

Nowe szanse dla pacjentów onkologicznych

# Rakiem do raka?

Co trzeci mieszkaniec Europy w trakcie swojego życia zachoruje na nowotwór. Każdego roku diagnozę, w której pojawia się nazwa choroby nowotworowej, słyszy 3,2 mln ludzi. Postęp medycyny wydłuża życie, ale to, niestety, zwiększa ryzyko zachorowania na raka.

Onkologia w dotychczasowej polityce Ministerstwa Zdrowia była wskazywana jako dziedzina priorytetowa, zgodnie zresztą z wieloma inicjatywami Unii Europejskiej. Członkowie Parlamentu Europejskiego i organizacje działające na rzecz podnoszenia świadomości w dziedzinie nowotworów, zapobiegania im lub zwalczania negatywnych następstw chorób nowotworowych podkreślają ten problem w deklaracjach, wytycznych, kodeksach i programach działań. Są to na przykład:

- Europejski Kodeks Walki z Rakiem,
- europejskie wytyczne w sprawie zapewnienia jakości badań przesiewowych i diagnostyki raka jelita grubego i raka piersi,
- robocze programy realizowane w ramach EPAAC (*European Partnership for Action Against Cancer*): promocja zdrowia i profilaktyka, badania przesiewowe i wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych, organizacja opieki onkologicznej, współpraca w zakresie badań nad nowotworami, zarządzanie informacją medyczną, na-

foto: iStockphoto



rodowe programy i strategię zwalczania nowotworów.

### Narodowy program

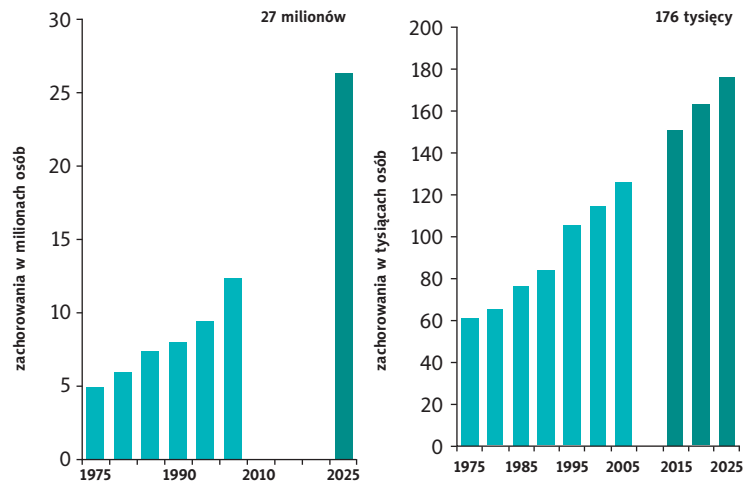
W Polsce od 2006 r. realizowany jest Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (na podstawie ustawy z 1 lipca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego na lata 2006–2015), finansowany z budżetu państwa (min. 83 proc.) i z funduszy pozabudżetowych. Łączne nakłady wyniosą 3 mld zł. Celem programu jest:

- zahamowanie wzrostu zachorowań na nowotwory;
- poprawa wskaźników wczesnego wykrywania nowotworów i skuteczności leczenia, do poziomu średniej europejskiej;
- tworzenie warunków do wykorzystania w praktyce onkologicznej postępu wiedzy o przyczynach i mechanizmach rozwoju chorób nowotworowych;
- wdrożenie systemu monitorowania skuteczności leczenia nowotworów.

Każdego roku do realizacji najważniejszych działań minister zdrowia wybiera, w drodze konkursu, podmioty odpowiedzialne. Główne ich zadania to:

