

„Biała Księga” zwalczania raka piersi i raka jelita grubego

Adam Kozierkiewicz¹, Jacek Jassem²

Current data on the treatment of breast and colorectal cancer in Poland

Jednym z ważniejszych elementów działalności medycznych towarzystw naukowych jest wypracowywanie strategii poprawiających jakość działań w reprezentowanych przez nie dziedzinach leczenia.

W czerwcu 2011 roku Polskie Towarzystwo Onkologiczne zaprezentowało pierwszą, analityczną część „Białej Księgi” pt. „Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce na tle wybranych krajów europejskich”. Dokument ten był wynikiem badawczego projektu realizowanego przez Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o. we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologicznym¹, a jego celem była analiza działania systemu ochrony zdrowia w zakresie zwalczania tych dwóch nowotworów.

W październiku 2011 roku przedstawiono drugą część tego dokumentu pt. „Zwalczanie raka piersi i raka jelita grubego w Polsce. Strategie działań dla poprawy skuteczności zwalczania obu nowotworów w rekomendacji PTO”.

Do prac nad tymi dokumentami i dyskusji nad przyszłością tej części opieki zdrowotnej Polskie Towarzystwo Onkologiczne zaprosiło szerokie liczne osób i instytucji zajmujących się ochroną zdrowia. W szczególności zaproszenie skierowano do Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, które mają największy wpływ na kierunki zmian systemu ochrony zdrowia. Zaproszenie to, wystosowane jeszcze przed wyborami parlamentarnymi, zostało przychylnie przyjęte. Mijamy nadzieję, że obecne kierownictwo Ministerstwa Zdrowia poprze tę opinię.

Pierwsza część „Białej Księgi”

Pierwsza część „Białej Księgi”, opublikowana w czerwcu 2011 roku, stanowiła analizę systemu zwalczania raka piersi i raka jelita grubego w Polsce na tle międzynarodowych doświadczeń. Analizę prowadzono pod kątem identyfikacji czynników warunkujących sukces w zwalczaniu nowotwo-

rów piersi i jelita grubego. Objęcie analizą dwóch nowotworów w jednym dokumencie wynikało z ich kilku cech:

- po pierwsze, cechuje je podobna częstość występowania, przy nieco wyższym współczynniku wyleczenia dla raka piersi;
- po drugie, w obu przypadkach mamy do czynienia z podobnym zestawem czynników ryzyka, na tyle zróżnicowanych, że prawie niemożliwa jest profilaktyka pierwotna;
- po trzecie, w obu przypadkach udowodniono skuteczność profilaktyki wtórnej;
- po czwarte, w obu przypadkach jest zalecane skojarzone leczenie, obejmujące (w różnej sekwencji) chirurgię, radioterapię i metody systemowe.

Analiza w głównej mierze stanowiła porównanie sytuacji w Polsce i innych krajach, przy czym do porównań wytypowano kraje zbliżone do Polski pod względem społeczno-ekonomicznym, geograficznym lub ludnościowym. Kryterium przesądzającym o włączeniu danego kraju do określonego zestawienia porównawczego była dostępność wybranych danych z odpowiednich lat. Wśród porównywanych krajów znalazły się: Czechy, Węgry, Słowacja, kraje skandynawskie (Finlandia, Szwecja, Dania), Hiszpania, Włochy, Portugalia oraz Wielka Brytania, Francja i Niemcy. Do niektórych zestawień dołączono dane z Kanady.

W przeprowadzonej analizie zwrócono uwagę na zmianę ekonomicznej sytuacji w wysokorozwiniętych krajach. Po latach *prosperity* i silnego wzrostu gospodarczego, kraje te zostały ostatnio zmuszone do zmierzenia się z problemem długu publicznego, zmniejszonej dynamiki rozwoju oraz wzrostu wydatków socjalnych związanych ze starzeniem się populacji. Ich istotną częścią są wydatki związane z ochroną zdrowia. Wiele krajów Europy Zachodniej zapoczątkowało już zmniejszanie wydatków publicznych, w tym wydatków

¹Projekt badawczy wykonany dzięki grantowi przyznanemu przez firmę Roche Polska Sp. z o.o.

