaczył Mateusz Oczkowski.

– Faktycznie, w tej chwili nie umiemy na to odpowiedzieć – przyznała dr hab. Bożena Cybulska-Stopa. – Jeżeli leczymy pacjenta uzupełniająco czy przedoperacyjnie, to zakładamy jego wieloletnie przeżycie, ale nie wiemy, jaka będzie toksyczność tego leczenia. To duży problem, z którym przyjdzie nam się zmierzyć pewnie za jakieś 10 lat, kiedy te toksyczności zaczną się rozwijać u pacjentów, którzy obecnie otrzymują leczenie okołoperacyjne.

Agnieszka Pacuła