

 Iwona Schymalla, 2019-03-19 07:21

Debata Medexpressu: białe plamy w leczeniu zaawansowanego raka piersi



Kolejna debata Medexpressu poświęcona jest zaawansowanemu rakowi piersi i opiece nad pacjentkami.

W debacie udział wzięli:

Krystyna Wechmann, prezes stowarzyszenia Amazonki, prezes Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Prof. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Małgorzata Zawadzka, pacjentka

Prof. Tadeusz Pieńkowski, onkolog, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Badań nad Rakiem Piersi

Iwona Schymalla: Co powinno się zmienić, a co dobrego już się wydarzyło jeśli chodzi o leczenie zaawansowanego raka piersi i opieki nad chorymi?

Prof. Tadeusz Pieńkowski: Myślę, że zmiany powinny być w trzech strefach. Jedną to pieniądze i organizacja. Nakłady na onkologię w Polsce należą do najniższych w Europie. Na pewno jesteśmy w tym daleko od krajów, do których chcielibyśmy się porównywać. Jeśli chodzi o organizację, najlepszym miejscem do leczenia i diagnozowania tej choroby są dedykowane temu ośrodki leczenia raka piersi, które powinny być tak stworzone, żeby dotarcie do nich nie stanowiło dla chorych zbyt dużego problemu. One powinny być akredytowane czy certyfikowane, tak żeby wszystkie niezależnie od wielkości ośrodka, w którym się mieszczą, prezentowały i gwarantowały taki sam poziom, także w leczeniu. Są odpowiednie kryteria dokonywania takiej akredytacji i oceny parametrów jakościowych, które są niezbędne, by leczenie było odpowiednie. To mnóstwo szczegółowych rozwiązań, które ostatecznie w takim ośrodku można zsynchronizować i ułożyć, tak by osiągnąć efekt synergii wynikający ze współdziałania różnych specjalistów, co się przekłada na wydłużenie życia kobiet oraz na poprawę jego jakości. Organizacja leczenia jest lekiem, leczeniem. Nie tylko nowe cząsteczki są leczeniem. Druga sfera to nauka, gdzie można powiedzieć, że jest najwięcej dobrych wiadomości, bo kolejne pisma naukowe, doniesienia zjazdowe podają informacje, które mówią o nowych terapiach albo o tym, że są one rozwijane, i że powstaje ich bardzo dużo. Problemem jest oczywiście udostępnienie tych nowych terapii dla pacjentów tu i teraz. Jest tu wiele do zrobienia, bo w Polsce to udostępnianie odbywa się z ogromnym opóźnieniem. Trzecia sfera to edukacja. Powinna ona dotyczyć wszystkich, całego społeczeństwa. A jeśli chodzi o programy przesiewowe i profilaktyczne to powinna ona być skierowana na te grupy społeczne, które nie są przekonane, tymczasem odnosi się nieodparte wrażenie, że jest nastawiona na grupy przekonane. Kolejną grupą, która powinna podlegać jakimś specjalnym działaniom informacyjno-edukacyjnym to osoby pełniące funkcje publiczne: posłowie, radni, od których zależy wydawanie publicznych pieniędzy oraz strategiczne decyzje mające wpływ na stan zdrowia całej populacji. Myślę, że w szkołach należałoby wprowadzić przedmiot nauki o zdrowiu. Telewizja publiczna nie ma w tej chwili żadnej audycji dedykowanej problemom zdrowotnym. Optymista powiedziałaby o tej sytuacji, że potencjał do poprawy jest bardzo duży.

Iwona Schymalla: Z dnia na dzień dowiadujemy się o nowych cząsteczkach, które dają ogromną nadzieję pacjentom. A paradoks polega na tym, że pacjenci w Polsce nie mają dostępu do większości tych bardzo innowacyjnych terapii. Jak zmienić system refundacji, żeby wszystkie pacjentki chorujące na raka piersi, i te, które we wczesnej fazie miały wykryty nowotwór oraz te, u których wystąpił nawrót choroby miały dostęp do nowoczesnego leczenia. Czy w Pana opinii w Polsce jest wystarczający dostęp do innowacyjnych terapii?