¹Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o.

²Gdański Uniwersytet Medyczny

na opiekę zdrowotną. Są wśród nich głównie kraje południa Europy, ale podobne działania planują także Wielka Brytania czy Francja.

Na tym tle sytuacja w Polsce wygląda umiarkowanie dobrze, z zastrzeżeniem jednak, że nasz kraj jest w dalszym ciągu względnie ubogi, z niskimi wydatkami na ochronę zdrowia i strukturą społeczną, w tym strukturą wieku, szybko zbliżającą się do obserwowanej w wysokorozwiniętych krajach. Wraz ze wzrostem liczby osób w podeszłym wieku rosną zagrożenia zdrowotne, a polski system ochrony zdrowia nie jest w ich zwalczaniu tak skuteczny jak systemy krajów wysokorozwiniętych. W tej sytuacji szczególnej wagi nabiera zadanie uzyskiwania maksymalnych efektów z dostępnych zasobów, mierzone zarówno stopniem ochrony i poprawy stanu zdrowia, jak i zadowoleniem chorych.

Polska na tle państw europejskich jest nadal krajem o względnie młodej populacji i w tym kontekście należy odczytywać obecne wskaźniki epidemiologiczne, jak np. względnie niski wskaźnik zapadalności na nowotwory. W nadchodzących latach nastąpi jednak szybki wzrost liczby osób w starszym wieku, a wraz z nim — intensywność zjawisk zdrowotnych charakterystycznych dla tego rodzaju populacji. W ostatnich 20 latach oczekiwana długość życia, jako wskaźnik obrazujący stan zdrowia populacji, rosła w Polsce w wyższym tempie niż w krajach Europy Zachodniej i podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej. Umieralność noworodków, uznawana za wskaźnik jakości działania szeroko rozumianej ochrony zdrowia, wskazuje na znaczną poprawę w tym zakresie w Polsce w ostatnich 20 latach i, mimo że ciągle jest wiele do zrobienia w tej dziedzinie, sytuacja jest zdecydowanie lepsza niż 10 czy 20 lat temu.

Mniejsza umieralność jest wynikiem lepszego wyjściowego stanu zdrowia populacji oraz skuteczniejszej interwencji systemu opieki zdrowotnej. W wielu krajach liczba zgonów ogółem spada, jednak w Europie Środkowej i Południowej w wolniejszym tempie niż w Europie Zachodniej i Północnej. W Polsce liczba zgonów, po okresie spadku w latach 90. XX wieku, od 2002 roku ponownie nieco wzrasta. Standaryzowane współczynniki zgonów wskazują na względnie mniejszą umieralność w krajach Europy Zachodniej w porównaniu z krajami Europy Środkowej, w tym z Polską.

Zapadalność na nowotwory złośliwe rośnie niemal we wszystkich porównywanych krajach. Starsza populacja jest co do zasady bardziej narażona na zachorowania na nowotwory. Różnice w standaryzowanych współczynnikach zapadalności (SIR) wskazują jednak, że istnieją czynniki, które obok wieku silnie wpływają na częstość zachorowań na raka. Zapadalność na nowotwory mierzona SIR należy Polsce do najniższych wśród badanych krajów, lecz rośnie. Mężczyźni najczęściej zapadają na raka płuca, gruczołu krokowego i jelita grubego. Rak jelita grubego zajmuje zwykle

drugą lub trzecią pozycję w częstości zachorowań na raka u mężczyzn. Kobiety najczęściej zapadają na raka piersi i raka jelita grubego oraz raka płuca.