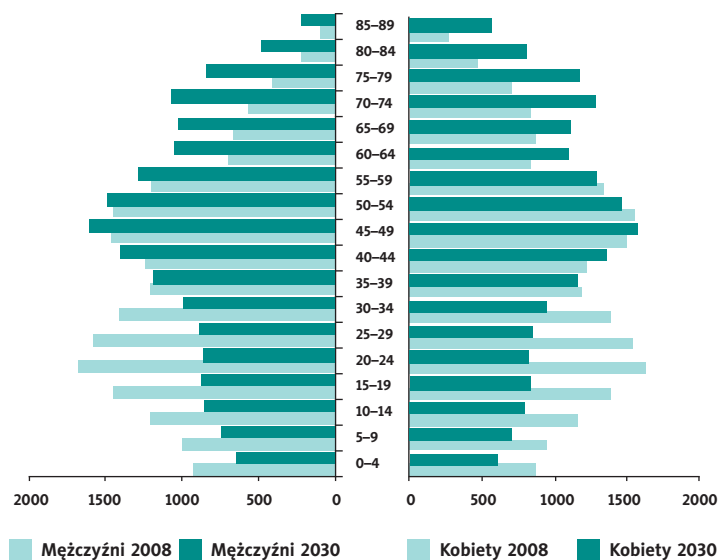
- rozwój profilaktyki pierwotnej w zakresie nowotworów zależnych od diety i tytoniu;
- populacyjne programy badań przesiewowych w zakresie raka piersi, raka jelita grubego, raka szyjki macicy i wybranych nowotworów u dzieci;
- wdrożenie procedur zapewnienia jakości diagnostyki i terapii nowotworów;
- standaryzacja procedur leczenia napromienianiem oraz zakup nowej aparatury;
- upowszechnienie metod leczenia skojarzonego;
- rozwój opieki paliatywnej i rehabilitacji chorych;
- rozwój kształcenia onkologicznego w programach przed- i podyplomowych;
- poprawa systemu rejestracji danych dotyczących stopnia zaawansowania choroby;

### Oczekiwana liczba zachorowań na nowotwory ogółem na świecie i w Polsce



(dzięki uprzejmości dr Joanny Didkowskiej z KRN)

### Prognoza populacji Polski do 2030 roku



(dzięki uprzejmości dr Joanny Didkowskiej z KRN)

- upowszechnienie wiedzy w społeczeństwie na temat profilaktyki, wczesnego rozpoznawania i leczenia nowotworów.

Na tle wydarzeń w skali europejskiej i niejako w uzupełnieniu NPZChN w czerwcu Polskie Towarzystwo Onkologiczne (PTO) rozpoczęło własne przedsięwzięcie – program „Czas na onkologię”. Zaprezentowano raport („Biała Księga. Zwalczanie raka jelita grubego i raka piersi w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”) dotyczący zasobów w polskim systemie opieki onkologicznej i analizy czynników determinujących sukces w zwalczaniu

raka jelita grubego i raka piersi w porównaniu z wybranymi krajami. Szczególnie część poświęcona czynnikom warunkującym sukces w zwalczaniu nowotworów stanowiła ważny przyczynek do dyskusji o modelu przyszłej polityki zwalczania nowotworów w Polsce. Kolejny etap programu zainicjowano podczas konferencji prasowej PTO w październiku. Autorzy przedstawili następujący dokument – „Drugą Księgę”, zawierającą zalecane przez PTO strategie działań w celu poprawy skuteczności zwalczania raka piersi i raka jelita grubego. Realizacja programu i 20 szczegółowych działań ma po-



zwozić na 15-procentową redukcję negatywnych następstw chorób nowotworowych w 2020 r.

Strategiczne działania zalecane przez PTO obejmują wiele aspektów opieki onkologicznej. Od momentu uzyskania wczesnego rozpoznania (1), poprzez jego potwierdzenie (2), interwencje terapeutyczne (3) i postępowanie z chorym po leczeniu specjalistycznym (4). Na każdym z etapów można zaobserwować straty, tzw. ucieczkę chorego z systemu opieki onkologicznej. Minimalizowanie strat jest głównym założeniem strategii. Jak zatem można to osiągnąć?

