

Prof. Wysocki: Gwałtownie wzrośnie śmiertelność osób z chorobą nowotworową

W tej chwili dzieje się coś, o czym głośno się nie mówi, ale my tego doświadczamy – ogromne migracje pacjentów zdesperowanych, podróżujących setki kilometrów w celu kontynuacji leczenia, konsultacji czy porady – mówi prof. Piotr Wysocki, szef Oddziału Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Anita Czupryn

a.czupryn@polskatimes.pl



Rozmowa

Lekarze onkolodzy biją na alarm. Przez pandemię, ogromna liczba pacjentów z chorobą nowotworową rozpoznana zbyt późno może już być nie do uratowania. Jak pan ocenia tę sytuację?

Niewątpliwie trzeba się spodziewać, że będziemy mieli do czynienia z gwałtownym wzrostem liczby chorych, u których choroba będzie bardziej zaawansowana niż miało to miejsce do tej pory. Powinniśmy mieć świadomość, że będziemy mieć więcej chorych, których zaczniemy leczyć na takim etapie, kiedy ich choroba będzie już znacznie zaawansowana, albo będą przerzuty świadczące o braku możliwości wyleczenia pacjenta. Będzie zdecydowanie więcej chorych, u których trzeba będzie wdrożyć bardziej agresywne leczenie, żeby móc myśleć o ich wyleczeniu. Krótko mówiąc, można się spodziewać wyraźnego przesunięcia przypadków chorób nowotworowych w stronę większego ich zaawansowania w momencie postawienia diagnozy.

Statystyki wskazują, że tylko od marca do maja liczba wydanych tak zwanych zielonych kart DULO, czyli kart diagnostyki i leczenia onkologicznego spadła o 25 procent, a inne źródła mówią nawet o 40 procentach. Powodem tego był tylko strach pacjentów przed koronawirusem, czy jeszcze coś innego?

Pracuję w klinice onkologii, a tego rodzaju kliniki nie są pierwszymi miejscami, w których pacjenci trafiają do diagnostyki. Onkologia ki-

niczna to miejsce, do którego pacjenci trafiają już do leczenia. Diagnostyka najczęściej jest prowadzona na etapie poradni zabiegowych, czyli poradni chirurgicznych, poradni urologicznych, poradni gastroenterologicznych czy innych. Rzeczywiście, z tego, co się słyszy, wyraźnie zmniejszyła się liczba chorych, u których podejrzewa się chorobę nowotworową. Ale mamy też do czynienia jeszcze z czymś innym. Nie tylko spadła dostępność procedur diagnostycznych, ale też w pewien sposób została ograniczona dostępność do klasycznego już leczenia onkologicznego. Jako klinika onkologii w szpitalu jednoimiennym, jesteśmy chyba jedynym tak dużym oddziałem onkologicznym w Polsce, który funkcjonuje w strukturach szpitala jednoimiennego. Aby ten fakt nie wpłynął na ograniczenie naszych możliwości pomocy chorym, dyrekcja szpitala i władze Uniwersytetu Jagiellońskiego podjęły decyzję o relokacji całej działalności kliniki (oddział stacjonarny, dzienny, poradnie) do innych budynków szpitalnych zlokalizowanych w innej dzielnicy miasta. Dzięki temu, nasi pacjenci mieli poczucie bezpieczeństwa, że nie są w obrębie budynków przyjmujących ogromne liczby pacjentów z COVID-em. Dzięki temu i pacjenci, i personel mają poczucie funkcjonowania w maksymalnie bezpiecznych warunkach, mając jednocześnie wsparcie całego wielospecjalistycznego szpitala z ogromnym doświadczeniem w leczeniu chorych na COVID-19. To spowodowało, że w żaden sposób nie musieliśmy ograniczyć naszej działalności od momentu wybuchu pandemii. W ciągu tych ostatnich kilku miesięcy obserwujemy natomiast nieprawdopodobny przyrost liczby chorych, próbujących dostać się do naszego ośrodka



Prof. Wysocki: Obawiam się, aby nie zmniejszyła się dostępność do nowoczesnych terapii

i są to nie tylko chorzy z innych ośrodków czy miast Małopolski, ale również z innych, nawet odległych województw.