Także zapadalność na raka piersi wzrasta w większości badanych krajów. Z pewnymi wyjątkami, zapadalność ta jest wyższa w krajach wysokorozwiniętych, niezależnie od struktury wieku populacji tych krajów. Standaryzowane współczynniki zachorowalności wskazują na częstsze występowanie tego nowotworu na Węgrzech, Słowacji i w Czechach w porównaniu z innymi krajami europejskimi, i względnie rzadsze występowanie w Polsce. Przewiduje się, że liczba nowych przypadków raka piersi u kobiet wzrośnie w 2020 roku z obecnych około 14 500 do około 19 000. W 2020 roku przewidywana liczba nowych zachorowań na raka jelita grubego u mężczyzn może wynosić 8500–12 400 przypadków rocznie, przy czym liniowe warianty prognozy wskazują na liczby w przedziale 11 000–12 100. Prognozowana liczba nowych zachorowań na raka jelita grubego u kobiet może się mieścić w przedziale 6800–8600 rocznie, przy czym liniowe warianty prognozy wskazują na liczbę w przedziale 8000–8200.

W wielu krajach liczba zgonów na nowotwory spada, jednak w Europie Środkowej i Południowej w wolniejszym tempie niż w Europie Zachodniej i Północnej. W Polsce liczba zgonów z powodu raka nieco wzrasta. Standaryzowane współczynniki zgonów na raka wskazują na względnie mniejszą umieralność na raka w krajach Europy Zachodniej niż w Europie Środkowej. Współczynniki te także wyraźnie obniżają się w krajach Europy Zachodniej i w większości krajów Europy Środkowej, z wyjątkiem Rumunii. Ich obniżanie się dotyczy także Polski, przy czym tendencja ta jest w porównaniu z innymi krajami znacznie wolniejsza.

Nowotwory wysuwają się na czołowe miejsce wśród przyczyn wszystkich zgonów w populacji. Umieralność na nowotwory rośnie głównie w związku ze starzeniem się populacji, lecz w niektórych wypadkach w tempie przewyższającym ten proces. Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonu u mężczyzn jest rak płuca oraz rak jelita grubego, a u kobiet — rak piersi (w niektórych krajach rak płuca). Rak jelita grubego znajduje się na drugiej lub trzeciej pozycji.

Szwecja i Finlandia notują umiarkowaną umieralność z powodu raka piersi, mimo wysokiej zapadalności na ten nowotwór. Inaczej dzieje się w przypadku Włoch, Danii czy Niemiec, a zwłaszcza Węgier, gdzie wysokiej zapadalności towarzyszy wysoka umieralność. Na tym tle współczynniki umieralności lokują Polskę pośrodku europejskich statystyk. Porównanie wskaźników zapadalności i umieralności na raka jelita grubego wskazuje, że krajami, w których leczenie tego nowotworu jest najskuteczniejsze, są Kanada i Włochy. Z kolei na końcu tej listy znajdują się Węgry i Polska.

Śmiertelność populacyjna², oznaczająca w niniejszym raporcie iloraz zgonów z powodu danego nowotworu

²Dla celów „Białej Księgi” stworzono ten termin, ponieważ nie istnieją wystarczająco świeże dane dotyczące śmiertelności chorych na nowotwory (lub odwrotnie — wskaźników wyleczeń) dla porównywanych krajów.

w danym roku w stosunku do liczby nowych zachorowań w tym samym okresie, należy w Polsce do najwyższych w Europie. Mimo że śmiertelność populacyjna w chorobach nowotworowych w Polsce spada, tempo tego procesu jest niższe niż w wielu innych krajach, a w ostatnich 10 latach nie zanotowano postępu. Względne wskaźniki przeżycia (od rocznych do 5-letnich) w chorobach nowotworowych w bardziej czuły sposób niż wymieniona śmiertelność populacyjna opisują powodzenie interwencji zdrowotnych. Dane dla Polski stawiają ją w tej dziedzinie, obok Słowacji, na końcu stawki porównywanych krajów.