Prof. Adam Maciejczyk: Na pewno ten dostęp nie jest wystarczający. Brakuje środków finansowych. Pieniądze te powinny być właściwie wydane, więc trzeba na to spojrzeć systemowo i przeanalizować. Aby to zrobić, trzeba zebrać odpowiednie dane. I tu jest olbrzymi kłopot, ale też rozwiązywany w kontekście założeń wdrożenia chociażby jednostek specjalnych, o których wspominał Pan Profesor Pieńkowski czyli tzw. breast cancer unit. Jeżeli zbierzemy te dane i dobrze zaplanujemy, to też będziemy wiedzieć, jak te środki wydać. Pewne założenia już się pojawiły i symptomy zmian już widzimy. Od kilku lat mówi się o systemowym wdrożeniu breast unitów, ale nigdy nie byliśmy tak blisko tego rozwiązania. Rozporządzenie, które ma to opisywać, nigdy nie było na tak dużym poziomie zaangażowania i zaawansowania. W związku z tym bardzo liczymy na to, że to się dokona, że to MZ ogłosi.

Iwona Schymalla: Czy są twarde dane pokazujące, że breast unit daje dużo większe i lepsze efekty leczenia?

Prof. Adam Maciejczyk: Tak, to jest bardzo dobrze udowodnione. Na ten temat nie ma co dyskutować, bo jest to fakt. Pytanie tylko, jak to dobrze wdrożyć w Polsce, przy skromnych jednak zasobach. Mówię tu o zasobach nie tylko finansowych, ale również ludzkich. Specjalistów, którzy potrafią zaangażować się mocno właśnie tylko w leczenie jednego nowotworu, nie jest zbyt wielu. Wiem to najlepiej, patrząc po procesie rozwoju tej dziedziny na moim, Dolnego Śląska, terenie.

Prof. Tadeusz Pieńkowski: W wymogach breast unit nie ma obwarowania, aby lekarz zajmował się tylko tym nowotworem. Są pewne mierniki zaangażowania czasowego czy ilościowe mierniki dotyczące wykonywanych zabiegów, procesów diagnostycznych. Lekarze mogą i większości miejsc wykonują też inne działania. Tych, którzy zajmowaliby się tylko tym nowotworem jest w Polsce, ale i na całym świecie, bardzo mało.

Prof. Adam Maciejczyk: Tak, to prawda. Ale trzeba pamiętać, że cały zespół pielęgniarski, psychoonkologów, rehabilitantów im bardziej wyspecjalizowany, tym jakość jego działania jest wyższa. Takie przynajmniej mam doświadczenie w moim szpitalu, w którym przecież leczymy wszystkie nowotwory. I efekt jakościowy, który mierzymy stale, osiągnęliśmy jednak w momencie, w którym podzieliliśmy zespoły, poświęciliśmy każdy z nich innemu typowi nowotworu, jego lokalizacji.

Iwona Schymalla: Czy kluczem do sukcesu jest kompleksowe zorganizowanie takiej właśnie opieki nad pacjentką z awansowaną postacią tego nowotworu?

Krystyna Wechmann: Popieram wszystko co Panowie Profesorowie tu powiedzieli. Martwi mnie tylko, że proces, w którym zaczynamy mówić o korzyściach w leczeniu raka piersi, trwa zbyt długo. Przyzwyczaiałam się już do tego, ale jak powiedział Pan Profesor Maciejczyk, już jesteśmy na finiszu. Dużo mówimy o nowych, innowacyjnych lekach, na które nie mamy pieniędzy, o kompleksowej opiece, ale jakże ważna jest strona psychologiczna i rehabilitacyjna. I myślę, że w tej chwili (red. dzięki breast unitom) będą większe efekty jeśli chodzi o rehabilitację (obrzęki), stan psychiczny pacjentek oraz ich jakość życia. Ale, jeśli mamy mówić finalnie o breast unitach, nie tylko ważne są tu pieniądze. Ważni są też specjaliści. Mnie się marzy, żeby o dostępności do opieki nie decydował adres zamieszkania, by pacjentki nie musiały dojeżdżać do ośrodków powyżej stu kilometrów. To duży problem, przez który około 20 procent zdiagnozowanych onkologicznie pacjentów, nie podejmuje