O czym to świadczy?

Naszym zdaniem jest to dowód na to, że w ostatnim półroczu dostępność do leczenia onkologicznego wyraźnie się pogorszyła. W okresie przed pandemią ci pacjenci mieli dostęp do opieki i określonego leczenia onkologicznego w ośrodkach w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. W tej chwili dzieje się coś, o czym głośno się nie mówi, ale my tego doświadczamy – ogromne migracje pacjentów zdesperowanych, podróżujących czasem setki kilometrów w celu kontynuacji leczenia, konsultacji czy porady. Ci chorzy mają dramatycznie odległe terminy u siebie w rejonie na rozpoczęcie leczenia, na kontynuację leczenia. Potrzebują pomocy, bo teleporady są w ich przypad-

ku niewystarczające, czekają w naszej poradni, a my nie dajemy rady ich wszystkich przyjąć.

Jakie to są liczby?

To kilkaset nowych pacjentów miesięcznie, którzy zgłaszają się do nas, na konsultację w poradniach i na oddziale. Przeżywamy prawdziwe obłędzenie, tego – mówiąc kolokwialnie – nie można ogarnąć.

Dlaczego nie znajdują pomocy w swoich regionach?

Tego do końca nie wiemy, ale prawdopodobnie dlatego właśnie, że duża część ośrodków po wprowadzeniu zasad zapobiegania COVID-owi, stała się niewydolna. Część ośrodków wprowadziła obojętne wymazy. Część ośrodków ograniczyła liczbę przyjęć do poradni. Część pacjentów, którzy widzą, że coś się z ich zdrowiem dzieje, a skonsultować się mogą jedynie na poziomie teleporady, która również

wymaga czasu, są przerażeni. Mają świadomość, że muszą zacząć się leczyć od razu, widzą, że mają objawy nawrotu choroby – o tych pacjentach też głośno się nie mówi. Stąd, uważam, nie można już mówić tylko o spodziewanym nagłym wzroście liczby nowych chorych z zaawansowanymi chorobami nowotworowymi, ale również o tym, że gwałtownie wzrośnie w Polsce śmiertelność chorych z rozpoznaniem choroby nowotworowej, u których doszło do przerwania lub braku kontynuacji leczenia onkologicznego. Jesteśmy w klinice wręcz porażeni tą liczbą pacjentów, jaka na nas spada.

Czy można powiedzieć, że to już się dzieje? Że już teraz ludzie umierają po cichu? Nikt przecież nie podaje publicznie liczb zgonów z powodu choroby nowotworowej. Tak jak to się robi z koronawirusem.

Musi pani zdać sobie sprawę, że Krajowy Rejestr Nowotworów upublicznia dane dopiero po kilku latach. Zatem twarde dane znajdują się w Krajowym Rejestrze Nowotworów w Centrum Onkologii w Warszawie i wiarygodne dane o tym, jak wzrosła umieralność z powodu nowotworów, będzie można uzyskać pewnie dopiero za dwa-trzy lata.

Czy z perspektywy czasu widzi pan, że przemienie Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, w ramach którego działa Klinika Onkologii Uniwersytetu Jagiellońskiego, której jest pan kierownikiem, na szpital jednoimienny to było zasadne działanie? Teraz trwa powrót do stanu przed pandemią. Szpitale jednoimiennie już są likwidowane, ma być 9 szpitali wielospecjalistycznych dla pacjentów z COVID-em.

Onkologia w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie traktowana jest bardzo priorytetowo. Dyrekcja ma świadomość, że ani onkologia, ani hematologia, z uwagi na to, że leczenie chorych ma charakter ciągły i ratujący życie, nie może przestać działać. Decyzją władz województwa, dyrekcji i władz Uniwersytetu Jagiellońskiego najnowszy i największy szpital w Europie Środkowej – został w całości zamieniony na szpital jednoimienny, natomiast, jak już wspominałem, onkologię wprowadzono z tego budynku do starych budynków szpitala w centrum Krakowa, które opuściliśmy pół roku wcześniej. W warunkach niejako wojennych ponownie uruchamialiśmy oddział, dbając o to, żeby w żaden sposób nie zmniejszyć dostępności do leczenia dla naszych chorych. Dla nas ten okres ostatnich 6 miesięcy to czas ogromnego obciążenia. Wszyscy jesteśmy świadomi