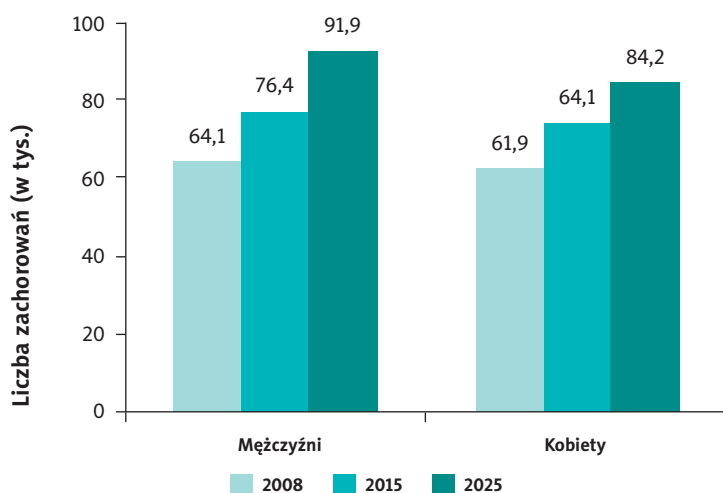
### Wychwytywanie

Etap pierwszy: wychwytywanie (*capture*). Dotyczy obserwacji nietypowych objawów i wczesnego zgłaszania się do lekarza. Wizyta u lekarza pierwszego kontaktu to możliwość wstępnej weryfikacji podejrzanych objawów i ewentualnego skierowania do specjalisty. W Polsce poradę onkologiczną można uzyskać bez skierowania. Fakt, że na tym etapie część populacji chorych traci szansę na przejście dalej w systemie opieki onkologicznej, jest związany z poziomem wiedzy i świadomością społeczeństwa oraz poziomem wy-



„Czułość onkologiczna zwiększa szanse na wczesne wykrycie choroby i skierowanie na badania diagnostyczne”

### Prognozy zachorowalności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 r.



W 2025 r. w Polsce zostanie odnotowanych ok. 180 000 nowych zachorowań (40% więcej niż obecnie, -2% rocznie)

(dzięki uprzejmości dr Joanny Didkowskiej z KRiN)

kształcenia lekarzy pierwszego kontaktu. Tak zwana czułość onkologiczna zwiększa szanse na wczesne wykrycie choroby i skierowanie na badania diagnostyczne. Co można poprawić? Duże znaczenie mają jakość szkolenia przeddyplomowego i programy edukacyjne dotyczące profilaktyki pierwotnej. Profilaktyka wtórna natomiast, realizowana w formie badań przesiewowych, tam gdzie ma zasięg populacyjny, napotyka bariery związane z niską zgłaszalnością zapraszanych pacjentów. Po kilku latach realizacji populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi zgłaszalność kobiet na badanie mammograficzne wyniosła 40 proc. Wydaje się, że bez wprowadzenia dodatkowych mechanizmów, np. powiązania uczestnic-

„ Dostępność do badań diagnostycznych oraz jakość i rzetelność wyniku mają decydujące znaczenie dla dalszego rokowania ”

nie jest objęta programem profilaktyki wtórnej. Tym większe znaczenie ma „czujność onkologiczna”.

### Rozpoznanie

Etap drugi: rozpoznanie nowotworu. Obejmuje zastosowanie diagnostyki obrazowej w celu określenia lokalizacji pierwotnej oraz przerzutów miejscowych i odległych, a także diagnostyki laboratoryjnej do oceny materiału biologicznego i rozpoznania nowotworu z określeniem jego typu. Dostępność badań diagnostycznych oraz jakość i rzetelność wyniku mają decydujące znaczenie dla dalszego rokowania. Stopień zaawansowania choroby w momencie rozpoznania jest pochodną wcześniejszych zdarzeń związanych z wykryciem podejrzanych objawów i skierowaniem na badania diagnostyczne. Czas, który upływa od momentu zauważenia pierwszego objawu do momentu otrzymania

opóźnienia, wyniki fałszywie dodatnie lub fałszywie ujemne powodują, że pewien odsetek chorych traci szansę na skuteczne interwencje systemu opieki onkologicznej.

### Leczenie

Etap trzeci: leczenie. Skuteczność postępowania terapeutycznego jest determinowana przez ogólne obciążenie zdrowotne populacji i poziom zaawansowania choroby w momencie jej wykrycia oraz stosowanie odpowiednich metod i systemów organizacji leczenia. Dostępność metod terapeutycznych (zarówno technologii lekowych, jak i nielekowych) jest limitowana przez: a) wynik oceny efektywności ekonomicznej i spełnianie kryteriów wymaganych do otrzymania pozytywnej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznej; b) poziom finansowania świadczeń, w ramach których możliwe jest rozliczenie kosztów stosowania