Umieralność z powodu chorób nowotworowych jest związana z zapadalnością na te choroby. Rozwierające się nożyce pomiędzy zapadalnością a umieralnością są przejawem skutecznych interwencji. Z analizy danych wynika, że skuteczność oddziaływania np. szwedzkiego systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do leczenia raka jelita grubego u mężczyzn lub raka piersi u kobiet jest 2-ukrotnie większa niż polskiego. Pozwala to oczekiwać, że przy odpowiednim zaprojektowaniu i działaniu systemu, śmiertelność z powodu tych nowotworów można by zmniejszyć co najmniej o tę różnicę.

Proces zwalczania raka (*cancer control*), obejmujący ciąg działań od prewencji pierwotnej poprzez wczesne rozpoznanie, po monitorowanie stanu zdrowia, jest rozciągnięty w czasie, wymaga udziału wielu osób i instytucji leczniczych, oraz dyscypliny ze strony chorego. Jeśli te etapy są realizowane przez różne podmioty, konieczna jest odpowiednia koordynacja i integracja opieki. Oczekuje się, że poprzez te działania, a także w wyniku upowszechnienia działania w formie tzw. *disease management*, można będzie poprawić wyniki leczenia wielu chorób.

W przypadku chorych na raka piersi integrację opieki można by uzyskać poprzez skupienie działania w poświęconych temu nowotworowi, wielospecjalistycznych zespołach, najlepiej zlokalizowanych w pojedynczych instytucjach. Ośrodki takie stają się wtedy wykonawcami większości procedur i działań medycznych, a także koordynatorami opieki nad chorymi objętymi opieką w innych jednostkach. Tworzenie takich ośrodków dla raka piersi, nazywanych *breast cancer units*, zalecane jest przez *European Society of Breast Cancer Specialists* (EUSOMA).

Z porównawczych analiz dotyczących poszczególnych mierzalnych elementów systemu ochrony zdrowia wynika, że skuteczność leczenia jest istotnie związana z wydatkami na ochronę zdrowia, które są w Polsce znacznie niższe niż krajach Zachodniej Europy. Z drugiej strony jednak, np. wzrost wskaźnika 5-letnich przeżyć w raku piersi nie jest zmiennie powiązany z większą liczbą lekarzy. Podobnie, liczba szpitalnych łóżek nie przekłada się na skuteczność zwalczania nowotworów w danym kraju; jest wręcz odwrotnie — kraje o największych sukcesach w leczeniu nowotworów, takie jak Finlandia i Szwecja, mają najniższe

wskaźniki liczby łóżek szpitalnych. Z kolei wskaźniki liczby specjalistycznych urządzeń pomocnych w diagnostyce czy terapii nowotworów, takich jak mammografy, aparaty TK, MRI, czy przyspieszacze liniowe, są najwyższe w krajach o największej skuteczności leczenia nowotworów. W krajach z najwyższą liczbą TK wskaźniki przeżyć w nowotworach piersi i jelita grubego są najwyższe, choć najpewniej jest to bardziej wyrazem stopnia rozwoju medycyny w tych krajach, niż rzeczywistego wykorzystania wymienionych urządzeń diagnostycznych w odniesieniu do tych właśnie nowotworów. Podobne zależności dotyczą liczby mammografów oraz urządzeń do radioterapii.