leczenia. I uważam, że w tym jest duża grupa osób z małych miejscowości. Mam nadzieję, że powstające już breast unity będą się rozprzestrzeniać i rozrastać, i że jeszcze tego doczekam, że zobaczymy wyniki tego modelu opieki. Pan premier zapowiadał, że priorytetem jest onkologia, ale martwi mnie to, że jeszcze nie odczuwamy dofinansowania w tym leczeniu. Zdaje sobie sprawę, że pieniądze to nie tylko innowacyjne leki. To także kadry. Wykształciliśmy masę dobrych lekarzy i trzeba ich zatrzymać. Jednak zarobki w innych krajach powodują, że personel medyczny ucieka z Polski. Mam jednak nadzieję na większą liczbę specjalistów, bo dla nich przy powstawaniu takich ośrodków będą sprecyzowane warunki. I kolejna sprawa, to taka, że przy leczeniu raka piersi nie zawsze musi być chemioterapia. Pokazują to wszystkie badania światowe. Wiemy, że chemioterapia ma niekorzystny wpływ na jakość życia chorych. I chcę tu podkreślić, jak ważną dla nas rzeczą jest to, byśmy w tej dobrej jakości życia mogły spełniać swoje role społeczne, zawodowe, życiowe, rodzinne. Bo nawet z zaawansowanym raku piersi możemy pracować i pogłębiać przychód do skarbu państwa. Najgorsze jest kiedy po diagnozie pacjentka od lekarza w szpitalu słyszy, że do jej leczenia przydałby się taki a taki lek, ale szpital go nie zabezpieczy dla niej, bo nie jest on refundowany. Mnie męczą już liczne zbiórki na takie leki, które organizujemy i telefony z prośbami o nie.

Iwona Schymalla: Pani Małgorzata jest autorką petycji, wołającej o konkretną terapię dla konkretnej grupy pacjentek.

Małgorzata Zawadzka: Tak. Jako pacjentka ze zdiagnozowanym trzy lata temu hormonozależnym nowotworem piersi, na szczęście jeszcze na etapie takim, kiedy proponowane leczenie przez lekarzy w Polsce, było skuteczne, założyłam grupę wsparcia dla kobiet. W tej chwili w mojej grupie jest około dziewięćset kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi. To kobiety na początku drogi leczenia, jak i po. To także kobiety, które mają nawrót choroby. W mojej grupie jest jedna pani, która leczy się bardzo innowacyjnym lekiem przy zaawansowanym nowotworze piersi i przerzutach do kości. Są oczywiście potwierdzone badania skuteczności tego leku. Pani ma też potwierdzone remisje. Natomiast wywołanie tematu w grupie spowodowało pojawienie się pytania w głowach innych pań, czy ich to też spotka, bo jesteśmy w grupie ryzyka wznowy choroby. Rak hormonozależny, mimo że jest określany jako mniej inwazyjny niż trójjemny, to jednak po kilku czy kilkunastu latach potrafi dać nawrót choroby. Tak młode kobiety, jak i starsze, które mają taki nowotwór za sobą, zdają sobie pytanie: co ze mną, jeżeli choroba wróci? Miesięczna dawka leku palbociclibu kosztuje około 10 tysięcy złotych. Lek ten w Polsce nie jest refundowany. Wiem, że są badania, dzięki którym pewna grupa kobiet dostaje ten lek w ramach programu. Natomiast nie ma go dostępnego dla kobiet, które potrzebują go w wyniku właśnie nawrotu choroby. I żadnej z nas, z grupy, nie stać na tak drogie leczenie. To jest to wołanie kobiet zawarte w petycji do MZ. Ona została napisana profesjonalnie. Jesteśmy zainteresowane przyszłością, chcemy żyć dla naszych rodzin, dzieci. Chcemy, by nasza jakość życia w przyszłości pozwoliła nam normalnie funkcjonować w społeczeństwie. Nie chcemy być inwalidkami leżącymi w domu, tylko pracować, wychodzić do ludzi, funkcjonować normalnie w świecie.