„ Zalecaną praktyką jest podejście wielodyscyplinarne, wyrażone w planowaniu terapii przez wielu specjalistów oraz kojarzeniu różnych form leczenia ”

stwa w badaniach przesiewowych z ubezpieczeniem zdrowotnym lub pracowniczymi badaniami okresowymi, nie uda się osiągnąć docelowego poziomu 70 proc. Istotne znaczenie dla postaw kobiet zapraszanych do udziału w badaniach ma strach przed chorobą i brak zaufania do systemu opieki onkologicznej. Wpływ tych czynników można zmniejszyć poprzez podnoszenie wskaźników skuteczności leczenia. Profilaktyka wtórna ma jednak ograniczony zasięg. Na przykład, na badania przesiewowe dotyczące raka piersi kierowane są kobiety w wieku 50–69 lat. Udział tej grupy wiekowej w nowych zachorowaniach to 57 proc., a 43 proc. nowych zachorowań na raka piersi dotyczy kobiet poniżej 50. i powyżej 69. roku życia. Grupa ta

wyniku badania patomorfologicznego, zależy od czynników związanych z zachowaniem chorego i od czynników systemowych. Wyższy stopień zaawansowania może być spowodowany opóźnieniami. Jakość i rzetelność wyniku badania patomorfologicznego są determinowane przez: a) zasoby infrastrukturalne (aparatura) systemu diagnostyki obrazowej i morfologicznej; b) kadry i ich kompetencje; c) procedury zapewniające jakość; d) poziom finansowania świadczeń. Ponieważ wynik ma decydujące znaczenie dla wytyczenia dalszego planu postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, szczególnie ważne jest minimalizowanie negatywnych czynników determinujących rzetelność i wysoką jakość wyników. Brak wyników, duże

wania odpowiedniej technologii terapeutycznej przez narodowego płatnika; c) rekomendowane miejsce danej technologii ujęte w zapisach wytycznych postępowania opracowywanych przez towarzystwa lekarskie; d) kształt procedury opisanej w katalogu świadczeń onkologicznych lub w terapeutycznym programie zdrowotnym; e) poziom wiedzy onkologów. Drugim elementem warunkującym skuteczność leczenia jest odpowiedni model organizacji terapii. Zalecaną praktyką jest podejście wielodyscyplinarne, wyrażone w planowaniu leczenia przez zespół różnych specjalistów oraz kojarzeniu różnych form leczenia. Kojarzenie metod o różnej skuteczności, ale w sposób planowany i sekwencyjny, powoduje, że zwiększa się szansa na lepszy wy-



nik i wyleczenie. Wyjątkowe miejsce i znaczenie ma koncepcja opieki onkologicznej nad chorymi na raka piersi opracowana i promowana przez EUSOMA (*European Society of Breast Cancer Specialists*) i EORTC-BCCG (*European Organization for the Research and Treatment of Cancer – Breast Cancer Cooperative Group*). Zalecanym rozwiązaniem organizacyjnym jest działalność BCU (*Breast Cancer Unit*) – wielospecjalistycznego zespołu klinicznego dla potrzeb populacji liczącej 250 tys. osób. Główne założenia BCU i wymagania dla ich działalności to:

- przestrzeganie standardów ustanowionych przez EUSOMA,
- dobrowolne poddanie się certyfikacji i akredytacji,
- organizacja świadczeń opieki onkologicznej wg najwyższych standardów jakościowych uznawanych przez pacjentów i autorytety medyczne,

dzielonej jednostki terytorialnej (infrastruktura: budynek i wyposażenie do diagnostyki i terapii) lub w bliskim zasięgu, aby spełniać wymagania zespołu wielodyscyplinarnego i mieć możliwość wykonania odpowiedniej liczby świadczeń (w proporcji do wielkości przynależnej populacji). Wielkość grupy i jednostki powinna umożliwiać przyjęcie co najmniej 150 nowych chorych (w różnym wieku i z różnym poziomem zaawansowania) rocznie, co zapewnia utrzymanie odpowiedniego poziomu kompetencji klinicznych zespołu. W skład zespołu klinicznego powinni wchodzić specjaliści, którzy poświęcają znaczącą większość swoich zawodowych obowiązków pracy w BCU: patolog, radiolog, technik radiolog, radioterapeuta, onkolog kliniczny, pielęgniarka onkologiczna, psychiatra, psycholog, chirurg, osoba zarządzająca informacją medycz-

wowe w ramach BCU. Rozpoznawanie nowotworu na podstawie badań mikroskopowych powinno się odbywać najszybciej jak to możliwe, a terapię należy rozpocząć nie później niż 4 tygodnie od uzyskania wyniku badania patomorfologicznego. Pacjent musi zostać poinformowany o planowanym postępowaniu.