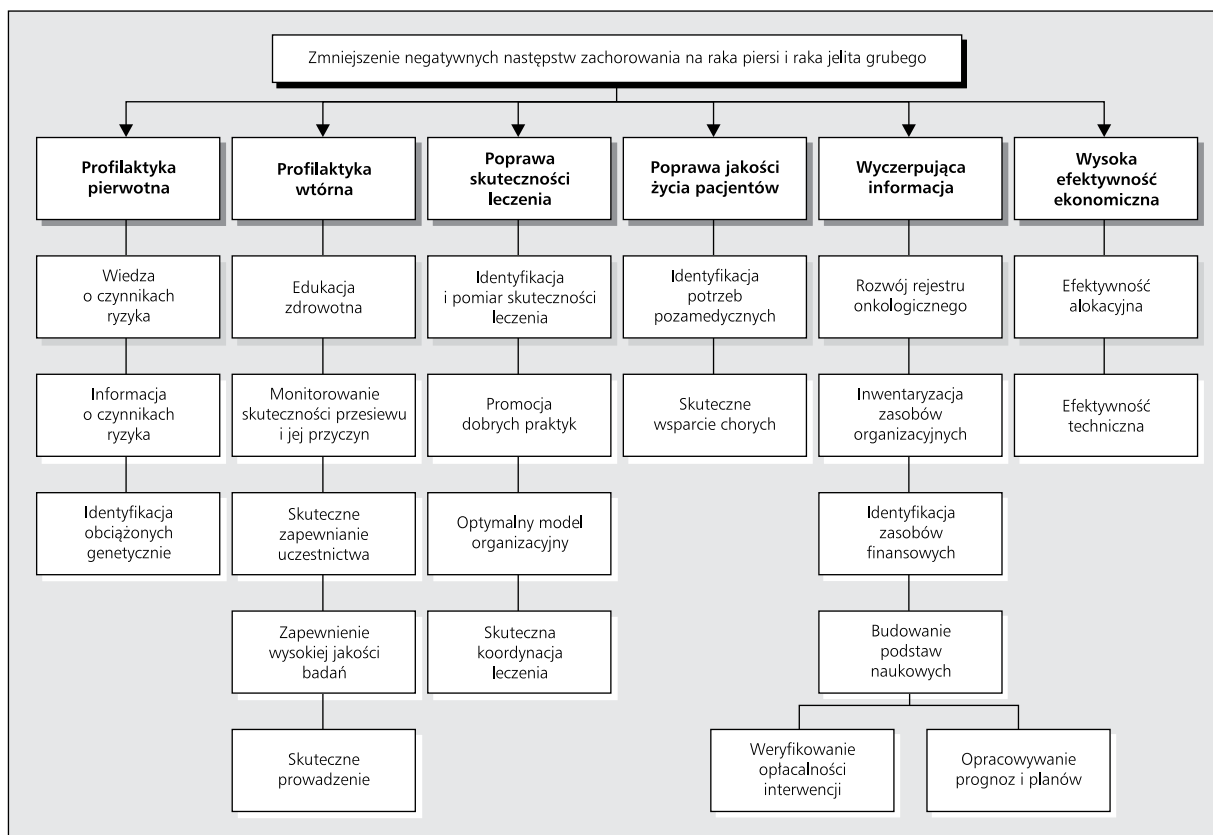
Doświadczenie krajów skandynawskich wskazują, że osiągnięta tam wysoka skuteczność leczenia nowotworów jest wynikiem:

- dobrego ogólnego stanu zdrowia społeczeństwa, związanego z mniejszą zachorowalnością na choroby towarzyszące nowotworom (np. POChP, choroby układu sercowo-naczyniowe itp.), które pogarszają wyniki leczenia nowotworów;
- prowadzenia leczenia nowotworów przez wyspecjalizowane jednostki dysponujące możliwościami wielospecjalistycznego leczenia (chirurgia, radioterapia i chemioterapia) i wykonujących dużą liczbę określonych procedur leczniczych;
- wieloletniego i konsekwentnego prowadzenia programów wczesnego wykrywania nowotworów;
- stałego monitorowania wyników zwalczania nowotworów, zarówno na poziomie populacji danego obszaru, jak na poziomie populacji chorych danej placówki medycznej;
- innych elementów, np. stałego podnoszenia kompetencji lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistów-onkologów, a także systemu zarządzania przebiegiem leczenia pacjenta (*case-management*).