Iwona Schymalla: To jest możliwe za pomocą nowych terapii?

Małgorzata Zawadzka: Tak. Petycja ta jest już krzykiem rozpaczony. Nie mamy na nią odpowiedzi. Wysłałam ją na ręce pana ministra Szumowskiego na adres MZ. Dedykowałam ją również Sejmowej Komisji Zdrowia (tu nie została wysłana bo nadal zbieram podpisy). Wysyłając do pana ministra zdrowia miałam pod nią 4 tysiące podpisów. Obecnie podpisało się pod nią 5,5 tysiąca. Obserwując podpisujących petycję, widzę, że to osoby bliskie kobiet chorujących, które patrzą na opiekę onkologiczną w Polsce i widzą, że jest ona niewystarczająca. Nawet zarabiając duże pieniądze, nie będziemy w stanie leczyć się tymi nowymi metodami.

Iwona Schymalla: Poruszenie kwestii palbociclibu to też poruszenie tematu zróżnicowania tej choroby. Mamy różne podtypy raka piersi. Przez długi czas pacjentki walczyły o właściwe leczenie HER2 dodatniego raka piersi. W tej debacie mówimy o przypadku HER2

ujemnym hormonozależnym. Jak wygląda sytuacja, jeśli chodzi o leczenie pacjentek w tych grupach? Mówimy o zaawansowanej postaci raka, ale przecież (posłużę się tu przykładem pań, które gościły w Medexpress.pl, realizowaliśmy film dokumentalny z bohaterkami, które chorowały na rozszarpaną postać raka piersi, jedna była położną, druga lekarzem anesteziologiem, inna pani prowadziła biznes cateringowy, panie bardzo aktywne prowadzące także dom, wychowujące dzieci) to jest też kwestia etyczna, aby był dostęp do tych terapii.