tego, że jeśli tym pacjentom, którzy zgłaszają się do nas, nie pomogły ośrodki w ich miejscach zamieszkania i my też im nie pomożemy, to będzie z nimi bardzo ciężko. Staramy się więc angażować jeszcze bardziej, żeby się nimi zaopiekować, ale liczby są nieublagane, bo pokazują, że nasz oddział w porównaniu do tego, co było w zeszłym roku, o około 30 procent zwiększył liczbę procedur. I to mimo pandemii.

Ale przecież minister zdrowia ogłosił nową strategię, która miałaby być przywróceniem normalności, już lekarze rozzinni, którzy się zamknęli przed pacjentami, mają zacząć przyjmować.

Mamy nadzieję na tę normalność, tylko też mamy świadomość tego, że nie wiemy, co będzie jesienią. Przygotowujemy się na to, żeby było normalnie i chcemy, żeby tak było.

Wróć jeszcze do tego, co pan powiedział o teleporadach. Lekarz pierwszego kontaktu dla pacjentów onkologicznych był kimś bardzo ważnym, bo to on właśnie mógł skierować ich na diagnostykę do specjalistów. Czy za pomocą teleporady można zdiagnozować nowotwór?

Nie. Można w pewnych określonych przypadkach powziąć podejrzenie, że się dzieje coś niepokojącego. Jeśli na przykład chory powie, że ma niestanne owrzodzenie w jamie ustnej, które się nie goi, albo inny powie, że zżółkł, albo ktoś powie, że wyczuwa guz w piersi i nastąpiło wciągnięcie brodawki – wówczas można podejrzewać proces nowotworowy. Tylko że to nie są częste sytuacje, bo większość nowotworów daje objawy relatywnie późno. Pojawienie się typowych objawów zazwyczaj mówi o tym, że choroba jest zaawansowana. Dlatego lekarze pierwszego kontaktu muszą być bardziej wyczuleni, np. u pacjenta pojawia się anemia z niewiadomego powodu, to może wskazywać, że coś się dzieje w przewodzie pokarmowym. Ale żeby stwierdzić anemię, trzeba wykonać badania krwi – tego nie da się zrobić przez telefon. Jeżeli ktoś mówi, że coś się dzieje pod pachą – to za pomocą teleporady lekarz nie jest w stanie zbadać węzłów chłonnych i powiedzieć, że ewidentnie są powiększone. A pacjent nie musi wiedzieć, co pod tą pachą ma. Zatem teleporady raczej mają służyć kontroli stanu dobrze znanego lekarzowi pacjenta czy przedłużaniu recept, ale nie konsultacji w sytuacji podejrzanej czy niejednoznacznej.

W takiej sytuacji lekarz musi mieć możliwość zbadania pacjenta.

Jak więc od marca było prowadzone leczenie chorych na raka?

Leczenie onkologiczne – i nie mówimy tu o diagnostyce, ale o samym już leczeniu – było prowadzone na standardowych zasadach. Mogę powiedzieć, że dla onkologów Narodowy Fundusz Zdrowia podjął bardzo ważne decyzje, które były korzystnym rozwiązaniem i ułatwiły prowadzenie leczenia. Szczególnie w przypadku stosowania bardzo drogich terapii lekowych, które są stosowane w ramach tzw. programów lekowych, gdzie jest określone, że pacjent co 6 tygodni bez możliwości odstępstwa musi mieć zrobioną tomografię, musi mieć co 3 tygodnie wizytę u lekarza, NFZ uznał, że z uwagi na pandemię, nie trzeba w sposób tak kategoryczny trzymać się tych terminów. To lekarz teraz podejmuje decyzję, czy dane badanie pacjent musi mieć wykonane, czy można jeszcze poczekać. Dzięki temu, w sytuacji, kiedy przez wiele miesięcy prowadzimy pacjentów na różnych terapiach, szczególnie doustnych, można było pozwolić im przyjeżdżać do nas rzadziej. Oni oczywiście

rych, leczonych wiele lat temu, jest część, którzy otrzymują leki hormonalne czy chemioterapię przez lata, są chorzy, którzy mają chorobę uogólnioną i są leczeni przewlekłe, po 10-15 lat z chorobą przerzutową. Jest to więc bardzo duża populacja chorych.