Skoordynowane działania na rzecz zwalczania nowotworów w praktyce przybierają formę strategii, programów, które mogą być inicjowane przez władze publiczne, ale także środowiska profesjonalne, czy nawet organizacje pacjenckie. Opracowanie strategii zwalczania raka piersi oraz raka jelita grubego wydało się zatem, w kontekście zjawisk opisanych w raporcie, bardzo uzasadnione.

Druga Księga zwalczania raka piersi i raka jelita grubego

Obserwacje zawarte w pierwszej części „Białej Księgi” pozwoliły na opracowanie strategii zwalczania raka piersi i raka jelita grubego. Zarys strategii został stworzony przez autorów pierwszej części „Białej Księgi” oraz kilku ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Projekt następnie skierowano do konsultacji społecznych z udziałem ponad 200 osób — reprezentantów środowisk medycznych, pacjentów, władz oraz kadr kierowniczych placówek



Rycina 1. Cel główny, cele szczegółowe i działania Strategii zwalczania raka piersi i raka jelita grubego

medycznych. Konsultacje te zawierały wiele szczegółowych rozwiązań i propozycji, przy czym większość osób podzielała główne wnioski sformułowane w „Białej Księdze”. Wśród najczęściej wymienianych znajdował się problem organizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zagubienie i dezorientacja chorych oraz wynikające z tego przedłużanie się, czy wręcz przerywanie tego procesu. Ostatecznym skutkiem tej sytuacji jest powielanie działań, suboptymalna skuteczność interwencji oraz (prawdopodobnie, bo nie ma na to obecnie dowodów) marnowanie zasobów, w tym głównie czasu pracy personelu medycznego.

Ostateczny wynik prac — opracowanie strategii zwalczania raka piersi i raka jelita grubego, uwzględniający m.in. opinie zebrane w trakcie konsultacji społecznych, zaprezentowano na konferencji prasowej Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w dniu 19 października 2011 roku. W praktyce dokument składa się z dwóch odrębnych, choć w treści bardzo zbliżonych, części: strategii zwalczania raka piersi i strategii zwalczania raka jelita grubego.

Każda ze strategii, zgodnie z regułami opracowywania tego typu dokumentów, zawiera cel główny, cele szczegółowe oraz listę działań, jakie mają prowadzić do ich realizacji (ryc. 1). Do szczegółowych celów przypisano wskaźniki, które mogłyby służyć do oceny stanu zaawansowania realizacji danego celu. Do poszczególnych działań zostały przypisane określone instytucje czy podmioty, które, zdaniem autorów

strategii, w największym stopniu mogłyby je realizować. Każdemu z działań przypisano także przypuszczalny czas realizacji, pod warunkiem, że zostaną one podjęte niezwłocznie.

Te dwa ostatnie aspekty uświadamiają, że realizacja zaproponowanej strategii jest uzależniona od wielu osób i instytucji. Podstawową i najważniejszą rolę pełnią w niej Minister Zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia. Z tego względu realizacja zaproponowanej strategii wymaga przede wszystkim akceptacji i zaangażowania ze strony tych dwóch instytucji. Pewne kroki w tym celu już wykonano, lecz ostateczna decyzja o realizacji proponowanej strategii lub jej elementów nie została jeszcze podjęta. Także termin realizacji poszczególnych działań uświadamia, że osiągnięcie zadowalającego efektu wymaga czasu i każde opóźnienie w ich rozpoczęciu opóźnia termin uzyskania założonych efektów. Strategia jest zatem na razie teoretycznym studium i dopóki nie zostanie przyjęta do realizacji, takim pozostanie.

Jak wspomniano wcześniej, strategia dla każdego z nowotworów zawiera 6 celów szczegółowych oraz około 20 działań. Wśród tych celów i działań, na kilka warto zwrócić szczególną uwagę.