Prof. Tadeusz Pieńkowski: Oczywiście jest to bardzo złożony aspekt etyczny i ekonomiczny. I przede wszystkim innowacje, to pojęcie ekonomiczne, oznaczające skuteczniejsze, tańsze rozwiązywanie jakichś problemów. Jest różnica między odkryciem a innowacją. Jeżeli teraz spojrzymy na losy różnego rodzaju innowacji, to one dość szybko się przyjmują i można dość szybko ocenić ich efektywność ekonomiczną. Jeżeli rozmawiamy o leczeniu chorób przewlekłych raka piersi, to wielkim milczącym w tej dyskusji są tzw. koszty pośrednie leczenia tych chorób. To są koszty związane z tym, co ekonomia określa językiem „przedwczesna utrata efektywności”, czyli zgon osób w okresie produkcyjnym. To są wszystkie koszty, jakie ponosi chory i jego rodzina związane z dojazdami, utratą zarobków itd. I to są sumy przewyższające wielokrotnie koszty ponoszone przez instytucje refundujące leczenie. Tak się dzieje nie tylko w Polsce. Światowe analizy to potwierdzają. Osoby chorujące są aktywne i przydatne społecznie, i biorąc pod uwagę wszystkie aspekty indywidualne, dobrostan tych osób i ich rodzin, cały dobrostan społeczeństwa, to ze wszech miar należałoby wdrażać takie innowacje, które spowodują, że wszystkie koszty ogólne, w rozumieniu społecznym, będą mniejsze. I zarówno te koszty, które można wyliczyć finansowo i koszty emocjonalne, których w ogóle nie można przeliczyć na pieniądze (cierpienia, lęku, strachu), biorąc pod uwagę realia, przed którymi stoimy, demograficzne i epidemiologiczne (bo liczba osób zachorowujących w Polsce na raka, będzie stale rosła, i paradoks jaki mamy, że ryzyko zachorowania Polki jest w tej chwili mniejsze niż Szwedki, Brytyjki, Niemki czy Francuzki, to prawda, ale szanse przeżycia kolejnych dekad przez te panie są większe niż Polki) stanowią wyzwanie dla całego systemu politycznego w Polsce – zwalczanie chorób nowotworowych i ich leczenie. To wymaga zaangażowania zasobów całego państwa, wszystkich struktur państwowych i samorządowych. A medycyna naprawcza, którą z panem profesorem Maciejczakiem reprezentujemy, stanowi tylko jedno z ognisk całego systemu. Bo jeżeli spojrzymy na drogę kobiety chorej do doktora, to wszyscy wiedzą, że do onkologa idzie się bez skierowania, ale chirurg-onkolog już nie jest onkologiem w rozumieniu tej definicji. Czyli na starcie te kobiety mają nierówne szanse. Część z nich pójdzie tam, gdzie to bez skierowania zadziała, część trafi do ośrodka onkologicznego, a część pójdzie do swojego ginekologa, onkologa itd. uzyska kolejne skierowania, wykona jakieś badania prędzej czy później, a tygodnie będą leciały. Ten długi czas dotarcia do ośrodka jest w Polsce za długi i zdecydowanie nierówny. Istotna breast unitów zakłada, że każda kobieta, która chce zasięgnąć tam porady, może to zrobić, a ośrodek nie może odmówić przyjęcia kogokolwiek. Osoby w nim leczone, mają być pod opieką tak długo, jak sobie tego życzą. I to jedno z rozwiązań przed którym desperacko stoimy. Teraz wszyscy mówią o badaniach przesiewowych. Oczywiście ich przydatność jest udowodniona, ich ograniczenia też są znane. Nie jest to narzędzie, które nie ma ograniczeń czy niedostatków. Ale choćby wszystkie Polki wykonywały sobie mammografię, tak jak Pan Bóg przykazał, to od tego nikt nie będzie żył nawet minuty dłużej. Bo czas, połączenie pomiędzy systemem badań przesiewowych a diagnostyką i leczeniem, też pozostawia wiele do życzenia jeśli chodzi o przepływ informacji, słuchanie zaleceń i raportowanie tego wszystkiego. Pan profesor Maciejczyk wspominał o danych, ale danych w Polsce nie ma. Nie ma rejestrów populacyjnych dotyczących wyników leczenia, poza Krajowym Rejestrem Nowotworów, który zbiera grube dane, ale na to potrzeba grubych pieniędzy. KRN jest tyle wart, ile ma wpisanych informacji. Ktoś je musi po prostu wpisać, a ktoś inny przeanalizować. A na to potrzeba pieniędzy i czasu. Każdy dzień, w którym nie jest to robione, odwleka nas. Często osoby mające wpływ na decyzje strategiczne, pytają nas ile czego jest, jakie są wyniki jakichś tam działań. I my tego nie wiemy. Możemy jedynie porozmawiać o tym jak to wygląda w

naszym szpitalu, otoczeniu pracy. To nie oddaje wyrazu zjawiska globalnie.

Iwona Schymalla: Czas, w którym kobieta u siebie chorobę podejrzewa, do rozpoczęcia rozpoznania i czas od rozpoznania do momentu leczenia należy maksymalnie skracać, co nie jest powszechną praktyką.