Te 70 procent, u których nowotwór jest wykrywany za późno, to liczba, która była i teraz, w związku z pandemią, ona może się zwiększyć?

Generalnie uważa się, że w krajach, które mają bardzo dobrą opiekę onkologiczną, odsetek zgonów powinien być poniżej 50 procent zachorowań. W Polsce ten odsetek wynosi powyżej; trudno powiedzieć czy to jest 70 procent, bo w innych przeliczeniach wynosi on 60 procent. No, ale z założenia zgonów jest więcej niż połowa. Na pewno wynika to z późnego rozpoznania nowotworu, ale nie tylko, jest to też wynikiem ograniczeń możliwości leczenia onkologicznego, bo nawet wczesne rozpoznanie nie jest, niestety, nadal równoznaczne z szybkim rozpoczęciem optymalnego leczenia onkologicznego. W tej chwili część ośrodków mniej operuje, między innymi dlatego, że są ograniczenia związane z COVID-em-19.

wielki problem, jak na przykład w Stanach Zjednoczonych. Z informacji, które posiadam, w wielu stanach dostęp do opieki zdrowotnej, szczególnie tej finansowanej na poziomie federalnym, dramatycznie się pogorszył.

Co z tymi pacjentami, którzy ze strachu przed koronawirusem nie odzwaliają się do lekarzy, nie domagali się opieki? Zostali pozostawieni sami sobie?

Tak jak powiedziałem, na to wygląda, jeśli spojrzeć na pacjentów, próbujących się dostać do naszego ośrodka z innych rejonów. To znaczy, że tam ich opieka jest na tyle niesatysfakcjonująca, że szukają pomocy 100-200 kilometrów dalej. To może pokazywać, że faktycznie wiele jest takich sytuacji, w których opieka nad chorymi onkologicznymi nie jest taka, jaka być powinna.

Lekarze onkolodzy alarmują, że nowotwór jest groźniejszy od koronawirusa. Który z nowotworów, jeśli chodzi o polskich pacjentów, jest najgroźniejszy dla chorych?

Bardzo trudno jest mi na to pytanie odpowiedzieć, bo typów i podtypów nowotworów jest kilkadziesiąt. Na pewno najgroźniejsze są nowo-

twory, charakteryzujące się bardzo dużą dynamiką. Ale tak naprawdę każdy nowotwór wykryty zbyt późno może stać się przyczyną śmierci chorych. Jeżeli choroba stanie się nieuleczalna, najprawdopodobniej taki nowotwór doprowadzi do przedwczesnej śmierci. Nie ma więc znaczenia, czy to będzie rak płuca, czy trzustki, rak piersi, czy rak jajnika. Każdy nowotwór wykryty zbyt późno jest krytycznym problemem.

Czy dzisiaj, w takiej sytuacji, gdzie tych chorych onkologicznych przybędzie, będą mogli oni liczyć na większą dostępność do nowoczesnych terapii, do leczenia innowacyjnego, do leków celowanych, do których w Polsce nie wszyscy chorzy mieli do tej pory dostęp?

W ramach programów lekowych chorzy mają dostęp do wielu nowoczesnych terapii. Zwiększenie dostępności wiąże się przede wszystkim ze zwiększaniem nakładów na leczenie onkologiczne. W tej chwili środowisko onkologiczne obawia się innej kwestii – aby nie zmniejszyła się dostępność do nowoczesnych terapii. Patrząc na to, co się dzieje w światowej gospodarce i mając świadomość, że to

również będzie się odbijało na polskiej gospodarce, że mamy recesję, że rośnie bezrobocie, że w konsekwencji zmniejszy się budżet NFZ – może pojawić się zagrożenie braku środków na dalszą refundację nowoczesnych leków. Mamy ogromną nadzieję, że leki, które teraz są dostępne, nadal będą dostępne. Trudno na obecną chwilę mówić o tym, że spodziewamy się, że nowe leki będą finansowane. Pozostajemy w nadziei, że pozostaną te leki, które już są finansowane.