Pierwszym jest poprawa skuteczności badań przesiewowych. Program przesiewowy dla raka piersi w Polsce istnieje, jednak jego powszechność jest ograniczona. W przypadku raka jelita grubego podejmowane są pewne działania, ale nie spełniają one obecnie kryteriów populacyjnego badania

przesiewowego. W efekcie ograniczona jest także przesiewowa funkcja tych programów; niewiele nowotworów udaje się wykryć, a tym samym nie mają one istotnego wpływu na skuteczność leczenia. W Strategii zagadnieniu temu poświęcono wiele uwagi, wskazując m.in. na potencjalną rolę lekarzy rodzinnych w procesie rekrutacji do badań.

Drugim elementem jest wymieniana wcześniej koordynacja i integracja opieki nad chorymi na nowotwory. Bardzo wielu ekspertów konsultujących strategię wskazywało na fragmentację tej opieki, od etapu badań przesiewowych, poprzez diagnostykę i potwierdzenie rozpoznania, ustalenie leczenia i jego poszczególnych etapów, do rehabilitacji lub paliatywnego leczenia włącznie. Co prawda chorzy mają przywilej wyboru świadczeniodawcy, ale oznacza to równocześnie, że niewiele placówek poczuwa się do odpowiedzialności za cały przedstawiony proces (lub jego znaczną część). Częściej placówki (i ich lekarze) po wykonaniu „swojego” etapu działania przekazują chorego dalej, wierząc, że ktoś będzie odpowiednio kontynuował ten proces. Z różnych powodów nie udaje się jednak osiągnąć tego celu, co powoduje zagubienie chorego, opóźnienia diagnostyczne oraz opóźnienia podjęcia leczenia, przerwy w leczeniu i brak odpowiedniego nadzoru po jego zakończeniu. Konieczne zatem wydaje się takie zorganizowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, by chory znajdował się pod opieką określonego świadczeniodawcy przez cały (lub znaczny) okres opieki. Przedmiotem dyskusji jest możliwość pozostawienia choremu możliwości wyboru świadczeniodawcy lub narzucenia mu go, czyli rejonizacji.

Trzecim, bardzo ważnym elementem, jest profilowanie i specjalizowanie ośrodków leczących raka piersi i raka jelita grubego. Za specjalizacją takich ośrodków przemawiają dwa ważne argumenty: po pierwsze, osiągnięcie dobrych wyników uwarunkowane jest dużą praktyką i doświadczeniem oraz odpowiednią infrastrukturą. Po drugie, w obu nowotworach stosuje się skojarzone leczenie i odpowiedni dostęp do tych metod oraz ich koordynacja są kluczowym warunkiem sukcesu. Przykładowo, zgodnie z zaleceniami EUSOMA, minimalna liczba chorych z tym rozpoznaniem leczonych w jednym ośrodku powinna wynosić 150 rocznie. Podobne warunki stawiane są przed ośrodkami leczącymi raka jelita grubego. Ośrodki leczące mniejszą liczbę chorych oraz nieposiadające możliwości zastosowania wielodyscyplinarnego leczenia w najbardziej skutecznej sekwencji, nie powinny się podejmować tego zadania.

Pełny tekst obu części „Białej Księgi” został opublikowany na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Należy zaznaczyć, że wiele z punktów Strategii wymaga szczegółowego dopracowania, przełożenia na język projektów, w których zawarte będą struktura, szczegóły realizacyjne, terminy i fundusze. Autorzy tego opracowania są jednak przekonani, że każde działanie o zasięgu społecznym wymaga na początku ustalenia tak ogólnych elementów, jak cele, zadania i zasoby, czyli tego, co składa się na strategię.

Zachęcamy Państwa do debaty nad тезami zawartymi w tym dokumencie.

Dr n. med. Adam Koziarkiewicz
Ośrodek Analiz Uniwersyteckich Sp. z o.o.
e-mail: akoziarkiewicz@wp.pl