Prof. Adam Maciejczyk: Tak. To jest pewien truizm. Ale myślę, że my, onkolodzy, też za to odpowiadamy. Dużo się o tym dyskutuje, a mało realnych działań wdraża. Pan profesor Pieńkowski jest akurat przykładem osoby, która bardzo realnie wdrożyła koncepcję przyznawania certyfikatów ośrodkom breast unit. Za co dziękuję w imieniu całego środowiska. Wiem, że nie było to proste. Sam próbuję systemowo coś zmieniać i widzę te trudności. Ale wielu z nas może tak mierzyć. W tej chwili jestem dyrektorem szpitala onkologicznego i ode mnie zależało czy będziemy mieli bazę, narzędzia informatyczne do zbierania danych. I te narzędzia są już dostępne. Nie jest tak, że nie mamy informacji. Najlepszym przykładem jest fakt, że udał nam się program pilotażu na terenie Dolnego Śląska, gdzie pacjentki z podejrzeniem nowotworu są nim objęte. Każda taka pacjentka może się do nas zgłosić. I pierwszy kontakt z tym systemem, pierwszy telefon, to już pierwszy rekord i data, od której liczymy jak szybko radzimy sobie z tym procesem. I ja nie mówię, że od razu sobie poradzimy, tylko że zbierzemy wreszcie dane, przynajmniej w naszym zakresie, również w województwie Świętokrzyskim, które udowodnią, że ten proces jest ważny i możliwy do zrealizowania. I mam nadzieję, że jak najszybciej będziemy to robić w pozostałych województwach. Powiem więcej, już teraz, po miesiącu działania pilotażu ten proces działa, bo pacjentki jak zadzwonią dostają pierwszy termin wizyty. To było wielokrotnie sprawdzane również przeze mnie. Ale są kolejne etapy np. od momentu wykonania mammografii obrazowej i trzeba trafić z tym do eksperta. Tutaj pojawia się ważny element opieki koordynowanej, gdzie pojawiają się specjaliści od pomocy nowym chorym przejść przez najważniejszy moment dla nich czyli okres diagnostyki. Taka pomoc dla tych pacjentów ma niebywałe znaczenie. W naszej jednostce wyspecjalizowanej w diagnostyce raka piersi od lat działają takie koordynatorki i pacjentki najbardziej chwalą właśnie komunikację z nimi. Nawet to, że koordynator przez telefon potrafi pomóc pacjentce w prostej czynności życiowej, doradzić. To bardzo ważne, bo pacjent nie może być sam w takim momencie. I to jest czasem ważniejsze niż wdrożenie nowatorskiego leku, który wymaga jeszcze przetestowania. Przez media jesteśmy często karmieni informacjami, gromadzonymi przez firmy farmaceutyczne, o cudownym leku. Znam już długą listę cudownych leków, a których już dawno na rynku nie ma. Trzeba więc też do tego podejść z pewnym założeniem badania faktów.

Iwona Schymalla: Chcę wrócić do grupy pacjentek z HER2 ujemnym hormonozależnym rakiem piersi. Na całym świecie przyjmuje się model, że w przypadku tego raka, unika się chemioterapii. Buduje się w tym przypadku inny standard leczenia. Czy ta polska grupa pacjentek, niemała, jest w takim razie u nas źle leczona?

Krystyna Wechmann: Mamy fantastycznych lekarzy. Patrząc na statystyki leczenia onkologicznego w Europie, Polska wypada słabo, ale leczenie raka piersi jest w tej statystyce trochę wyżej. Jest więc coś pozytywnego. W badaniu Monalisa wyszło, że na 670 młodych kobiet (przed menopauzą) mediana przeżycia jest dwukrotnie wyższa. I każda kobieta będzie liczyła, skoro technologie tak szybko postępują, że nowszy lek dodatkowo jeszcze przedłuży jej życie. A taka nadzieje to jeden z najlepszych leków. W leczeniu wszystko jest ważne, każdy element. Pan Profesor mówił pięknie o profilaktyce, a ja mówię o diagnostyce. Ona musi być naprawdę dobra. W sejmie słyszałam od niektórych osób, że mammografy byle były. Obojętne czy analogowe czy cyfrowe. Nie! Diagnostyka ma być najlepsza. Jak ma być byle jaka, to lepiej żeby jej nie było. Bywa, że kobieta robi diagnostykę, zostaje uspokojona, bo nic na niej nie wyszło, a za chwilę okazuje się, że ma raka w zaawansowanej postaci. Aby była wczesna wykrywalność raka piersi, musi być dobra diagnostyka. Ważne są też inne aspekty np. edukacja. Ministerstwo Zdrowia pokazało nam teraz piękne spoty. Jestem z nich bardzo zadowolona. Jestem zwolenniczką, że nie walczymy tylko leczymy raka, tak jak inne choroby. Nazewnictwo ma