CV



PIOTR WYSOCKI

Profesor doktor habilitowany medycyny, MD, PhD, onkolog. Jest kierownikiem Katedry i Kliniki Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum w Krakowie. Prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej.

Jesteśmy w naszej klinice onkologicznej wręcz porażeni tą liczbą pacjentów, jaka ostatnio na nas spada

cie dzwonił, mówili, że czują się dobrze, że wszystko jest w porządku; wtedy mówiliśmy: „Proszę dalej przyjmować przepisane leki i widzimy się za dwa miesiące”. Zatem teleporady i poluzowanie pewnych wymogów formalnych ze strony NFZ dużo nam pomogło. Mamy nadzieję, że te rozwiązania zostaną z nami też po pandemii. Ale musimy pamiętać, że mówimy tu o przewlekłym leczeniu chorych, których my znamy, a nie o diagnostyce czy leczeniu nowych chorych.

Z danych statystycznych wynika, że 160 tysięcy ludzi w tym roku zachorowało na raka, a u ponad 70 procent jest wykrywany za późno. I do tego jest jeszcze 200 tysięcy chorych, którzy poddani są leczeniu onkologicznemu.

Tak naprawdę w Polsce osób chorych, z rozpoznaniem choroby nowotworowej, w trakcie leczenia, po leczeniu, jest około miliona. To są takie liczby. Jest część cho-

Ale przecież nie tylko pacjenci onkologiczni są zagrożeni. Lekarze mówią o nierozpoznanych zawałtach, o udarach, o podwyższonym ciśnieniu tętniczym. Czy pan, kierując się swoim doświadczeniem, mógłby wskazać, w jakim kierunku idzie zdrowie Polaków? Poprawia się? Pogarsza?

Na pewno to, co się dzieje w tej chwili i to nie jest tylko kwestia Polski, bo to będzie zjawisko ogólnoswiatowe, wiąże się z ogromnym ryzykiem pogorszenia stanu zdrowia populacji światowej. Nie zakładam więc, że w Polsce będzie wyjątkowo dramatycznie w stosunku do Francji, Włoch, Hiszpanii, czy USA, bo tam również te same zjawiska będą miały miejsce. Co więcej, to są kraje, których system ochrony zdrowia został zdecydowanie bardziej poszkodowany przez pandemię. Nie można więc mówić, że tak będzie tylko u nas, że tylko nas to dotyczy, bo pandemia jest wszędzie. Wszędzie systemy opieki zdrowotnej są obciążone kwestią diagnostyki wirusa, kwestią zabezpieczania się, zmniejszania kontaktu, więc to będzie zjawisko ogólnoswiatowe. Pytanie, czy u nas będzie to aż tak wyraźne, jak na całym świecie, bo być może w Polsce nie będzie aż taki

REKLAMA

009835984

ZOSTAŃ
ŻOŁNIERZEM
RZECZYPOSPOLITEJ

Dołącz do najlepszych i zostań żołnierzem RP!

NABÓR DO SŁUŻBY W WOJSKU POLSKIM NIGDY NIE BYŁ TAK ŁATWY!
UPRASZCZAMY PROCEDURĘ DO MINIMUM. APLIKUJ PRZEZ INTERNET, DZIEKI NOWEJ FORMIE REKRUTACJI.

NOWY PORTAL REKRUTACYJNY WOJSKA POLSKIEGO.

www.ZOSTANŻOŁNIERZEM.PL

Dzielę Cię 3 kroki, aby zostać żołnierzem - zawodowym lub Terytorialnej Służby Wojskowej

KROK 1
Wejdź na zostanzolnierzem.pl i wypełnij niezbędne dane
Formularz można również wypełnić przez ePUAP oraz w WKU

KROK 2
W jeden dzień załatw wszystkie formalności w Wojskowym Centrum Rekrutacji

KROK 3
Ukończ 28 dniowe szkolenie** podstawowe i zostań żołnierzem
**w przypadku Terytorialnej Służby Wojskowej - 16 dniowe szkolenie

WIELE WYBÓRÓW NA WYBÓRZACH WYBÓRÓW
www.wojsko-polskie.pl