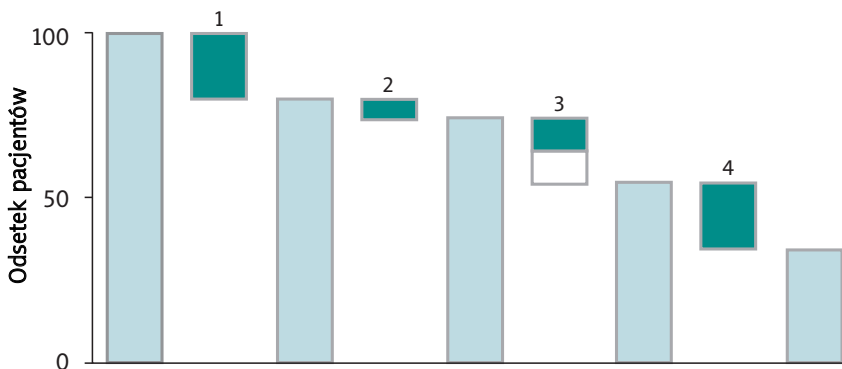
### Obserwacja

Etap czwarty: obserwacja chorego i opieka szpitalna. Istotne znaczenie ma dbałość o jakość życia chorego w trakcie leczenia i po zakończeniu terapii specjalistycznej. Podstawą jest informacja, jaką otrzymuje chory, oraz dane przekazane różnym specjalistom, w tym lekarzowi rodzinemu. Chory poinformowany np. o planowanej strategii leczenia i możliwych następstwach będzie bardziej świadomie uczestniczył w terapii. Może również wskazywać na pewne potrzeby, które podnoszą jego komfort, jakość życia i poczucie godności. Stosowany w niektórych krajach list od onkologa do lekarza rodzinnego pozwala na lepsze monitorowanie stanu pacjenta i właściwe zarządzanie chorobą w opiece ambulatoryjnej lub domowej.

Powyższa analiza możliwych działań w celu poprawy efektywności systemu opieki onkologicznej na czterech wskazanych etapach została wykorzystana do opracowania szczegółowych działań w strategii PTO. Nie jesteśmy zatem w pozycji „rakiem do raka”. Działania programowe, których celem jest koordynowanie opieki onkologicznej, optymalizacja ścieżki klinicznej chorych na nowotwory, leczenie w ramach wielospecjalistycznych zespołów, stosowanie metod leczenia skojarzonego i najnowszych technologii lekowych i nielękowych wskazujących przez zalecenia dobrej praktyki – są nadzieją na poprawę wyników leczenia nowotworów w Polsce i podniesienie wskaźników do poziomu średniej europejskiej.

Paweł Handschuh

### „Uciezka chorego” z systemu opieki onkologicznej



- przestrzeganie wytycznych w zakresie diagnostyki, leczenia guza pierwotnego (chirurgia oszczędzająca i rekonstrukcyjna, leczenie systemowe, terapia hormonalna, radioterapia), zarządzania ryzykiem powikłań.

Motywacją do tworzenia BCU jest oczekiwana efektywność kliniczna i ekonomiczna. W skład grupy powinny wchodzić osoby ze specjalizacją i odpowiednim szkoleniem w dziedzinie raka piersi. Zespół musi działać w ramach wy-

na. Dla wszystkich stopni zaawansowania raka piersi na etapie diagnostyki i leczenia w BCU stosowane są pisemne protokoły, uzgodnione w ramach całego zespołu. Minimum raz w tygodniu leczenie 90 proc. pacjentów powinno być omawiane podczas spotkań całego zespołu, a przyjęte ustalenia trwale zapisywane (*Multidisciplinary Case Management Meetings*). Zalecane jest organizowanie działalności ośrodków prowadzących mammograficzne badania przesie-