znaczenie. Strach też robi swoje. Jak nie chcę iść na wojnę z rakiem. I jak ostatnio obchodziliśmy Światowy Dzień Walki z Rakiem, tak chciałabym, abyśmy w przyszłym roku obchodzili światowy dzień przeciwko rakowi. Unikajmy słowa walka i zastępujmy go słowem leczenie. Zmieńmy nastawienie, myślenie, weźmy problem w swoje ręce, poczynając od diagnostyki. Zgadzam się, że w całym leczeniu lek nie jest najważniejszy, ale jeśli mamy szansę na powstanie breast unitów, korzystajmy z niej maksymalnie.

Prof. Tadeusz Pieńkowski: Historycznie, przez wiele tysięcy lat leczylismy nowotwory, definiując je jako te wywodzące się z danego narządu. I leczylismy te nowotwory narządowe w ten sam sposób. Taka samo leczylismy nowotwory raka jelita grubego, piersi czy płuca. Postępy, które dokonały się w biologii powodują, że my wiemy, że to są heterogenne grupy chorób, które się od siebie różnią. Potrafimy w wielu sytuacjach te cechy rozróżnić i stąd mówimy o raku HER2 dodatnim czy o raku hormonozależnym. Mamy możliwości stwierdzenia, że te raki mają inne cechy biologiczne, przebieg i reagują na inne rodzaje leczenia. Cały rozwój onkologii klinicznej i zajmującej się farmakoterapią idzie w kierunku poszukiwania takich zaburzeń, na które, po ich zidentyfikowaniu, można znaleźć leki działające specyficznie na wąski typ nowotworu. Przykłady, o których tu mówimy, czyli leków stosowanych u osób chorujących na raki zawierających receptory estrogenowe czy fizjologiczną ilość receptora HER2, historycznie to są tzw. raki hormonozależne. My możemy je leczyć. I w Polsce wszystkie kobiety na raka piersi mogą być leczone. To nie tak, że jakaś grupa nie jest leczona. Tylko, my lekarze oraz nasze pacjentki, nie jesteśmy usatysfakcjonowani z dostępu do tych technologii i leków, które są w światowym instrumentarium i są refundowane w krajach, które przeszły polityczną drogę, jak Polska. I akurat takie leki jak rybociclib, palbociclib zmieniły rokowanie osób chorujących na raka hormonozależnego. Podobnie jak wiele lat temu herceptyna i kolejne generacje leków zmieniły losy chorych na raka HER dodatniego. I można powiedzieć, że w każdej grupie chorych na raka piersi, jakie mamy obecnie w Polsce, są problemy z brakiem dostępu do tych nowoczesnych terapii lekowych. W każdej z nich jest wiele do poprawy i zrobienia. I oczekiwania poszczególnych osób, które znajdują się w bardzo konkretnej sytuacji, mowa była w czasie rozmowy o zbiórkach, fundacjach, kiedy konkretne osoby nagle znajdują się w sytuacji zagrożenia życia, bardzo bezpośredniego zagrożenia życia, posiadają wystarczającą wiedzę, żeby zdawać sobie sprawę co jest im potrzebne. Tę wiedzę weryfikują u swoich lekarzy, którzy dzielają opinię, a potem stykają się z murem, bo preparat jest, ale go nie ma. Co z tego, że jest zarejestrowany w UE, zweryfikowany naukowo, skoro liczba osób, które są w stanie go kupić czy uzyskać refundację z innych źródeł, jest śladowa w stosunku do potrzeb. I to jest tragiczne dla tych osób oraz całego ich otoczenia, bliskich i ich rodzin.

Iwona Schymalla: Dziękuję za to spotkanie.

Debata powstała we współpracy z Polską Koalicją Pacjentów Onkologicznych.